



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№8/2012



Профилактика
гельминтозов

Травмы глаза
у детей

Сценарий
«Как победить
грипп!»

Семинар-практикум
«Быть здоровым –
мое право»

Играем в спасателей



ГОСТЬ НОМЕРА:

Алла

БАРКАН



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 8/2012



Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120, 39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

Редакционный совет	3
Индекс	4
Колонка редактора	5
Гость номера <i>А. Баркан</i>	6

ГИГИЕНА

Здоровье дошкольника

Цыренжапова Н.А., Погорелова И.Г.

Оценка физического развития детей дошкольного
возраста г. Иркутска

Оздоровительная работа

Бабенкова Е.А., Агафина Т.М.

Игровая деятельность — эффективное средство
оздоровления детей в детском саду компенсирующего
вида

Рахматуллина А.Р., Малярчук Н.Н.

Возможности хорового пения в сохранении здоровья
дошкольников

Здоровый образ жизни

Чимаров В.М.

К разработке региональной стратегии формирования
культуры здоровой жизни

Мадеева И.Э., Скалченкова И.М.

Приобщение к здоровому образу жизни через
родительские сообщества

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

Власова Е.В., Ковтун О.П., Блохина С.И.

Подходы к диагностике нарушений нервно-психического
развития в раннем возрасте

Инфекционные и паразитарные заболевания

Кудацкая М.А.

Общие вопросы профилактики гельминтозов

Неотложка

Жильцова Е.Ю.

Травмы глаза у детей

ПЕДАГОГИКА

Физическое воспитание

Спиридонова Н.С.

Играем в спасателей 54

Малярчук Н.Н., Григорьева О.В.

Потенциал нестандартной предметно-развивающей среды
в физическом и психоэмоциональном развитии
дошкольников 58

Развитие ребенка

Андреева О.Н.

Развитие фонематического слуха у детей с нарушением
интеллекта в добукварный период 63

Бондаренко О.В. и др.

Диагностика моторного развития у детей с тяжелыми
нарушениями речи 72

Посохова М.А., Фатеева Н.М.

Особенности внешнего и речевого дыхания
у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией 77

Психологическая помощь

Дёмина Г.А. и др.

Семинар-практикум для педагогов «Быть здоровым —
мое право» 84

Перемитина М.В.

Значение игрушки в развитии эмоциональной сферы
дошкольника (родительское собрание) 94

Коррекционная работа

Калмыкова О.П., Маслова Л.И.

Взаимодействие учителя-логопеда и воспитателя
по организации коррекционной работы 97

Педагогическая копилка

Бегоулова С.В. и др.

Сценарий интегрированного спортивного развлечения
для детей старшего дошкольного возраста «Как победить
грипп!» 103

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.08.2012

№ 66н «Об утверждении Порядка и сроков
совершенствования медицинскими работниками
и фармацевтическими работниками профессиональных
знаний и навыков путем обучения по дополнительным
профессиональным образовательным программам
в образовательных и научных организациях» 106

Постановление Правительства РФ от 15.10.2012

№ 1048 «О переносе выходных дней в 2013 году» 110

Самообразование

Торопыгина Е.П., Беломоина И.Н., Малярчук Н.Н.

Партнерские отношения педагогов и родителей
в сохранении здоровья дошкольников 112

Указатель статей

Книжная полка 35, 111, 125

А знаете ли вы? 26, 34, 40, 53, 76, 96, 102

Памятка авторам 126

Как подписаться 127

Анонс 128

Редакционный совет журнала «Медработник ДОУ»

Безруких Марьяна Михайловна — академик РАО, д-р биол. наук, профессор, лауреат Премии Президента РФ в области образования, директор ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования (Москва).

Горелова Жанетта Юрьевна — д-р мед. наук, зав. лабораторией эпидемиологии питания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Макарова Людмила Викторовна — канд. мед. наук, зав. лабораторией физиолого-гигиенических исследований в образовании ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования, главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

Малямова Любовь Николаевна — д-р мед. наук, главный специалист-педиатр Министерства здравоохранения Свердловской обл. (г. Екатеринбург).

Синякова Дина Владимировна — начальник отдела надзора по гигиене детей и подростков Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве (Москва).

Склянова Нина Александровна — д-р мед. наук, профессор, Отличник здравоохранения, почетный работник общего образования РФ, директор «Городского центра образования и здоровья «Магистр»» (г. Новосибирск).

Скоблина Наталья Александровна — д-р мед. наук, заведующий Отделом комплексных проблем гигиены детей и подростков НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Степанова Марина Исааковна — д-р мед. наук, старший научный сотрудник, зав. лабораторией гигиены обучения и воспитания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Чубаровский Владимир Владимирович — д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Ямщикова Наталия Львовна — канд. мед. наук, доцент, зав. учебной частью кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Редакционная коллегия

Боякова Екатерина Вячеславовна — канд. пед. наук, старший научный сотрудник лаборатории теоретических основ социологии и психологии художественного образования ФГНУ «Институт художественного образования» Российской академии образования, главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

Макарова Людмила Викторовна — канд. мед. наук, зав. лабораторией физиолого-гигиенических исследований в образовании ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования, главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

Парамонова Маргарита Юрьевна — канд. пед. наук, зам. декана факультета дошкольной педагогики и психологии ФГБОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журналов «Воспитатель ДОУ», «Инструктор по физкультуре ДОУ».

Степанова Ольга Алексеевна — канд. пед. наук, доцент, член-корреспондент Академии профессионального образования, ведущий научный сотрудник ГБНУ города Москвы «Научно-исследовательский институт развития профессионального образования», главный редактор журнала «Логопед».

Цветкова Татьяна Владиславовна — канд. пед. наук, член-корреспондент Международной академии наук педагогического образования (МАНПО), генеральный директор и главный редактор издательства «ТЦ Сфера».

ИНДЕКС

УЧРЕЖДЕНИЯ И АВТОРЫ, УПОМИНАЕМЫЕ В НОМЕРЕ

Указаны страницы, на которых начинаются статьи с упоминанием названия учреждения и фамилии авторов

ГБОУ ВПО «Иркутский Государственный медицинский университет», г. Иркутск	12	МКДОУ № 27 «ЦРР – д/с “Малыш”, г. Богданович Свердловской обл.	84
ГБОУ д/с компенсирующего вида № 1221, Москва	15	МДОАУ ЦРР — д/с № 8, г. Нефтеюганск	94
ГБОУ д/с компенсирующего вида № 1901, Москва	63	РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва	48
ГБУЗ Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр “Бонум”», г. Екатеринбург	36	Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области в городах Звенигород, Краснознаменск, Одинцовском районе, г. Одинцово Московской обл.	41
МАДОУ ЦРР — д/с № 146, г. Тюмень	23, 58, 112	ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень	23, 27, 58, 77, 112
МБДОУ д/с № 195 комбинированного вида, г. Новокузнецк	54	ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования, Москва	15
МБДОУ д/с комбинированного вида № 68, г. Белгород	103		
МДОУ «д/с № 58 присмотра и оздоровления», г. Казань	33		
МДОУ д/с № 45, г. Белгород	97		
МДОУ д/с компенсирующего вида № 111 «Медвежонок», г. Вологда	72		
Агафина Татьяна Михайловна	15	Малярчук Наталья Николаевна	23, 58, 112
Андреева Ольга Николаевна	63	Мамина Наталья Борисовна	103
Бабенкова Евгения Алексеевна	15	Маслова Лариса Ивановна	97
Байрамалова Галина Васильевна ...	84	Мироненко Оксана Викторовна	103
Баркан Алла	6	Павлова Анна Алексеевна	72
Бегоулова Светлана Викторовна ...	103	Перемитина Марина Вячеславовна ...	94
Беломоина Ирина Николаевна	112	Погорелова Ирина Геннадьевна	12
Блохина Светлана Ивановна	36	Посохова Марина Анатольевна	77
Бондаренко Оксана Валериевна	72	Рахматуллина Алсу Рифкатовна	23
Бродягина Алёна Анатольевна	84	Семенова Наталия Алексеевна	72
Власова Екатерина Валерьевна	36	Скалченкова Ирина Максимовна ...	33
Григорьева Ольга Валентиновна	58	Спиридонова Наталья Сергеевна ...	54
Дёмина Галина Александровна	84	Струкова Елена Александровна ...	103
Жильцова Елена Юрьевна	48	Товмач Наталия Олеговна	72
Калмыкова Ольга Павловна	97	Токтеева Любовь Баруйровна	84
Ковтун Ольга Петровна	36	Торопыгина Елена Петровна	112
Кудацкая Мария Аркадьевна	41	Фатеева Надежда Михайловна	77
Литвинова		Цыренжапова Наталья Александровна	12
Наталия Александровна	72	Чимаров Валерий Михайлович	27
Мадеева Ирина Эрнестовна	33		

Уважаемые коллеги!

Завершается 2012 год. Каким он был для нас? Журнал достиг своего пятилетнего возраста, и это наш первый серьезный юбилей. За этот период было опубликовано более 500 статей по самым актуальным проблемам. Материалы поступают к нам из разных уголков нашей страны: Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Иркутска, Тюмени, Екатеринбурга, Томска, Казани, Иванова, Ярославля, Краснодара, Майкопа, Новочеркасска, Орла, Сыктывкара, Архангельска, Воркуты, Северодвинска, Якутска, Омска, Ангарска, Ханты-Мансийска, Новоуральска и многих других городов России. Как огромна наша страна и как богата она талантливыми и неравнодушными людьми!

Охрана здоровья ребенка — работа трудная, кропотливая, требующая полной самоотдачи. Достичь ощутимого результата только усилиями медицинского работника невозможно. Необходимо слаженная работа всего коллектива ДОУ. Именно поэтому в нашем журнале каждый специалист может найти полезный и интересный материал. Этой стратегии мы следовали всегда и будем придерживаться ее в дальнейшем. Конечно, мы не стоим на месте, журнал будет развиваться и совершенствоваться. В дошкольном образовании происходят грандиозные изменения, которые не могут обойти стороной и наше издание. Мы будем стремиться идти в ногу со временем.

Сегодня хочется высказать слова благодарности всем, кто так или иначе причастен к созданию журнала.

Спасибо вам, дорогие наши авторы, за то, что вы несмотря на свою чрезвычайную занятость, колоссальную нагрузку находите время проанализировать свою работу, подвести итоги и поделиться своим опытом с читателями!

Спасибо всему дружному творческому коллективу издательства «ТЦ Сфера», благодаря которому журнал обретает свой облик и выходит в свет!

Спасибо вам, дорогие читатели, за то, что вы на протяжении стольких лет остаетесь преданными нашему журналу и идете рядом с нами, без вас наша работа потеряла бы всякий смысл!

В заключение разрешите поздравить всех с наступающим Новым годом! Пожелать крепкого здоровья вам и вашим близким, энергии, оптимизма, творческих успехов. Пусть следующий год принесет много позитивного, интересного и доброго.

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Гость номера

Баркан Алла

*д-р мед. наук, профессор, магистр философии,
президент международного союза русскоязычных
и двуязычных родителей*

Его величество ребенок

С Аллой Баркан мы познакомились на III Всероссийской конференции руководителей дошкольных образовательных учреждений, где она вела мастер-класс по адаптации детей к дошкольным учреждениям, и задали ей несколько вопросов. Современные родители и педагоги знают Аллу Баркан как автора таких популярных книг для родителей, как «Плохие привычки хороших детей», «Ультрасовременный ребенок», «Большая книга о воспитании», «Рядовые семейных войн, или Как мы создаем проблемы своим детям» и т.д.

Всю жизнь Вы посвятили здоровью детей в самом широком смысле этого слова. Как родилась идея написать первую книгу?

Спасибо за то, что вы поняли: мироощущение ребенка, его здоровье, его оптимизм, его счастливые глаза — для меня на первом месте. И свои первые книги я писала тоже не для родителей, а для детей — стихи, рассказы и сказки. Я даже лечила своих маленьких пациентов, лежащих в стационаре, шутивными стихотворениями, героями которых были они сами.

Вы даже не представляете, какое это было прекрасное лечение, особенно, если кроме имени этого малыша, упоминалось имя его мамы

или папы, а также любимой куклы, «болеющей» вместе с ним. До сих пор считаю этот метод внелекарственной терапии одним из самых действенных, благодаря которому нивелируются многие негативные моменты, сопровождаемые депрессивным настроением ребенка во время лечения его в больнице.

Свою первую книгу «Его величество ребенок», расширенный вариант которой в последних изданиях выходит под названием «Плохие привычки хороших детей», я должна была написать по заказу Министерства здравоохранения после защиты докторской диссертации.

Моя докторская диссертация была по педиатрии, но во время работы над ней мне пришлось досконально изучить еще педагогику и психологию. Одна из глав посвящалась адаптации ребенка к детским дошкольным учреждениям.

В процессе работы над книгой я вдруг поняла, что педиатры при помощи невропатологов «лечат» здоровых детей во время кризиса трех лет. Причем лечат такими средствами, которые в какой-то мере нивелируют индивидуально-личностные особенности ребенка. И кто знает, как это отзовется в дальнейшем... Вот тогда-то и

пригодились мои знания по психологии и педагогике. Оказалось, что врачам, помимо спорного медикаментозного лечения, желательно попробовать справляться с резким изменением поведения ребенка в этот возрастной период и немедикаментозным путем. А поскольку я тогда заведовала одной из кафедр педиатрии в медицинском институте, у меня была возможность реальной пробы «лечения» таких детей без лекарств.

Результаты превзошли все ожидания. Оказалось, что многомесячные назначения лекарственных терапии вовсе не нужны. Достаточно лишь только одних психолого-педагогических воздействий. Причем без лекарства можно обойтись и при наличии других симптомов и проблем у дошкольников.

Моя первая книга стала действительно своевременной. Отрывки из нее вошли в ряд хрестоматий для студентов психологических и педагогических факультетов университетов. Ее успех послужил импульсом для написания мною других книг для родителей, воспитателей, педагогов, психологов и педиатров.

Самое интересное — чем больше я узнаю о тайнах и загадках ребенка, тем сильнее убеждаюсь, как мало знаю об этом. Ребенок бездонен и знания о нем безграничны.

Вы много консультируете родителей. Какие вопросы наиболее часто они Вам задают?

Чаще всего вопросы связаны с проблемами самого ребенка или его семьи. Но если проранжировать поводы для консультаций, на первом месте для детей дошкольного возраста стоит агрессия ре-

бенка, вплоть до детсадовского буллинга (дедовщины); затем проблемы коммуникации — неумение дружить, хотя ребенок окружен своими ровесниками в детском саду; проблемы детей, связанные с ситуацией развода в семье, виновником которого часто считает себя ребенок. Очень волнуют родителей вопросы, касающиеся воспитания детей, — как вырастить дошкольника отзывчивым и добрым, вежливым и послушным... Для ответов на них я специально написала свою последнюю книгу «Ручной ребенок или непокорный... Какой вам нужен? Плюсы и минусы воспитания детей». В этой книге я, как педиатр, делаю акцент на последствия увлечением воспитания «ручного» ребенка, вплоть до появления у «перевоспитанных» детей психосоматических заболеваний.

Как стать хорошим родителем?

Я думаю, это во многом врожденное качество, которое совершенствуется благодаря рождению чувства материнства и чувства отцовства с появлением в доме ребенка. Подготовка к «родительству» должна быть со школы. Прежде всего родительство — это чувство ответственности за здоровье и судьбу ребенка.

Этому нужно постоянно учиться, наблюдая за собственными детьми, читая книги. К сожалению, сейчас выпускается масса книг, которые пишут неспециалисты. Но ведь это не художественная литература. В таких книгах каждый совет — своеобразное лекарство, которое должно быть апробировано на профессиональ-

ном опыте. Кроме того, выпускается много переводных книг, давно потерявших в своих странах свою актуальность, или же с советами не совсем адекватными для россиян.

Но самое главное, по моему мнению, это все-таки интуиция родителей, любящих своего ребенка и желающих ему добра, а также возможность представить себя в его возрасте на его месте, родителей, взвешивающих каждое свое слово, прежде чем сказать его своим детям, семь раз отмеряющих свои методы наказания, прежде чем один раз осуществить их на деле...

С какого возраста лучше начинать посещение детского сада? А может быть вообще лучше обойтись только семейным воспитанием?..

Я считаю, что ребенку прежде всего нужна заботливая и любящая мама, и если есть дома возможность, то до трех лет я бы не рекомендовала отдавать малышей в дошкольные учреждения.

Если исходить из коммуникационных особенностей ребенка, ради которых многие родители стремятся оформить дошкольника в детский сад, надо помнить, что до трех лет, как правило, дети играют рядом, но не вместе.

Если в семье не работает мама, или есть любящая внучка бабушка, в этих случаях желательно, взвесив все «за» и «против», решить — водить ребенка с трехлетнего возраста в дошкольное учреждение или нет, тем более, что семейное воспитание, учитывающее индивидуальность ребенка и

направленное лишь на него одного, довольно часто бывает успешным.

Кроме того, решая на семейном совете — отдавать малыша в детский сад или же повременить, необходимо не забывать и о времени возрастных кризисов — ребенка первого года жизни и трех лет, особенностей его здоровья, развития, характера, темперамента.

Педиатры и медицинские работники дошкольных учреждений, учитывая анамнестические факторы риска, должны научиться прогнозировать — какой тип адаптации ожидает ребенка при поступлении его в дошкольное учреждение. К сожалению, у некоторых детей настолько выражены негативные сдвиги адаптационного процесса, настолько неблагоприятен тип адаптации, что детский сад им просто противопоказан.

Хотелось бы, чтобы в каждом детском саду, помимо педагогов, постоянно работали врачи и психологи. В этом случае количество детей с различными отклонениями здоровья, поступающих в школу, значительно уменьшилось бы.

Какими человеческими и профессиональными качествами должен обладать воспитатель в детском саду?

Хорошим воспитателем может быть только добрый, отзывчивый человек, любящий детей. Любовь — это своеобразный навигатор, показывающий путь к душе ребенка. И если даже самый лучший профессионал не обладает этими качествами — грош ему цена, ведь знания — это ветхие стены, фундамент — любовь.

А если говорить в прямом смысле этого слова — по моему

мнению, профессионал — это не просто специалист даже с красным дипломом, пожинаящий плоды своего обучения, а человек, постоянно обновляющий свои знания, читающий, думающий, наблюдающий, находящий индивидуально-личностный подход к каждому ребенку, умеющий поставить себя на его место.

Я оценивала бы каждого воспитателя по собственному критерию — любят ли его дети или нет? А любовь ребенка к взрослому — показатель гармоничных отношений между ними. В этом случае дошкольник будет усваивать все разумное и необходимое, что должны прививать ему в детском саду.

Портрет современного ребенка. Изменились ли дети за последние десятилетия и в чем?

Изменились и изменяются. Это дети поколения Z, или как их сегодня называют — «цифровые граждане». Они родились в эпоху глобализации, информационного прогресса и не представляют себе жизни без компьютеров, компьютерных игр и социальных сетей.

Это дети многозадачности, выполняющие сразу несколько дел одновременно. Например, прослушивание музыки, разговор с родителями и общение в чатах. Это дети с мобильниками, решающие почти все свои проблемы «эсемесками». Это дети, переутомленные от избытка информации еще до своего рождения.

Об их особенностях можно говорить часами, тем более что они не всегда понятны даже родителям в связи с цифровым разрывом между поколениями. И этот разрыв диктует им многие

ценности жизни, которые не воспринимаются взрослыми.

Многие проблемы в детско-родительских отношениях сегодня связаны с конфликтом ценностей родителей и ребенка. И эти нюансы необходимо учитывать при воспитании.

Причем надо понять, что этот конфликт вовсе не означает, что ценности жизни современного ребенка гораздо хуже ценностей жизни его родителей. Они просто немного другие. Еще Маргарет Мид говорила о различных культурах, останавливаясь на так называемой префигуративной культуре, характеризующейся тем, что взрослые учатся у своих детей.

Такой непривычный для нас новый тип социальных связей между поколениями свидетельствует о высоком прогрессе в обществе, из-за которого образ жизни родителей не может полностью служить примером для подражания их детям. А мы, не понимая этого, пытаемся разместить сегодняшнего ребенка в прокрустовом ложе своего вчерашнего дня.

Какие опасности могут подстерегать наших «ультрасовременных детей» и от чего родители могут их защитить?

Безусловно, прогресс имеет и обратную сторону медали. Взять, к примеру, тот же компьютер. А сегодняшние дети уже с младенчества пользуются компьютерными развивающими играми, потому что раннее интеллектуальное развитие во многих семьях превратилось в задачу номер один, независимо от возрастных и индивидуально-личностных возможностей малыша. Но, начиная

с компьютерных игр, ребенок постигает возможности компьютера и Интернета семимильными шагами. Современные дети уже в три года знают, что такое поисковые системы, а с четырехлетнего возраста проводят время в социальных сетях. Причем не только в детских типа «мир бибигона» или «смешарики». С пяти лет у некоторых из них уже имеются даже собственные странички «в контакте». А едва научившись писать и читать, малыши стараются попасть и в фейсбук. И для этого не надо особых усилий. Было бы только желание. Ведь хотя в США и действует закон о защите детей в Интернете (COPPA), запрещающий без согласия родителей регистрировать ребенка в сети (причем в фейсбуке дети до 13 лет вообще не имеют права ничего делать), тем не менее, никто не проверяет возраст желающего зарегистрироваться в этой сети. И не исключено, что первый обман школьника начинается именно с этой регистрации, позволяющей детям придумывать себе нужный возраст. Во всяком случае, одна из проверок показала, что такую регистрацию до 13 лет прошло около 20 млн детей.

Ребенка же, находящегося в сети, подстерегают онлайн-агрессия, риск вторжения в жизнь семьи, угрозы по поводу его физической безопасности, не говоря уже об ознакомлении с порносайтами, разрушающими нравственные ценности.

***А можно ли от этого его убе-
речь?***

Безусловно. Родительским контролем. Родители должны не про-

сто заменять себя дома компьютером, а постоянно смотреть и видеть, что разглядывает малыш, что так привлекло его внимание, в какие игры он играет. А когда ребенок уже станет полноценным пользователем Интернета, родители должны иметь доступ к его аккаунту.

***Опасность нахождения детей
в Интернете, по вашему мнению,
только в этом?***

Не только. Опасности подстерегают на каждом шагу и не всегда прогнозируемы. Но это вовсе не означает, что дети не должны пользоваться компьютером, ведь позитивные моменты часто переживают. Не исключаю, что навыки овладения компьютером и умение задавать правильные вопросы поисковым системам, в зависимости от возраста, скоро станут одним из показателей нормального развития современного ребенка, а умение рисовать на нем или строить воздушные замки войдет в программы занятий дошкольных учреждений. Ведь не за горами уже то время, когда дети поколения Z сами станут родителями.

Ну а если говорить об опасности, это прежде всего помимо тех, которые мы разобрали, — кибербуллинг.

***Говоря о современном ребенке,
нельзя не затронуть вопрос ис-
пользования технических средств
(компьютеров, телевидения, пе-
реносных экранных игр и т.д.) в
его досуге. Как оградить детей
от чрезмерного увлечения?***

Как мы уже говорили, все переносное вами — современные зависимости человека, которыми взрослые заражают своих детей. Но если бы наши родители трети-

ли бы свое свободное время не на твиттеры и фейсбуки, не общались бы постоянно «в контакте» и «одноклассниках», не играли бы сами в различные игры, не просиживали бы часами за телевизором, а посвящали бы время своим детям, вряд ли бы эти зависимости получили такое распространение в детском возрасте.

В то же время современному ребенку уже трудно прожить без всех этих новинок прогресса. Но если использовать их в разумных пределах, учитывая возраст ребенка, они развивают детей и делают их успешными. Поэтому надо придерживаться правила «золотой середины» и следить за тем — чем занимается ваш ребенок, как долго сидит у телевизора, какие программы предпочитает смотреть, какие компьютерные игры ему больше нравятся, какие сайты рассматривает, в каких социальных сетях и с кем проводит время...

Я — за разумный, соответствующий возрасту ребенка родительский контроль.

Да, конечно, современные дети не похожи на прежних детей, а родителям поколения зет тоже свойственны какие-то отличия?

Да. Большинство современных родителей растят поколение с дефицитом материнской любви и внимания. Многие родители из семей с материальным достатком отдают свои сбережения для превращения своих детей в поточных «гениев» средних способностей, посылая их с малолетства на учебу в престижные школы за рубеж, не понимая, что их детям грозит ранняя безнадзорность.

Большинство современных родителей вместо того, чтобы уделять время ребенку, проводят каждую свободную минуту в социальных сетях, выставляя свою жизнь на витрину, играя в компьютерные игры, строча «эсемески» друзьям, отодвигая воспитание ребенка на задний план.

Я считаю, что именно на совете родителей то, что у большинства ультрасовременных детей клиповые привязанности и пирпереновский инфантилизм, что временами поколение Z, «подпитывающееся» сказочно-невероятными новинками технического прогресса, хочется просто назвать поколением — «купи — продай».

Сегодняшние дети в России — дети социального неравенства, воспитывающиеся не только в благополучных семьях с материальным достатком, но и в семьях алкоголиков и наркоманов с нищенским существованием. И все это лишь по вине их родителей.

На этот вопрос можно отвечать без конца. Но для меня самое главное, что у сегодняшних мам и пап естественная безоценочная любовь к ребенку все чаще и чаще вытесняется оценочной. Ребенка больше любят за его достижения, а не за то, что он у них есть. А такое отношение деформирует личность детей, вызывая у них чувство неполноценности.

Что бы Вы хотели пожелать нашим читателям?

Мне хочется пожелать всем читателям вашего журнала безоценочной и безграничной любви к своим детям. А журналу — долголетия и востребованности.

Беседовала Л.В. Макарова

Оценка физического развития детей дошкольного возраста г. Иркутска

Цыренжапова Н.А.,
аспирант;

Погорелова И.Г.,
доцент кафедры коммунальной гигиены и гигиены
детей и подростков ГБОУ ВПО «Иркутский
Государственный медицинский университет»,
г. Иркутск

ГИГИЕНА



Сохранение и укрепление здоровья детского и подросткового населения — одна из приоритетных медико-социальных задач общества в современных условиях [6]. По сравнению со взрослыми дети в силу незавершенности процессов роста и развития находятся в своеобразных условиях и в большей степени подвержены влияниям как благоприятных, так и неблагоприятных воздействий. Детям свойственны такие биологические особенности, которые резко, не только количественно, но и качественно, отличают их от взрослых и требуют специальных подходов в профилактике и оздоровлении [5]. Управление санитарно-эпидемиологическим благополучием детского населения невозможно без современных оздоровительных и профилактических технологий, базирующихся на новых научно-методических подходах к оценке состояния здоровья.

В современных социально-экономических условиях развития общества с особой остротой на государственном уровне стоит проблема сохранения здоровья детской популяции, формирования устойчивой мотивации по выработке активной позиции в отношении собственного здоровья, целенаправленной пропаганде здорового образа жизни. Данная проблема может быть решена, когда здоровье детского населения находится на достаточно высоком уровне, и процесс воспитания как систематическое и целенаправленное воздействие на ду-

ховное и физическое развитие личности является главенствующим. Именно детским дошкольным учреждениям принадлежит большая роль в воспитании здоровых и гармонично развитых детей [4].

В настоящее время в условиях педагогических инноваций внимание исследователей во всем мире привлечено к проблемам развития ребенка. Этот интерес далеко не случаен, так как именно в дошкольный период жизни закладывается фундамент физического, психического и нравственного здоровья [2].

Физическое развитие детей и подростков — один из важнейших (высокочувствительных) показателей состояния здоровья подрастающего поколения. Параметры физического развития служат объективным критерием индивидуальной и групповой оценки роста и созревания, которая, в свою очередь, по праву считается инструментом первичного контроля за состоянием здоровья детской популяции [1].

Мы провели антропометрические и физиометрические исследования в дошкольных образовательных учреждениях г. Иркутска. Для оценки физического развития использовали показатели: массу и длину тела, окружность грудной клетки. Оценивали показатели физического развития центильным методом, соглас-

но которому идеальной нормой служит диапазон признака, свойственный 50% здоровых детей определенной возрастной группы и пола, и нормальные показатели находятся в диапазоне 25—75 центилей. Показатели, лежащие за пределами 97-го и 3-го перцентилей, отражают явную патологию.

При оценке антропометрических признаков по нормативным центильным таблицам установлено, что большинство значений каждого параметра попало в диапазон средних величин (от 25-го до 75-го центиля). Среди обследованных возрастных групп в данный диапазон были отнесены значения длины тела 60,2% мальчиков и 57,8% девочек, значения массы тела 58,5% мальчиков и 48,6% девочек, значения окружности грудной клетки 57,7% мальчиков и 50,9% девочек.

При оценке параметров длины тела в пределы диапазонов выше средних (75—90 центилей) и ниже средних величин (10—25 центилей) были отнесены показатели 27,8% и 10,2% мальчиков, а также 19,8% и 7,5% девочек соответственно. В диапазоны высоких (90—97 центилей) и низких величин (3—10 центилей) отнесены показатели 15,7% и 2,0% мальчиков, 12,1% и 5,6% девочек соответственно. В диапазоны очень высоких (выше 97 центилей) и очень низких вели-

чин (до 3 центилей) отнесены показатели 17,3% и 3,6% мальчиков, а также 12% и 4,5% девочек.

При оценке параметров окружности грудной клетки значительная доля мальчиков и девочек отнесена в диапазоны величин ниже средних (12 и 13,7%), низких (16,1 и 11,9%) и очень низких величин (5,5 и 12,2%).

Применение сочетанной оценки двух наиболее важных параметров — массы и длины тела позволило оценить степень гармоничности развития дошкольников. Гармоничное развитие имели 78,5% детей (74,5% мальчиков и 78,2% девочек), умеренно дисгармоничное — 13,4% (11,6% мальчиков и 14,8% девочек), резко дисгармоничное — 5,2% дошкольников (6,5% и 3,9% соответственно).

При сравнении полученных данных со средними показателями физического развития детей в России выявлены их некоторые различия. Так показатели роста и веса у иркутян обоих полов в возрасте 6 лет превышают средние значения по России, а у мальчиков показатели роста выше российских еще и в 4—5 лет. Максимальный уровень средних значений окружности грудной клетки у иркутян ниже, чем у сверстников во всех возрастных группах. Такие различия можно объяснить большей сте-

пенью астенизации детей от 4 до 6 лет, проживающих в нашем регионе. Это подтверждает общую тенденцию к децелерации роста и биологического развития у современных детей, проявляющуюся в «грацилизации» телосложения: уменьшение всех широтных и обхватных размеров тела, особенно поперечного и сагиттального диаметров грудной клетки.

Литература

1. Баранов А.А. и др. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков. Комплексная программа научных исследований. Профилактика наиболее распространенных болезней детей и подростков на 2005—2009 гг. М., 2006.
2. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). М., 2006.
3. Большаков А.М., Маймулов В.Г. Общая гигиена: Учеб. пособие. М., 2006.
4. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: Учебник. М., 2010.
5. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: руководство к практическим занятиям: Учеб. пособие. М., 2010.
6. Кучма В.Р. и др. Современное дошкольное воспитание: гигиенические проблемы, пути решения, медико-профилактическая эффективность. М., 2010.

Игровая деятельность — эффективное средство оздоровления детей в детском саду компенсирующего вида

Бабенкова Е.А.,

канд. пед. наук, ведущий научный сотрудник ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования;

Агафина Т.М.,

старший воспитатель ГБОУ детского сада компенсирующего вида № 1221, Москва

В последние годы выросло число ослабленных, часто и длительно болеющих детей по показаниям нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА), сердечно-сосудистой, нервной систем и др. Двигательная активность детей уменьшается из-за амбиций родителей. Они чрезмерно увлекаются интеллектуальным развитием своих детей. Дети большое количество времени проводят у телевизора, компьютера.

В детском саду компенсирующего вида № 1221 находятся дети с НОДА и ЛОР-заболеваниями. За последнее десятилетие традиционная система занятий в детском саду с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья, недостаточна для реабилитации. Такие дети должны посещать детские сады компенсирующего вида.

Инфраструктура детского сада компенсирующего вида позволяет проводить профилактические и коррекционные оздоровительные мероприятия при различных видах заболеваний. Эффективность

проводимой работы значительно повышается, если она осуществляется в игровой форме. Игра при этом служит эффективным средством оздоровления детей.

В оздоровительном центре нашего учреждения проводят процесс оздоровления детей с НОДА (осанка, плоскостопие, Х-образная деформация ног), ЛОР-заболеваниями (аденоиды, ринит, гипертрофия миндалин, тонзиллит, бронхит), часто и длительно болеющие дети (более 4 раз в году). Для детей с НОДА показаны ЛФК, термогидротерапия, массаж, в том числе гидромассаж (джакузи, ножные ванны). Все мероприятия проводятся в игровой развлекательной форме. Дети сознательно относятся к своему здоровью, не боятся процедур.

Высокий уровень мотивации оздоровления наблюдается у детей при сочетании ряда процедур, усиливающих общий терапевтический эффект и действующих на разные функциональные системы организма: ароматерапия

и плавание в бассейне; горный воздух, различные виды массажа и водные процедуры; гелиотерапия и ЛФК; галотерапия и массаж грудной клетки. Мероприятия в оздоровительном центре проводятся в игровой форме медицинским персоналом. Физкультурные и музыкальные занятия проводятся также в игровой форме воспитателями.

Взрослые должны знать, что активные двигательные действия при эмоциональном подъеме способствуют значительному улучшению деятельности костно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, благодаря чему улучшаются обмен веществ в организме и соответствующая тренировка функций различных систем и органов.

Растущий организм еще не сформирован, у детей дошкольного возраста имеются отклонения в развитии анатомических и физиологических функций. Состояние физического и психического здоровья ребенка, его сопротивляемость заболеваниям связаны с резервными возможностями организма, уровнем его защитных сил, определяющих устойчивость по отношению к неблагоприятным внешним влияниям, и оцениваются следующей системой критериев.

1. Наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе.

2. Уровень физического развития, степень его гармоничности, соответствие календарного возраста биологическому.

3. Уровень функционирования основных систем организма устанавливается при проведении функционального обследования часто и длительно болеющих детей.

4. Нервно-психическое развитие ребенка.

5. Степень сопротивляемости и устойчивости к болезням (резистентность).

6. Состояние здоровья. Наличие или отсутствие хронических заболеваний.

7. Адаптация к меняющимся внешним условиям.

8. Уровень физической подготовленности.

9. Уровень двигательной активности.

Наблюдения за детьми с отклонениями в состоянии здоровья показывают, что малоподвижность вызывает значительную задержку физического развития. Растущий организм особенно нуждается в мышечной деятельности, поэтому недостаточная двигательная активность приводит к развитию целого ряда хронических заболеваний (нозологий). Первостепенное значение в коррекции нарушений состояния здоровья детей имеет *адаптация к играм*. В случае болезни адаптация выступает в качестве защитного процесса.

Игры помогают формировать эмоционально-волевую сферу и нравственные качества. Игры являются не только развивающими на занятиях математикой, родной речи, лепки, но компонентом оздоровительной физической

культуры, т.е. подвижные игры оказывают благотворное влияние на общее состояние здоровья детей.

Игры, которые предоставляют хорошую возможность нормализовать подвижность нервных процессов, развивают внимание, память, инициативу, волевые качества, восприятие пространственной и временной ориентировки.

Очень важна *роль подвижных игр в увеличении двигательной активности* детей в течение дня. Особое значение имеют они для увеличения физиологических нагрузок на организм.

При проведении подвижных игр улучшается аппетит, укрепляется нервная система, повышается сопротивляемость организма к различным заболеваниям. Наиболее эффективно проведение подвижных игр на свежем воздухе. При активной двигательной деятельности детей на свежем воздухе усиливается работа сердца и легких, а следовательно, увеличивается поступление кислорода в кровь. Воспитатели по возможности увеличивают время прогулок детей, насыщают прогулки играми и различными физическими упражнениями.

Разнообразие игр по содержанию и организации детей позволяет подбирать их с учетом времени дня, условий проведения, возраста детей, их подготовленности, а также в соответствии с поставленными воспитателем задачами.

Укрепление и оздоровление организма детей, формирование

необходимых навыков движений, создание условий для радостных эмоциональных переживаний детей, воспитание у них дружеских взаимоотношений и элементарной дисциплинированности, умения действовать в коллективе сверстников, развитие их речи и обогащение словаря — вот те основные воспитательные задачи, которые воспитатель может решать при помощи разнообразных игровых заданий.

Для детей третьего года жизни в дни, когда проводятся физкультурные занятия, длительность подвижных игр может быть 6—8 мин. В другие дни (без физкультурных занятий) следует проводить подвижные игры в сочетании с различными физическими упражнениями. Их общая длительность может достигать до 10—15 мин.

С детьми четвертого года жизни длительность подвижных игр и физических упражнений на прогулке в дни физкультурных занятий составляет 6—10 мин. В остальные дни, когда занятия по физической культуре не проводятся, время для проведения подвижных игр увеличивается до 15—20 мин.

На вечерней прогулке можно проводить подвижные игры как со всей группой детей, так и с небольшими подгруппами, но желательны игры малой подвижности. Для этого времени хороши игры с текстом, пением, хороводные. Их длительность от 5 до 10 мин.

Наиболее благоприятными сезонами для проведения подвижных игр на воздухе являются поздняя весна, лето и ранняя осень. В это время могут быть использованы игры с самыми разнообразными двигательными заданиями. Однако летом в прохладную погоду проводятся игры, в которых дети должны быть активны; в жаркие, душные дни желательны игры более спокойные, так как малыши быстро перегреваются, потеют, быстрее устают, и у них пропадает желание участвовать в этих играх.

Значительные затруднения вызывает проведение подвижных игр с малышами на участке в зимнее время, ранней весной и поздней осенью. Тяжелая одежда и обувь затрудняют их движения, делают неповоротливыми, неловкими.

Даже детям четвертого года жизни, имеющим несколько больший двигательный опыт, чем дети третьего года, играть в такой одежде трудно. В этот период возможны самые простые игры с несложными движениями, чаще всего с ходьбой и не слишком быстрым бегом. Большое количество снега на участке ограничивает свободное пространство, поэтому игры с малышами удобнее проводить небольшими подгруппами.

Поскольку в зимнее время многие игры не могут быть проведены на участке с достаточной эффективностью, необходимо во второй половине дня, в свободное от занятий время, иногда проводить подвижные игры в помещении —

в групповой комнате, освободив для этого место; по возможности нужно стремиться выйти с детьми в зал, где больше простора и имеются разные пособия, которые можно использовать в игре.

Подвижные игры обязательно включаются в занятия физической культурой. Они проводятся после упражнений в основных движениях с целью повышения физиологической нагрузки и эмоциональности занятия. Для этой цели подбираются игры, требующие активных действий всех детей одновременно.

С младшей группой (четвертый год жизни) программой предусмотрено три физкультурных занятия в неделю. Воспитатель должен показывать детям физические упражнения, дети должны выполнять их по образцу. Одно занятие рекомендуется проводить в течение всего года на воздухе во время прогулки. Содержание этих занятий зависит от времени года и погоды. В теплое время года на таких занятиях имеют место упражнения в основных движениях и подвижные игры.

В зимнее время чаще всего включаются простейшие спортивные упражнения, такие как: скольжение по ледяным дорожкам, катание на санках, ходьба на лыжах, и в сочетании с ними — подвижные игры. Игры зимой на воздухе доставляют детям огромную радость, и проводить их нужно с целью оздоровления и закаливания.

На участке же зимой следует уделить больше внимания созда-

нию условий для самостоятельной двигательной деятельности детей. Для этого надо расчистить достаточно просторную площадку — сделать постройки из снега (снежные валы, невысокие горки, лабиринты), а также обеспечить детей игрушками и пособиями, которые будут способствовать активизации их деятельности (вынести санки, лопаты, санки для катания кукол, кукол в зимней одежде и т.п.).

Все это будет способствовать обогащению двигательного опыта, повышению интереса к прогулке и более длительному пребыванию на свежем воздухе. Любое зимнее развлечение: катание на санках, коньках, ходьбу на лыжах надо использовать на прогулках.

Занятия оздоровительной физической культурой обогащают двигательный опыт детей, при этом совершенствуются функциональные возможности детского организма.

Известно, что игра представляет особую деятельность, которая с детских лет сопровождает человека на протяжении всей его жизни. В настоящее время не только подвижные игры развивают детей, но и *сюжетно-ролевые*.

Расцвет ролевой игры начинается с четырехлетнего возраста, своего наивысшего развития она достигает в середине дошкольного возраста (5—6 лет), а затем постепенно заменяется играми с правилами, возникающими после 7 лет.

Творческая сюжетно-ролевая игра дошкольника претерпевает существенные изменения как по тематике, характеру игровых действий, длительности, так и по силе воспитательного воздействия. Сюжет развивается постепенно. В самом начале игра представляет собой элементарное действие с одним предметом. Оно повторяется много раз. Следующую ступень в развитии сюжета представляют игры, состоящие из ряда элементарных действий, еще не связанных между собой. Дальнейшее развитие сюжета заключается в том, что дети переходят к игре, состоящей из двух-трех связанных между собой действий. Этот переход от предметных к игровым действиям происходит в конце третьего — начале четвертого года жизни. Для этого периода игровой деятельности характерны значительные качественные изменения: начинают развиваться ролевые игры. Сюжетно-ролевая игра развивается в тесной взаимосвязи с процессом освоения ребенком предметных действий и овладения речью.

Известно, что игры для детей дошкольного возраста служат средством социальной и физиологической адаптации. Они должны быть, с одной стороны, подвижными, с другой — вызывать живой интерес, развивать смекалку и сообразительность.

При подготовке к школе детей 5—6 лет, имеющих отклонения в состоянии здоровья, основным средством, которое повышает

уровень функционирования основных систем организма, является организация игровой деятельности.

При подборе игр учитываются предшествующие занятия. Так, после занятий по родному языку, рисованию, лепке целесообразно провести игру с более активными действиями. Однако после сосредоточения внимания не рекомендуется разучивать новые игры.

Не исключаются подвижные игры и в дни, когда есть музыкальные и физкультурные занятия. В такие дни подбирают подвижные игры с менее активными действиями и проводят их не в начале, а в середине прогулки.

В режиме дня подвижные игры могут быть организованы как со всей группой, так и по подгруппам. Это зависит от характера действий, количества играющих, их подготовленности, условий проведения и других факторов. Если детей в группе много, а места в помещении или на площадке недостаточно, организуют игры по подгруппам. Игровые упражнения также проводятся чаще всего небольшими группами или с отдельными детьми.

Воспитатель должен подбирать игры как подвижные, так и сюжетно-ролевые, руководствуясь возрастными особенностями детей. Необходимо помнить, что детей седьмого года жизни надо готовить к школе, укрепляя здоровье, вырабатывая и закрепляя двигательные навыки, развивая эмоциональную сферу, обогащая

новыми представлениями, развивая способность к наблюдению.

Игра ведет к формированию новых качеств психики ребенка. К семи годам игра исчерпывает свое развивающее влияние: семилетний ребенок уже способен обучаться по школьному типу, т.е. может подчиняться правилам поведения на уроке без излишней перегрузки нервной системы.

Но это происходит лишь в том случае, если ребенок развивался до семи лет преимущественно в рамках игровой деятельности, одновременно имея возможность полноценно заниматься всеми видами дошкольных детских занятий. Таким образом, полноценная игровая деятельность в дошкольном возрасте способствует преемственности образования между дошкольным и младшим школьным возрастом.

В игре формируются и проявляются такие волевые качества, как целенаправленность, настойчивость и упорство в преодолении трудностей, умение подавлять свои эгоистические желания. Ребенок учится управлять своими чувствами, что в итоге способствует формированию произвольного поведения.

Осуществляя индивидуальный подход к каждому ребенку в процессе игровой деятельности, педагог постоянно должен создавать общественное мнение группы детей и опираться на него. В творческой игре каждая роль раскрывает определенные правила общественного поведения.

Игровые цели достигаются только в совместной коллективной деятельности. Выполняемая каждым роль имеет смысл при условии, если соответственно выполняют свою роль все участники игры. Эта роль вынуждает ребенка проявлять дисциплинированность и верность долгу, выдержку и терпение, мужество и великодушие.

Обсуждение с детьми положительных и отрицательных поступков, отношений в процессе игры помогает формированию общих оценочных мнений и суждений о нравственных поступках и нравственных нормах. Выражение общественного мнения группой детей, влекущее за собой иногда и исключение из игры, заставляет ребенка переосмысливать и изменять свое отношение к коллективу, создает у детей опыт ответственности за общее дело, сплачивает детский коллектив.

Игровое общение воспитателя с детьми позволяет ему направлять ход игры, руководить отношениями между ними. Совместная игровая деятельность способствует формированию у детей организованности и ответственности, умения контролировать свои действия и согласовывать их с действиями других детей.

В процессе развития сюжета игры ребенок приобретает навыки планирования деятельности, развивает творческое воображение, необходимое в других видах деятельности. Широкое использование предметов-заместителей в дальнейшем позволяет ребен-

ку овладеть другими типами замещения, в частности подготовиться к пониманию смысла моделей, схем, символов и знаков в процессе школьного обучения.

Умение играть имеет решающее значение для формирования активности, инициативы, сосредоточенности, целеустремленности и других качеств, необходимых затем для успешного обучения в школе и будущей трудовой деятельности.

Важную роль в поддержании игровой деятельности, внесении в нее творчества, создании интереса к игре, несомненно, принадлежит воспитателю. Успешность игры ребенка несомненно зависит от организационной деятельности взрослого.

Только опытный воспитатель, знающий и учитывающий индивидуальные и возрастные особенности детей дошкольного возраста, умеющий создавать игровые объединения не по своему усмотрению, а исходя из интересов детей, способен сделать игру увлекательным процессом, в ходе которой дети вовлекаются в сплоченные группы и могут реализовать себя, с желанием участвуют в игровых действиях.

Во-первых, воспитателю необходимы условия для развития игрового сюжета, предметно-игровая среда создается с учетом возрастных и индивидуальных особенностей дошкольника. Атрибуты для сюжетно-ролевых игр должны быть красочными и эстетическими, так как именно с ними будет взаимодействовать ребенок.

Правильная организация предметно-игровой среды предполагает и выполнение воспитателем программной задачи развития детского творчества в игровой деятельности.

Во-вторых, сюжетно-ролевая игра будет успешной только в том случае, если воспитатель организует и осуществляет игровую деятельность детей последовательно и систематически, а не от случая к случаю.

Умение взрослого наблюдать за детьми дает ему материал для раздумий, понимания их игровых замыслов и переживаний. Исходя из этого, он планирует игровую деятельность с дошкольниками.

В-третьих, организуя игровую деятельность с детьми, воспитатель активно использует методы и приемы обучения детей игровым действиям, а в старшем дошкольном возрасте — игровой цепочке, согласно выбранной роли или игровому сюжету. Влияние воспитателя на выбор игры, игровые действия заключается в том, что он поддерживает интерес к игре. Если игра затухает, он разнообразит ее новыми персонажами или игровыми действиями.

Опытный воспитатель нередко сам встает на позицию ребенка и участвует в игровой деятельности на равных с участниками игры. Это сближает его с детьми и позволяет ему реализовать поставленные задачи. Успешная игровая деятельность возможна при умелом руководстве воспитателя, который способен сделать

сюжетно-ролевую игру увлекательным процессом, где полноценно развивается дошкольник.

Огромное значение игры для развития психики и личности ребенка дает основание считать, что игровая деятельность является в дошкольном возрасте ведущей.

Мы считаем, что психолого-педагогическое сопровождение игровой деятельности предполагает: удовлетворение базовых потребностей ребенка; обеспечение в ДОУ психологической и социальной безопасности; удовлетворение первичных интересов дошкольника; превентивную и оперативную помощь в решении индивидуальных проблем, связанных со здоровьем, усвоением программ, принятием правил поведения в детском саду, межличностной коммуникацией со взрослыми и сверстниками; формирование культуры здорового и безопасного образа жизни. В результате мы выполняем задачу подготовки детей к школе.

Литература

Бабенкова Е.А. Игры, которые лечат: для детей от 3 до 5 лет. М., 2008.

Играют взрослые и дети: из опыта работы дошкольных образовательных учреждений России / Сост. Т.Н. Дорохова. М., 2006.

Маханева М.П. Воспитание здорового ребенка. М., 1999.

Пензулаева Л.И. Подвижные игры и игровые упражнения для детей 5—7 лет. Л., 2001.

Возможности хорового пения в сохранении здоровья дошкольников

Рахматуллина А.Р.,

музыкальный руководитель МАДОУ ЦРР — д/с № 146;

Малярчук Н.Н.,

д-р пед. наук, канд. мед. наук, профессор кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень

Хоровое пение в дореволюционной России было признано основным путем всеобщего музыкального просвещения народа. Большой популярностью в первом десятилетии XX в. пользовалась «Методика хорового пения» Д.Н. Зарина. Высоко оценивая значение хорового пения, он считал, что пение воздействует на «умственные силы детей, каковы сознание, память и воображение; волю; эстетическое чувство и физическую сторону человека».

Воспитание вокальных навыков с детского возраста — одна из самых ценных традиций русской народной хоровой культуры. В ее основе лежала передаваемая из поколения в поколение, от взрослых к детям, народная манера пения. Простонародное хоровое пение не было фальшивым благодаря удобной тональности, которую певцы выбирали сами, и естественному «открытому» пению.

Пение — не только форма обучения музыке дошкольников,

способ организации досуга, но это еще и мощный оздоровительный фактор, обеспечивающий воздействие на человеческий организм, по эффективности равное спортивным тренировкам «умеренной мощности».

Пение положительно воздействует на физическое и психическое состояние детей: способствует развитию и укреплению легких; формируя координацию голоса и слуха, улучшает детскую речь; вызывает позитивные реакции организма, связанные с изменением кровообращения и дыхания; позитивно влияет на общее самочувствие. Известно, что пение — лучшая форма дыхательной гимнастики.

Для современного подрастающего поколения, окруженного «массовой музыкальной культурой» и находящегося в состоянии переоценки нравственных норм и идеалов, характерны эмоциональная отчужденность, холодность взаимоотношений и, во

многим, непонимание феномена дружбы. С этих позиций пение в хоре — «глоток кислорода», вкус другой, нормальной формы взаимоотношений между людьми. Хор — это сложный организм, создание которого требует колоссальной энергии, знаний и умений педагога, ставящего перед детьми задачи усвоения дирижерских жестов и выработки хорошей реакции на них.

Самая важная и сложная задача — найти такую песню, которая была бы созвучна настроению воспитанников, отражала бы их интересы и представления об окружающем мире, нравственно развивала их, была бы доступна для детского исполнения. Понимая, какая огромная ответственность лежит на музыкальном руководителе по выбору песенного материала, мы обратились к народной музыке, как «к роднику, который питает всю музыкальную классику». Именно народные песни, потешки вызывают у детей всплеск положительных эмоций, создают радостное настроение, воспитывают оптимистический взгляд на жизнь. Для каждой возрастной группы подбирается доступный фольклорный материал, с помощью которого можно решить различные проблемы развития вокальных навыков. При этом фольклор тесно переплетается с классикой и современностью. Включение в репертуарный план песен Г. Вихаревой, Г. Гладкова, Т. Попатенко, Б. Савельева, Г. Струве, А. Филиппенко, В. Шаинского вызывает у детей светлые, радостные

эмоции. Эти вокальные произведения надолго остаются любимыми в их репертуаре.

После подбора репертуара первое, с чего начинается вокально-хоровая работа, — это *воспитание слухового внимания детей при ознакомлении с новым музыкальным произведением*. Используются различные приемы, подготавливающие к целенаправленному прослушиванию песни: краткое вступительное слово музыкального руководителя о данном произведении (сообщается название песни, авторы музыки и текста, поясняются непонятные слова); предварительное чтение стихотворений; мини-рассказ, который настраивает детей на более глубокое восприятие музыкального образа; разгадывание загадок и ребусов; вовлечение детей в диалог при обсуждении песенного образа. Эти приемы помогают пробудить в дошкольниках интерес к песне, желание более внимательно ее выслушать и приступить к старательному разучиванию произведения.

Задача следующего этапа — *пропевания песни педагогом* — создать атмосферу сопереживания детьми предлагаемому произведению. Необходимо петь красиво, эмоционально, чтобы заинтересовать детей новой песней. Очень важно при восприятии детьми музыки развивать их воображение, эмоциональный отклик, мышление, суждение, поэтому после прослушивания песни проводится беседа о характере сочинения, его содержании, наи-

более ярких средствах, которыми пользовался композитор. Такой анализ подготавливает воспитанников к разучиванию песни, в то же время показывает, насколько внимательно они прослушали музыку, как глубоко ее поняли, и помогает раскрыть художественный образ произведения.

В работе при *непосредственном разучивании песни* особое внимание придается принципу художественного и технического единства. Появляется возможность пропевания произведений в самых различных тональностях: на полтона, на тон выше или ниже. У музыкального руководителя освобождаются руки, и дети приучаются к дирижерским жестам. Усвоив их, на последующих занятиях дети начинают осваивать ручные знаки, причем они не только видят, но и сами повторяют их. Эти упражнения приносят ощутимую пользу. Дети очень любят их и воспринимают как игру.

Заключительный этап работы — собственно *разучивание песни*. В обычном понимании (запоминание мелодии и текста) процедура «разучивания» — самый неблагоприятный и даже опасный для детского голоса этап. Поэтому необходимо стараться свести его к минимуму, чтобы сберечь время для полноценной вокально-художественной работы.

Кроме того, мы используем технологию В.В. Емельянова. Наиболее важным он считает развитие системы голосообразующего комплекса, сгруппированного по сле-

дующим критериям: генераторный (гортань), резонаторный (рупор) и дыхательный. Музыкальные эмоции рождаются в основном с помощью нервно-мышечной системы голосового аппарата. В методике первостепенное значение уделяется развитию последнего. Представляет интерес и разработанная им система мер по охране и защите детского голоса.

Относясь к проблеме вокального воспитания дошкольников очень серьезно и понимая, что работа в этом направлении только на музыкальных занятиях не может обеспечить достаточно быстрого и прочного закрепления вокальных навыков у детей, в повседневную практику в работе с детьми мы ввели такую форму работы, как «вокальная минутка». В этом большую помощь музыкальному руководителю оказывают воспитатели групп. Дети поют спонтанно в игре, в самостоятельной деятельности, в самых разнообразных режимных моментах.

Интегрированная связь пения с различными видами повседневной деятельности дошкольников и разнообразными видами искусств ярко отражена в комплексных занятиях, разнообразных формах проведения праздников, досугов и вечеров отдыха. Благодаря наличию в каждой группе вокального дидактического материала (картинки, схемы-алгоритмы, сборники песен) воспитанники детского сада могут заниматься самостоятельной вокальной деятельностью, развивать сюжетно-

ролевые игры с вокальной тематикой (концерты, праздники в кукольной семье и др.).

Для особо одаренных детей мы организовали вокальную студию «Непоседы», где обучение вокальным навыкам проводится углубленно. Дети, занимавшиеся в детском саду в вокальной студии и наиболее музыкально проявившие себя, продолжают обучение пению в музыкальных школах города. Они активно участвуют в праздничных мероприятиях, концертах и городских конкурсах. Осуществ-

ляется преемственность в обучении и воспитании. Безусловно, решается и другая важнейшая проблема — проблема занятости свободного времени, подготовка детей к будущей взрослой жизни, умение правильно организовать свой досуг.

Литература

- Емельянов В.В. Развитие голоса. Координация и тренаж. СПб., 1997.
- Менабени А.Г. Методика обучения сольному пению. М., 1987.
- Новикова Г.П. Музыкальное воспитание дошкольников. М., 2000.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Ожирение у матери – аутизм у ребенка

У матерей с избыточной массой тела в два раза чаще рождаются дети, страдающие аутизмом и другими проблемами психического развития, считают ученые из Калифорнийского университета в США. В исследовании приняли участие более 1 тыс. детей в возрасте от 2 до 5 лет. У $2/3$ из них был диагностирован аутизм и другие нарушения психологического развития. Ученые собрали данные о том, как проходила беременность у их матерей. Оказалось, что у некоторых женщин, принявших участие в исследовании, во время беременности наблюдался лишний вес и другие осложнения. В ходе исследования ученые подсчитали, что у тучных женщин почти на 70% больше шансов родить малыша с аутизмом и более чем в два раза выше риск родить ребенка с задержкой психического развития. Этот риск сохранялся и у тех женщин, которые страдали повышенным давлением или гестационным диабетом во время беременности. Ученые говорят, что типичный для такого заболевания повышенный уровень глюкозы в крови вызывает нарушение обмена веществ ребенка во время его внутриутробного развития. Это приводит к повышенному потреблению кислорода тканями тела малыша. В результате мозг ребенка испытывает кислородное голодание, и его развитие нарушается. Исследователи рекомендуют женщинам стабилизировать вес до беременности и поддерживать его в здоровых рамках в ожидании ребенка. Ведь полнота матери может привести не только к повышенной массе тела малыша, но и к нарушениям психического развития.

<http://www.takzdorovo.ru>

К разработке региональной стратегии формирования культуры здоровой жизни

Чимаров В.М.,

д-р мед. наук, заслуженный врач РФ, профессор кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень

Многочисленными исследованиями установлено: продолжительность жизни и здоровье на 70% зависят от образа жизни человека и условий окружающей его среды, в то время как степень влияния медицины составляет всего 8—10%. Специалисты подсчитали, что предупреждение заболеваний средствами здорового образа жизни обходится дешевле лечения в 25 раз. Внедрение ЗОЖ в развитых странах решалось на уровне властных структур разного уровня и общественности. Отсюда — высокий уровень здоровья, значительное увеличение продолжительности жизни.

В России возможности здорового образа жизни долгое время не были оценены, поэтому воспитанию культуры здоровья до сих пор уделяется недостаточное внимание. Не разрабатываются философские, психологические, социальные, духовно-нравственные, экологические и другие аспекты здоровья, нет целенаправ-

ленной государственной политики, доктрины здоровья, системы воспитания его культуры.

В Тюменской области энтузиастами создавались благоприятные условия для распространения ЗОЖ, была заложена психологическая и социальная основа, преимущественно в системе образования, молодежной политики, физкультуры и спорта. Некоторые дошкольные и общеобразовательные учебные заведения добились значительных успехов.

Однако в целом в масштабах области работа по формированию здорового образа жизни организационно не выстроена. Прежде всего нет единой структуры, которая могла бы реально осуществлять конкретную деятельность: методическое руководство, разработку стратегии, программ, составление планов практических действий и их реализацию. Необходимо также учитывать, что население России, и Тюменского региона в том числе, недостаточно владеет элементами куль-

туры здоровья, что подтверждается фактом инфекционной заболеваемости. Поэтому основные усилия должны быть направлены на систематическое просвещение населения в области охраны и укрепления здоровья, на формирование мотивации, стимулов, побуждений к здоровому стилю поведения, на воспитание культуры здоровья.

В этой связи мы выдвинули идею создания в регионе общественного движения, пропагандирующего ЗОЖ, подготовили концепцию, разработали «Положение», регламентирующее функционирование этой общественной организации, предложили стратегические ориентиры предстоящей деятельности. Предложения о создании движения были одобрены на первой региональной научно-практической конференция «Формирование здорового образа жизни населения г. Тюмени» 25 сентября 2002 г. Тюменским госуниверситетом и городской администрацией. Новая организация была названа «Региональное общественное движение “Тюменцы — за здоровый образ жизни!”». В письменных документах и в устной речи допускается сокращенное наименование «Движение ЗОЖ». Движение ЗОЖ — самостоятельная специализированная общественная организация, ориентированная на решение проблем здоровья населения региона.

На протяжении десятилетия «Движение ЗОЖ» постоянно совершенствовало свою деятельность, сообразуясь с социально-экономической, демографической и общественной ситуацией в стране и регионе. Так, на старте (2002) и к текущему моменту (2012) положение в обществе значительно изменилось. Были разработаны Национальный проект «Здоровье», Национальная доктрина образования РФ на период до 2025 г., программы «Здоровье работающего населения России на 2004—2015 гг.», реализация которых оказала позитивное влияние на состояние здоровья населения. Принятие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в частности: ст. 28 «Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья»; ст. 12 «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья»; ст. 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» значительно расширили реальные возможности деятельности общественных объединений в сфере охраны здоровья. Указанные изменения объясняют необходимость пересмотра подходов к решению проблем ЗОЖ и соответственно разработку нового Положения.

В соответствии с вышеуказанным, «Движение ЗОЖ» в

своей деятельности руководствуется рассмотрением проблем: стратегия формирования здорового образа жизни населения Тюменской области, технологии, методы и средства; формирование здорового образа жизни, воспитание культуры здоровья подрастающего поколения в образовательных учреждениях разного типа; духовно-нравственные аспекты общественного и индивидуального здоровья; культура здоровья как фактор здоровьесформирующего общественного сознания; экологические аспекты охраны здоровья и формирования здорового образа жизни; физическая культура в формировании здорового образа жизни человека в различные возрастные периоды; медицинские, санитарно-гигиенические факторы повышения уровня здоровья населения; средства массовой информации в формировании образа жизни населения.

Отличительная особенность деятельности «Движения ЗОЖ» — развитие принципиально нового направления — перехода от лечения болезней к системе, основанной на приоритете изначального здоровьесбережения и постоянно-го активного здравостроения, что и определило цель и задачи работы.

Цель: научная разработка и внедрение системы формирования, сохранения, воспроизводства

и укрепления средствами здорового образа жизни общественного и индивидуального психического, физического и духовно-нравственного здоровья и работоспособности детского и взрослого населения Тюменского региона в процессе образования, трудовой деятельности, отдыха, занятий физкультурой и спортом.

«Движение ЗОЖ», опираясь на интеллектуальный потенциал единомышленников региона, призвано решать следующие задачи:

- разработать региональную стратегию и технологию формирования здорового образа жизни как нового мировоззрения;
- распространять в информационном пространстве Тюменского региона ценности здорового образа жизни, формировать идеал здоровья как главной составляющей смысла жизни и престижа нации;
- изучать отношение населения к здоровому образу жизни, индивидуальному и общественному здоровью в различных социально-демографических и возрастных группах (школьники, студенты, рабочие, служащие, пенсионеры);
- исследовать влияние общественно-политической, социально-экономической, культурно-образовательной среды на формирование культуры здоровой жизни;

- выявлять основные факторы социальной и экологической среды, природных условий, позитивно и негативно влияющих на состояние популяционного и индивидуального здоровья;
- изучать состояние общественного здоровья трудовых коллективов учреждений, организаций и предприятий, детского и взрослого населения муниципальных образований, районных центров, городов и оценка эффективности проводимых мероприятий по здоровьесбережению.

Реализация обозначенных задач предопределяет следующую структуру «Движения ЗОЖ».

1. Учебно-методический сектор (работа с учебными заведениями, предприятиями, муниципальными образованиями, районами и городами по формированию здоровья средствами здорового образа жизни).

2. Консультативно-оздоровительный сектор с медико-гигиеническим и физкультурно-оздоровительным отделениями.

3. Научно-исследовательский сектор с кабинетами донозологической диагностики здоровья.

4. Информационно-просветительский сектор с отделением по работе со средствами массовой информации.

5. Редакционно-издательский сектор.

6. Сектор перинатальной, репродуктивной, гендерной, геронто-

логической, экологической здравологии.

7. Сектор организационно-методического управления и финансово-хозяйственной деятельности.

8. Структура включает также библиотеку здоровья, учебные комнаты и аудитории.

Основные направления деятельности:

- повышение престижности здоровья, формирование позитивного отношения населения к личному и общественному здоровью, воспитание культуры здоровья, здорового образа жизни, повышение компетентности индивида в вопросах психофизического состояния и потребности в активном здравостроении;

— признание здорового образа жизни важнейшим, высокоэффективным методом формирования здоровья, являющимся наименее затратным и исключаящим, в отличие от лекарственной терапии или хирургического вмешательства, любые осложнения. В основе реализации указанных направлений лежит установка на изменение отношения к своему здоровью, принципам здорового образа жизни, на формирование ценностного отношения к индивидуальному здоровью и здоровью окружающих;

- разработка и внедрение в учебно-воспитательный процесс

- дошкольных, средних общеобразовательных специальных и высших учебных заведений программ: обучения здоровью, воспитания культуры здоровья, формирования ценностного отношения к здоровью и мотивации к его активному сохранению и укреплению;
- разработка и реализация комплекса мероприятий по духовно-нравственному воспитанию подрастающих поколений. Оценка состояния общественного здоровья и эффективности мероприятий по его сохранению и улучшению на территории Тюменской области;
 - разработка и реализация программ обучения здоровью различных социальных групп: специалистов административных структур, педагогов, врачей, работников МВД, трудовых коллективов, молодых семей, неорганизованного населения и лиц третьего возраста;
 - организация и проведение международных, Всероссийских, региональных научно-практических конференций, семинаров, круглых столов;
 - информационно-издательская и пропагандистская деятельность. Подготовка, издание буклетов, листовок, брошюр, плакатов, книг и других печатных и электронных учебных пособий и методических рекомендаций по проблемам формирования культуры здоровья и здорового образа жизни. Организация «Библиотеки здоровья», тематических выставок книг, журналов, газет, посвященных проблемам здорового образа жизни;
 - организация конкурсов фотографий, рисунков, плакатов, стенгазет, информационных материалов, научно-исследовательских работ, проектов индивидуального оздоровления, способствующих формированию культуры здорового образа жизни;
 - организация работы по формированию здорового образа жизни средствами физической культуры: вовлечение сослуживцев, соседей, знакомых и членов их семей в спортивные секции; проведение спортивных недель, турниров, спартакиад, месячников оздоровительной физической культуры, дней здорового образа жизни;
 - разъяснительная работа по организации досугового времени на принципах здорового образа жизни: отказ от употребления спиртных напитков, психоактивных веществ, табакокурения, участие в творческих объединениях, спортивных секциях, клубах по интересам, отрядах охраны правопорядка, защиты природы, благотворительной деятельности;
 - разработка системы материального и морального поощрения за активную работу по пропа-

ганде и формированию здорового образа жизни; за активное сохранение и укрепление личного и общественного здоровья средствами здорового образа жизни;

- содействие и участие в разработках, формировании и реализации федеральных, региональных, муниципальных и общественных программ демографической политики, оздоровления, воспитания и образования, повышения качества жизни, уровня здоровья граждан всех возрастов и категорий;
- содействие развитию физкультуры, массовых видов спорта, игр, спортивных соревнований и олимпийского движения;
- внедрение в дошкольных учреждениях, школах и специальных учебных заведениях рекомендаций и методик здорового образа жизни, гигиены, развития иммунитета, здорового питания, физкультуры, нравственно-этического воспитания;
- укрепление межрегиональных и международных связей граждан и организаций России с зарубежными организациями и частными лицами в области здорового образа жизни, здоровья, физкультуры и спорта и участие в международных и межрегиональных здравоохранительных, культурных, спортивных и

образовательных мероприятиях.

Деятельностью регионального общественного движения «Тюменцы — за здоровый образ жизни!» руководит Председатель Совета «Движения ЗОЖ» (его инициатор и основатель доктор медицинских наук, профессор, академик РАСН, заслуженный врач России В.М. Чимаров).

Председателем Совета «Движения ЗОЖ» создается руководящий совет, к участию в работе которого привлекаются авторитетные ученые и специалисты, имеющие опыт работы в сферах охраны здоровья, образования, культуры, физкультурных обществ, в органах государственного управления, бизнеса. Руководящий совет принимает стратегические и текущие решения о направлениях работы, мероприятиях и акциях. Члены совета курируют отдельные направления работы движения — являются руководителями секторов.

Литература

- Васильева О.С., Филатов Ф.Р.* Психология здоровья. М., 2001.
- Сержантов В.Ф.* Человек, его природа и смысл бытия. Л., 1990.
- Хутиев Т.В.* Управление физическим состоянием организма. М., 1991.
- Чимаров В.М.* Формирование здоровья в норме и при задержке роста в онтогенезе. М.; Тюмень, 2004.

Приобщение к здоровому образу жизни через родительские сообщества

Мадеева И.Э.,
заведующий;

Скалченкова И.М.,
педагог-психолог МДОУ «д/с № 58 присмотра и оздоровления»,
г. Казань

С древнейших времен люди мечтают о долгой жизни, стремятся быть здоровыми. Человечество давно уже испытало на себе огромные возможности трех природных лекарей: солнца, воды и воздуха. Многие люди с удовольствием занимаются физкультурой и спортом. Но, к сожалению, проведение скрининг условий и образа жизни семей наших воспитанников через опросные листы, мы обнаружили, что здоровый образ жизни ведут лишь 14,75% и тяготеют к нему 14,75%, а для остальных он не считается ценностью.

Данные результаты нацелили наш коллектив — медиков и педагогов — на усиление работы по валеологическому образованию родителей, повышению качества здоровьесберегающей деятельности и содержания наглядно-просветительской работы.

Сначала мы стали *выпускать газету для родителей «Сорока»* (вот уже 12 лет). К созданию привлекли, кроме заведующего и старшего воспитателя, медиков и педагогов-специалистов, разнообразили рубрики: рекомендации

психолога, «Советы Айболита», «Скорая помощь медсестры», «Вкусная страничка», «Уроки безопасности» и пр. Затем стали *проводить групповые родительские собрания* в форме «Семейных уроков здоровья» с приглашением узких специалистов — фтизиатра, пульмонолога, преподавателей кафедры эпидемиологии Казанского государственного медицинского университета (воспитанники детского сада — дети с ранним проявлением туберкулезной инфекции).

В 2006 г. были организованы родительские сообщества: «Школа здоровой семьи», «Семейная академия», в 2009 г. — клуб для родителей группы раннего возраста «Растишка». Сначала только 30% родителей заинтересовались нашей инициативой, а сегодня 82% семей — активные участники клубов. Каждое сообщество имеет Положение о своей деятельности и план мероприятий на год. Основной акцент в работе клубов — формирование культуры здоровья всех участников образовательного процесса, создание

здоровьесохраняющей среды для малышей. Организаторы — педагоги и родители — устраивают мастер-классы (с просмотром домашних видеофильмов), практики, круглые столы, ток-шоу.

Открытый диалог, заинтересованность педагогов и медиков в помощи семьям в воспитании здорового ребенка позволили установить тесный контакт с родителями. Особой популярностью пользуются групповые тренинги, совместные прогулки в ближайший сквер, Дни здоровья. Кроме того, выпускаются групповые фотогазеты «Здоровье —

малышам», информационные листы, памятки.

Опыт нашего учреждения по взаимодействию с родителями был освещен не только в СМИ, но и на городских и республиканских конференциях и мероприятиях. Именно благодаря конструктивному сотрудничеству с семьями воспитанников, внедрению в практику работы инновационных здоровьесберегающих технологий учреждение стало победителем городского конкурса «Детский сад года — 2009», участником и призером многих муниципальных конкурсов по оздоровительной работе.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Сладкая шипучка – пожизненные проблемы

Всего месяц регулярного употребления сладкой газировки может привести к необратимым проблемам со здоровьем, считают исследователи из Университета Бангор в Великобритании. По их мнению, в организме любителей сладкой шипучки очень быстро нарушается обмен веществ.

Эксперименты показали, что избыточное употребление сладкой газировки и подслащенных фруктовых соков провоцирует мышцы в первую очередь использовать для получения энергии поступающий с напитками сахар. В то же время жировые запасы организма не расходуются или даже увеличиваются.

По мнению ученых, организм человека приспосабливается к «легкому» способу получения глюкозы из-за изменения активности генов, отвечающих за метаболизм жиров и глюкозы в организме. Этот эффект сохраняется в долгосрочной перспективе, провоцируя увеличение уровня сахара в крови и риск развития диабета второго типа.

Исследователи напоминают, что сладкая газировка приводит не только к повышению массы тела, но и к гипертонии, астме, болезням сердца и даже раку. Они рекомендуют полностью отказаться от подслащенной шипучки и отдать предпочтение обычной питьевой воде.

<http://www.takzdorovo.ru>

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ



ЗИМНИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ Планирование, конспекты

Автор — Сулим Е.В.

Представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультуре на свежем воздухе в зимний период: обучение ходьбе на лыжах, катанию на санках, скольжению по ледяным дорожкам и спортивной игре «Сноубол». Содержатся планирование физкультурных занятий, конспекты занятий и разнообразные спортивные игры и упражнения.



ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Учебно-методическое пособие

Авт.-сост. — Т.А. Максименко, Л.С. Вакулenco

Цель данного методического пособия — сформировать у читателей представления о возрастных рамках двигательного развития ребенка первого года жизни, а также ознакомить с путями преодоления моторных расстройств средствами кинезитерапии. Для родителей детей раннего возраста, специалистов и воспитателей ДОУ и коррекционных образовательных учреждений.



БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ Методическое пособие

Автор — Шорыгина Т.А.

В пособии представлены беседы, посвященные здоровому образу жизни, — утренней зарядке, закаливанию, подвижным играм на свежем воздухе в любое время года, солнечным и воздушным ваннам. Новые сказки, стихи и загадки автора делают материал пособия увлекательным и доступным для детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Вопросы и задания призваны активизировать память и внимание, развить логическое мышление и речь ребенка. Материалы пособия могут использоваться при коллективной и индивидуальной форме обучения. Пособие адресовано учителям, родителям, гувернерам и воспитателям.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,

по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес и заказать бесплатные каталоги издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология», «Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



Подходы к диагностике нарушений нервно-психического развития в раннем возрасте

Власова Е.В.,

канд. мед. наук, врач-неонатолог, невролог;

Ковтун О.П.,

д-р мед. наук, профессор, врач-невролог;

Блохина С.И.,

д-р мед. наук, профессор УГМА, действительный член АИН им. А.П. Прохорова, заслуженный врач РФ, ГБУЗ Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр “Бонум”», г. Екатеринбург

Нервно-психическое развитие детей считается важным показателем психического и соматического здоровья. Его адекватная и своевременная оценка позволяет выявить ранние отклонения в состоянии здоровья и выделить значительную группу детей (до 10%) с глубокими множественными проявлениями отставания в развитии, а также осуществлять прогностические исследования. Диагностика нервно-психического развития стала наиболее актуальной в настоящее время, поскольку наблюдается постоянное увеличение числа новорожденных с различными заболеваниями, приводящими к ограничению жизнедеятельности и социальной дезадаптации [1; 3].

Клинически нарушения развития нервной системы характеризуются аномалией или задержкой развития основных психоневрологических функций — двигательных, перцептивных (главным образом, зрительного, слухового и тактильного восприятия), речевых, интеллектуальных, коммуникативных, а также эмоционально-волевой сферы. Указанные нарушения могут наблюдаться как в изолированном виде, так и в различных сочетаниях, носить количественный, темповый (задержка или опережение развития по возрастным периодам) или качественный (развитие по аномальному пути) характер.



Так, к нарушениям двигательного развития относятся многообразные формы детского церебрального паралича, но также и варианты минимальной статикомоторной дисфункции, к нарушениям перцептивного развития — зрительные и слуховые дисгнозии, так называемые перинатальные слепота и тугоухость, к нарушениям речевого развития — дизартрии и дисфазии, задержки формирования речи. Нарушения развития интеллектуальных, коммуникативных функций и эмоционально-волевой сферы могут проявляться в виде минимальной психоречевой недостаточности, умственной отсталости, олигофрении, отклонений в поведении и общении с окружающими, различных аутистических и аутистикоподобных синдромов, эмоциональной сглаженности со снижением интереса к окружающим или повышенной возбудимости с эмоциональной и двигательной расторможенностью.

Эффективность реабилитации и перспективы обучения детей с задержанным или аномальным развитием психоневрологических функций зависят от многих факторов, прежде всего от своевременного выявления отклонений от нормы. Психоневрологические функции ребенка развиваются не одновременно, а гетерохронно по мере развертывания онтогенеза и его роста. Одни функции развиваются параллельно, относительно независимо друг от друга, другие последовательно, путем преемственной перестройки, сменяя

или обогащая предыдущие функциональные возможности. Возникновение критических периодов развития контролируется эндогенно, генетической программой, которая в определенной стадии онтогенеза определяет срок перестройки конкретной функциональной системы и готовность ее к данной перестройке.

Проблема периодизации роста и развития детей, критериев и границ возрастных периодов детства остается актуальной и недостаточно изученной. Несмотря на многочисленные исследования отсутствуют единая классификация и трактовка критических периодов, используются неоднородные принципы их определения, сроков начала и завершения, которые в большей степени произвольно декретированы, чем научно обоснованы [2].

Таким образом, основа успеха медико-социального сопровождения детей — своевременное выделение пациентов групп риска и соответствующее их ведение, наблюдение для максимального предотвращения тяжелых исходов. Так, к *факторам риска* пренатального, натального и неонатального анамнеза относятся:

- мать с асоциальным статусом, зависимость от наркотиков, алкоголя, никотина;
- мать с хроническими заболеваниями, которые требуют продолженного приема медикаментов (например, Diabetes mellitus, эпилепсия);
- кровотечение, гестоз, тяжелые инфекционные заболевания во

- время беременности и неонатальные инфекции ребенка;
- недоношенность (менее 36 недель), экстремально низкая масса тела при рождении (менее 30 недель);
 - гипотрофия при рождении (менее 3 перцентилей по гестационному возрасту);
 - многоплодная беременность;
 - тяжелая натальная / неонатальная асфиксия с гипоксическо-ишемической энцефалопатией (тяжелое перинатальное поражение ЦНС);
 - тяжелые натальные, неонатальные осложнения (кардио-респираторный дистресс-синдром, сепсис, искусственная вентиляция легких, рецидивирующие апноэ, операции, судороги периода новорожденности);
 - сохраняющиеся патологические сонографические и МРТ-изменения в головном мозге.
- Факторы риска в анамнезе на первом году жизни:
- тяжелые заболевания, повторные операции, длительное нахождение в стационаре, хронические заболевания (врожденные пороки сердца, муковисцидоз и др.);
 - тяжелые аллергические заболевания;
 - социальная изоляция;
 - часто меняющиеся опекуны;
 - бедность, асоциальный статус родителей.

Также имеются симптомы, которые могут служить доказательством нарушения развития ребенка. Учитывая анамнестические факторы риска, при наблюдении данных пациентов следует

обращать внимание на признаки, которые могут манифестировать и помочь в постановке диагноза:

- микроцефалия;
- снижение массы тела, роста (менее 3 перцентилей);
- доказанные или предполагаемые синдромальные заболевания;
- нарушения питания, усвоения;
- слабость при сосании, отказ от еды;
- частые приступы плача;
- стойкие нарушения сна;
- снижение двигательной активности;
- мышечная гипер- или гипотония;
- мышечная слабость (в отличие от мышечной гипотонии сила мышц может быть активирована и сухожильные рефлексы хорошо вызываются);
- другая неврологическая симптоматика;
- сохраняющиеся неонатальные моторные автоматизмы (рефлекс Моро, асимметрические тонические, хватательные рефлексы) позже 6 мес. жизни;
- дефицит или отсутствие контроля за положением головы, туловища;
- подозрение на нарушение зрения, слуха (отсутствие зрительного контакта до 3 мес. жизни, уверенного поворота головы на источник шума).

Причины микроцефалии, снижения веса, задержки роста необходимо дополнительно исследовать, исключая нейророметаболические

заболевания. Синдромальные поражения обязательно при возможности следует подтверждать молекулярно-генетически, проводить карiotипирование. Слабость сосания, нарушения аппетита и усвоения могут быть признаками органических, а также психоэмоциональных поражений. Снижение двигательной активности, мышечная гипотония и дефицит контроля за положением головы, туловища характерны для нейромышечных заболеваний (спинальные мышечные атрофии). Также отсутствие или снижение сухожильных рефлексов доказывает нейродегенеративную и нейромышечную патологию.

Мышечная гипертония, сочетающаяся с неонатальными моторными автоматизмами, показывает на наличие детского спастического паралича (спастический церебральный парез) или же на определенные формы нейродегенеративных заболеваний.

При подозрении на нарушение слуха, зрения необходимо провести дополнительные инструментальные исследования.

На первом году жизни у детей, в том числе не входящих в группу риска, при обследовании встречаются определенные клинические проявления, которые относят к транзиторным неврологическим симптомам:

- персистирующие неонатальные автоматизмы;
- ретардация спонтанной моторики;
- повышенная возбудимость (испуг ребенка при быстрой

перемене положения тела, громком звуке, неожиданном касании) или сниженная (замедленная) реакция на контакт, речь;

- повышенный или пониженный мышечный тонус при удовлетворительно вызываемых рефлексах.

Транзиторные неврологические симптомы описываются как физиологические феномены: общая, бесцельная моторика плода и новорожденного медленно изменяется к 3 мес. жизни к упорядоченной, четко разделенной моторике кистей, пальцев, верхних конечностей и позже также туловища и нижних конечностей. Проявление неравномерно протекающей двигательной трансформации центрального нервного распределения моторики может быть признаком транзиторных неврологических симптомов, которые наиболее часто подтверждаются между 3—6 мес. жизни. Только при регулярном контроле за развитием ребенка, индивидуальном подходе можно проследить, куда ведет трансформация неврологических феноменов: примерно в 90—95% эти признаки пропадают, а в 5—10% ведут к заболеваниям, особенно при наличии факторов риска, описанных выше. При наличии данных симптомов на первом году жизни следует проводить весь комплекс реабилитационных мероприятий [1].

Таким образом, неврологические заболевания, задержка развития манифестируют чаще всего между первым и вторым годами жизни.



К тяжелым поражениям относятся: двигательные нарушения (детский церебральный паралич), психические заболевания, ранний детский аутизм, врожденные пороки развития и синдромальные заболевания, врожденные нейрометаболические и нейромышечные заболевания. Патологическая неврологическая симптоматика в данных случаях хорошо определена на основе описанных в статье данных. Задачей медико-социальной, психолого-педагогической помощи является раннее прогнозирование и предупреждение отклонений в нервно-психическом развитии ребенка с назначением адекватной поддержки специалистов различного профиля.

Литература

1. Pädiatrie // Hrsg.: Christian P. Speer; Manfred Gahr. — Berlin, Heidelberg; New York: Springer, 2001. S. 89—113.
2. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. М., 2003.
3. Тезисы выступления министра Т.А. Голиковой «О выполнении в 2007—2009 годах мероприятий плана реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/52> (дата обращения 10.03.2009).

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Стресс заставляет болеть

Хронический стресс нарушает работу иммунной системы, считают исследователи из университета Карнеги-Меллон в США. Они выяснили, что чрезмерное психологическое напряжение может спровоцировать изменение иммунного ответа на воспалительные процессы в организме. Ученые провели два исследования, в которых проверили реакцию организма здоровых людей на инфекцию после сильного стресса.

Выяснилось, что длительный стресс лишает клетки иммунной системы возможности реагировать на гормональные сигналы, которые регулируют борьбу с воспалительными процессами. Это приводит к тому, что после тяжелого психологического напряжения человек заболевает. По мнению исследователей, в условиях стресса клетки иммунной системы не в состоянии реагировать на гормональное управление и бороться с воспалением. Именно поэтому психологическое перенапряжение приводит к развитию астмы, сердечно-сосудистых заболеваний и аутоиммунных расстройств. Чтобы не допустить развития этих и других заболеваний, ученые рекомендуют заниматься дыхательной гимнастикой, обеспечить себя достаточной физической активностью, хорошо высыпаться и слушать любимую музыку.

<http://www.takzdorovo.ru>

Общие вопросы профилактики гельминтозов

Кудацкая М.А.,

ведущий специалист-эксперт, Территориальный отдел
Управления Роспотребнадзора по Московской области
в городе Звенигород, Одинцовском районе, г. Одинцово
Московской обл.

Усиливающиеся миграционные процессы, как внутри страны, так и за ее пределами, ухудшение социально-экономических, экологических условий, изменение климата и другие факторы привели к тому, что эпидемиологическая ситуация относительно гельминтозов заметно изменилась: появились новые гельминтные инвазии, отмечается рост их распространенности. Реальным и насущным стал риск завоза не свойственных для России и других стран СНГ гельминтов, которые раньше были распространены только в государствах Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Африки.

В последние годы прослеживается четкая тенденция к росту гастроэнтерологических и аллергических заболеваний, что в определенной степени обусловлено гельминтными инвазиями. Неспецифические клинические проявления гельминтозов могут скрываться под маской различных инфекционных и неинфекционных заболеваний. В результате появляются трудности в их диагностике, течение уже имею-

щихся у детей болезней осложняется, возникает риск их хронизации. Острые и хронические расстройства пищеварения у детей, анемии, аллергические реакции и т.д. могут быть следствием гельминтных инвазий, способных вызывать воспалительные процессы в кишечнике. Вместе с этим гельминты влияют на организм в целом, что может проявляться системными реакциями, например, аллергической сыпью, отеком Квинке, бронхообструктивным синдромом.

Во всех климатических зонах, где бы ни обитал человек, встречаются гельминты, исключением служат районы вечной мерзлоты, высокогорий и пустынь.

По данным ВОЗ, более трети населения планеты заражено гельминтами. Наиболее высокий уровень гельминтных инвазий отмечается у населения зон влажного тропического и субтропического климата. Из зарегистрированных гельминтов на территории России известно около 70 видов, чаще встречаются 18–20. Наиболее распространены следующие виды гельминтов:

- круглые черви (класс нематод) — аскариды, острицы, трихинеллы, власоглавы, токсокары, анкилостомиды, стронгилоиды;
- ленточные черви (класс цестод) — эхинококки, альвеококки, различные тении (свиной и бычий цепни, лентец широкий);
- плоские черви (класс трематод) — основные представители: описторхис, фасциола, парagonимус.

Климатические условия, температура почвы, воздуха, количество осадков, влажность оказывают большое влияние на гельминтов и их распространение, не малый вклад вносят в этот процесс и санитарно-гигиенические навыки населения. Важным фактором служит и употребление сырой воды, зараженной личинками или яйцами гельминтов, а также мытье в ней овощей, фруктов, посуды.

Использование фекалий в качестве удобрения приводит к заражению почвы, огородных культур и источников водоснабжения. На распространение гельминтов, передающихся с мясом (тении, трихинеллы), рыбой (описторхис, клонорхис, широкий лентец), ракообразными, влияет степень термической обработки продуктов питания и кулинарные пристрастия отдельных индивидов.

Распространение гельминтов, проникающих в организм чело-

века через кожу (анкилостомиды, стронголоиды), в значительной степени зависит от частоты и длительности контакта людей с зараженной почвой, водой и насекомыми (слепни, комары, мокрицы).

Гельминтозам свойственна эндемичность. На территории России и стран СНГ имеется несколько эндемичных районов. Описторхоз, клонорхоз наиболее распространены в Тюменской, Томской областях и других районах Западной Сибири, Поволжье, Казахстане, бассейнах Оби, Иртыша, Камы, Днепра; дифиллоботриоз — в Поволжье, районах бассейна северных рек; цестодозы — в Средней Азии, Дагестане, Белоруссии, Закавказье, Читинской области; эхинококкоз, альвеококкоз — в Краснодарском и Ставропольском краях, Волгоградской и Ростовской областях, республиках Татарстан, Башкортостан, Саха (Якутия), Алтайском крае, Молдовы, на юге Украины, в Закавказье: трихинеллез — в Белоруссии, Украине, северных, центральных и восточных областях России. Тропические или завозные гельминтозы (филяриидозы, шистосомозы) могут развиваться у детей и взрослых после пребывания в тропических странах.

Мероприятия для профилактики глистных инвазий у детей разносторонни и многообразны. Целенаправленное и четкое их проведение способствует сниже-

нию частоты возникновения гельминтозов в детском возрасте.

Основа профилактики гельминтных инвазий — формирование у ребенка навыков ЗОЖ. С первых дней жизни материнское молоко не только обеспечивает гармоничное развитие ребенка и удовлетворяет все его физиологические потребности, но и защищает его от многих бактериальных и вирусных заболеваний. *Питание* — основа для предупреждения заболеваний, включая гельминтозы, особенно в детском возрасте.

По существу, это есть первичная профилактика, направленная на предотвращение заболеваний не только желудочно-кишечного тракта, но и других органов и систем. Любые количественные и / или качественные нарушения питания, будь то дефицит или избыток пищевых веществ, могут существенно влиять на состояние здоровья детей.

Правильно организованный с детских лет режим питания, отсутствие больших перерывов между приемами пищи, создание во время еды спокойной обстановки — еще один элемент профилактики инфекций и сохранения здоровья не только в детском возрасте.

Важным аспектом в профилактике гельминтозов является *кулинарная обработка пищевых продуктов*. Всегда следует учитывать риск заражения гельминтами при

употреблении сырокопченых или не подвергшихся достаточной тепловой обработке мясных и рыбных продуктов. Меры предосторожности должны быть приняты и в отношении овощей, зелени, фруктов и ягод, а также воды, которая применяется для хозяйственно-бытовых целей и питья. Даже незначительные отклонения от санитарно-гигиенических правил, не говоря о грубых нарушениях, приводят к увеличению числа кишечных инфекций, включая гельминтозы.

У ребенка должны быть собственные постельное белье, полотенца, одежда, предметы личной гигиены и другие принадлежности повседневного обихода. А приучить его к этому родители могут только собственным примером.

Особое внимание стоит уделить наличию в семье домашних животных, в первую очередь кошек и собак. Кроме того, что братья наши меньшие могут быть заражены гельминтами, они еще нередко являются промежуточными хозяевами и соответственно их переносчиками. Для безопасности своей и своих детей необходимо правильно ухаживать за питомцами, своевременно обращаться к специалистам ветеринарной службы, проводить дегельминтизацию и вакцинацию животных.

Для ребенка должен быть определен *рациональный режим дня*

с учетом достаточной продолжительности сна и пребывания на свежем воздухе для естественного обеспечения ультрафиолетовым излучением. В теплый период года, начиная с весны, когда дети больше времени проводят на природе, следует помнить о возможности заражения гельминтами через почву, растительность, воду, дикорастущие плоды и ягоды и уделять мерам личной профилактики больше внимания.

Для гельминтов организм человека — всего лишь подходящая среда обитания с прекрасными и стабильными условиями для существования и что важнее неиссякаемым источником пищи. Гельминты питаются теми же веществами, что и человек, а это означает, что они отбирают немалую часть предназначенных нам белков, витаминов, минеральных веществ. Особенно негативно это отражается на растущем детском организме. Гельминтозы у детей, не получающих лечения на протяжении длительного времени, влияют не только на общее состояние здоровья, но и замедляют рост, ухудшая общее физическое развитие. Кроме того, продукты жизнедеятельности гельминтов в значительной мере отравляют организм ребенка. Поэтому, каким бы правильным ни был режим питания, зараженные гельминтами дети все равно будут испытывать отрицательное действие токсинов и шлаков. У ребенка ухудшается аппетит, он с большой неохотой ест даже са-

мые любимые блюда. Но иногда, наоборот, отмечается повышение склонности к продуктам, богатым углеводами, особенно к сладостям. Кроме того, размножение глистов представляет опасность и совсем другого рода. Так, большое скопление широко встречающихся на нашей территории аскарид, которые сплетаются друг с другом в виде тесного клубка, нередко становится непреодолимым барьером для содержимого кишечника, перекрывает весь его просвет и вызывает угрожающую жизни кишечную непроходимость. В таких случаях единственным методом лечения остается хирургическое вмешательство. Эти же аскариды могут оказаться даже в дыхательных путях, вызвав приступ острого удушья. Из-за таких особенностей поведения аскариды, имеющие в длину не более 20 см, даже более опасны, чем ленточные черви, достигающие в размерах до 10—12 м. Действие токсинов, выделяемых гельминтами, как уже отмечалось, влияет на физические способности ребенка. При этом он быстро устает, становится менее выносливым к физическим и умственным нагрузкам, хуже усваивает учебный материал, у него нередко снижается успеваемость в школе.

Внешность таких детей тоже изменяется: они становятся бледными, нередко с темными кругами под глазами, теряют в весе.

Вместе с тем развитие глистов в детском организме чревато не только отставанием в развитии и

интоксикацией. Дело в том, что под влиянием глистов у ребенка снижается иммунитет, открывая «дорогу» для других инфекций. Вот почему зараженные гельминтами дети часто болеют, например, острыми респираторными инфекциями.

При установлении наличия глистной инвазии у ребенка необходимо провести лечение, в большинстве случаев амбулаторное, только при клинически тяжелых формах показана госпитализация. При назначении лечения учитываются вид гельминта, фаза болезни, длительность инвазии, сопутствующие заболевания и состояния (например, аллергические реакции, анемия и др.). Эффективность лечения оценивается путем последующего контроля за клиническими и лабораторными данными. Больные и выздоравливающие дети подлежат диспансерному наблюдению с обязательным лабораторным контролем за лечением.

Самой распространенной инфекцией в мире считается *энтеробиоз*. В некоторых детских коллективах острицами заражены до 100% детей.

Это заболевание, вызываемое мелкими паразитическими червями — острицами. В длину острицы не превышают 1 см. Обычно один конец этого глиста заострен (отсюда и идет название), а другой закруглен. Цвет паразитов может быть различным: от белесоватого или желтого до тем-

ного или даже черного. Живые острицы могут ползать или извиваться. Острицы ведут ночной образ жизни: именно ночью самки выходят в прямую кишку и на кожу вокруг заднего прохода, вызывая дискомфорт и зуд, откладывают яйца в складках кожи, а затем погибают. Заражение происходит через грязные руки или загрязненные предметы. Ребенок, расчесывая или трогая кожу в области промежности, загрязняет руки яйцами глистов. Заражение может произойти и при загрязнении рук от постельного или нательного белья, куда яйца попадают с тела больного человека. В переносе яиц остриц доказана роль мух и тараканов. Возможны также повторные заражения через задний проход, когда созревшие до стадии личинки особи перебираются с кожи в кишечник.

Период от заражения до появления симптомов при энтеробиозе составляет 12—14 дней. Это время, за которое острицы достигают половозрелого возраста. Основные признаки заболевания — зуд или дискомфорт в области заднего прохода, покраснения кожи вокруг анального отверстия или в промежности особенно после стула. У девочек, кроме этого, острицы могут заползать в половые пути, вызывая воспалительные и инфекционные заболевания (вульвовагинит, уретрит, молочница). Ребенок становится возбудимым к вечеру,

очень капризным, долго не может заснуть ночью, спит беспокойно — часто просыпается, вскрикивает во сне, плачет (при этом нормальный дневной сон сохраняется). Такие симптомы могут отмечаться не каждый день, если глистов в кишечнике немного. Но когда количество паразитов увеличивается, дискомфорт и описанные симптомы могут стать постоянными. Кроме того, острицы, как и любой другой очаг хронической инфекции, могут нарушать нормальную работу кишечника, его микрофлору (боли в животе, повышенное газообразование — метеоризм, запоры или поносы т.д.), вызывать аллергические реакции, интоксикацию (вялость, повышенную утомляемость, раздражительность, скрипение зубами).

Диагноз энтеробиоза не подлежит сомнению, если обнаружены острицы. Их можно увидеть вечером или ночью в области заднего прохода, на складках кожи или на постельном белье. Иногда можно увидеть глистов в кале (обычно это свидетельствует об их большом количестве). Соскоб на энтеробиоз — исследование для обнаружения яиц остриц (мазок со складок кожи вокруг заднего прохода) может «не обнаружить» заболевания, если накануне не было яйцекладки. Поэтому такой анализ нужно сдавать утром, не подмывая ребенка, именно после такой ночи, когда он долго не мог

заснуть, беспокойно спал. Желательно при отрицательном результате повторить соскоб несколько раз в течение 1—2 недель, поскольку даже при соблюдении всех рекомендаций остается значительный шанс не обнаружить яйца глистов в анализе. При серьезном подозрении на энтеробиоз, по рекомендации педиатра, можно проводить лечение, даже если острицы или их яйца не найдены. Лечение при энтеробиозе у ребенка нужно проводить всем членам семьи. Курс терапии повторяется через 14 и 28 дней. Родители должны провести гигиенические мероприятия: прокипятить в течение получаса и прогладить с двух сторон все постельное и личное белье, провести дома влажную уборку с использованием моющих средств, особенно уделить внимание уборной, прихожей, дверным ручкам, помыть с мылом все игрушки, пропылесосить ковры. Комплекс гигиенических мероприятий необходимо повторить через две недели.

В целях предотвращения распространения энтеробиоза среди населения обследованию на энтеробиоз подлежат:

- дети дошкольных образовательных учреждений;
- персонал дошкольных образовательных учреждений;
- школьники младших классов;
- дети, подростки, декретированные контингенты при диспан-

- серизации и профилактических осмотрах;
- дети, подростки по эпидемическим показаниям (часто болеющие острыми кишечными инфекциями, проживающие в антисанитарных условиях и социально неблагополучных семьях, и т.п.);
 - дети и подростки, оформляющиеся в дошкольные образовательные учреждения (организации), приюты, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные лагеря, детские отделения лечебно-профилактических организаций;
 - дети всех возрастов детских учреждений закрытого типа и круглосуточного пребывания;
 - амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;
 - дети дошкольного и младшего школьного возраста, посещающие плавательные бассейны в соответствии с нормативными документами;
 - декретированные и приравненные к ним контингенты;
 - лица, контактные с больным (паразитоносителем) энтеробиозом.

Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в детских дошкольных коллективах и коллективах младшего школьного возраста проводят 1 раз в год

(после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям.

Контроль за эффективностью лечения проводят после плановых профилактических обследований выборочно и однократно через 6—7 дней по окончании лечения. Контрольное обследование больных с выраженной клинической симптоматикой проводят трехкратно с интервалом в 1—2 дня. Первое контрольное обследование проводят также через 6—7 дней по окончании курса лечения. Детей, инвазированных острицами, являющихся источниками распространения энтеробиоза, не допускают в дошкольные образовательные учреждения на период лечения и проведения контрольного обследования.

При плановых профилактических обследованиях детей в организованных коллективах и выявлении 20% и более инвазированных острицами на период лечения из детского коллектива не устраняют. Химиопрофилактику проводят одновременно всем детям и персоналу двумя курсами (для предупреждения реинвазии) препаратами, разрешенными для этих целей в установленном порядке в соответствии с инструкцией. На период проведения лечебно-профилактических мероприятий новых или длительно отсутствовавших детей в детский коллектив не принимают.

Травмы глаза у детей

Жильцова Е.Ю.,

канд. мед. наук, доцент кафедры офтальмологии
педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
Москва

Повреждения глазного яблока и его вспомогательного аппарата в структуре детской глазной патологии составляют почти 10% и по причине слепоты или слеповидения занимают одно из ведущих мест.

Дети получают травмы на улице (60—70%), в домашних условиях (25%), в образовательных учреждениях (10%). Чаще повреждаются мальчики (около 85%), реже девочки (15%), при этом, как правило, травмы глаз у девочек — следствие игр мальчиков.

В детском возрасте встречаются следующие повреждения органа зрения: микротравмы, тупые травмы, ранения (проникающие и непроникающие), ожоги.

Офтальмологи наблюдают пики травм глаза в марте-апреле и сентябре-октябре. Повреждающими агентами могут быть самые разнообразные предметы: игрушки, снежки, хоккейные клюшки, шайбы, гайки, пульки (металлические и пластмассовые), палки, камни, прутья, рогатки и т.д. Ожоги вызываются в основном растворами кислот и щелочей (часто легко доступными, современными, бытовыми моющими, чистящими средствами),

карбидом кальция, кристаллами марганцовокислого калия, канцелярским клеем, химическим карандашом, порохом, серой и другими веществами.

Повреждениям глаз у детей способствуют: невнимательное отношение взрослых (родителей, педагогов), плохая организация детей во время игр и другого досуга, особенности психологии детского возраста (невозможность адекватно оценить степень опасности и тяжесть последствий), недостаточное развитие трудовых и житейских навыков, повышенная физическая и эмоциональная активность ребенка.

А чтобы определить вид и тяжесть повреждения глаза, необходимо установить, каким предметом нанесена травма (размер, состав, температура, концентрация и др.), а также время, когда было нанесено повреждение. Степень или тяжесть процесса определяется глубиной и площадью повреждения, наличием или отсутствием инородных тел.

Только после проведения тщательного офтальмологического и рентгенологического, а в случае необходимости также оториноларингологического и неврологического (частые сотрясения моз-

га) исследований можно установить правильный диагноз и осуществить эффективное лечение.

Многочисленные исследования, проводимые офтальмологами, говорят о том, что в каждой возрастной группе превалирует тот или иной вид травмы глаза.

Так, у детей в возрасте до 2 лет травма глаза встречается нечасто, так как они постоянно находятся под контролем родителей, и чаще она возникает из-за неосторожного обращения с окружающими предметами. Повреждают глаза ногтями, жестким бельем, игрушками с острыми краями. При небрежном хранении растворов бытовой химии, лекарственных препаратов (перманганат калия, раствор йода и др.) наблюдаются ожоги глаз.

У детей 2—3 лет мы чаще видим повреждения вспомогательного аппарата глаза — при падениях, ударах о мебель и игрушки.

Таким образом, повреждения глаз у детей младшего возраста происходят чаще всего при отсутствии должного внимания со стороны родителей.

В возрасте 3—5 лет дети активно начинают пользоваться столовыми приборами, самостоятельно играть в детских коллективах. В этом возрасте травмы глаз чаще всего они наносят сами себе или друг другу — ножом, вилкой, осколком стекла, игрушками с острыми краями. В этом возрасте характерны повреждения конъюнктивы, непроникающие ранения глазного яблока.

В 6—7 лет дети приобретают еще большую самостоятельность, пытаются изготовить различные поделки, поэтому часто наблюдаются химические ожоги вследствие попадания в глаза канцелярского клея, раствора аммиака (нашатырный спирт), уксусной эссенции, а также ранения органа зрения ножницами, иголками, отвертками, проволокой и т.д.

Тупая травма глазного яблока — травма, вызванная действием тупого предмета непосредственно на глазное яблоко и (или) его придаточный аппарат, без нарушения целостности наружной оболочки глаза. В результате тупой травмы может произойти контузия глазного яблока.

Контузия глаза — комплекс характерных морфологических изменений в структурах и тканях глаза, развивающихся вследствие воздействия на них гидродинамической волны, образующейся после резкого сотрясения глазного яблока во время удара.

Существуют *прямая контузия*, возникающая непосредственно после удара предмета по глазу, или *непрямая контузия*, когда воздействию подвергаются соседние с глазом или отдаленные части тела.

Ребенок с тупой травмой и контузией глаза будет жаловаться на боль в глазу, головную боль, тошноту, рвоту, иногда может быть заторможенность сознания, тремор рук, нарушения сердечного ритма.

При взгляде на глаз ребенка родители могут увидетьссадины кожи век, гематомы (кровоизлияния) различной локализации. Более глубокие изменения глазного яблока, возникшие в результате травмы, родители увидеть не смогут.

Что необходимо сделать в первую очередь при возникновении тупой травмы глазного яблока у ребенка? Не паниковать, быть спокойным, ваше уверенное поведение поможет ребенку в этой ситуации. Необходимо приложить холод на глаз через несколько слоев марли или носовой платок на 30—60 мин, при этом периодически нужно делать перерывы. Внутри дать сосудокрепляющий препарат аскорутин (при отсутствии аллергической реакции).

Вызвать врача скорой помощи или самостоятельно отвезти ребенка в травматологический пункт (глазной), где его обследуют и в полном объеме окажут необходимую помощь. При наличии серьезных осложнений (внутриглазных кровоизлияний, подвывиха или вывиха хрусталика, разрыва и отслойки сетчатки и др.) показано лечение в специализированном глазном стационаре.

Поскольку весь посттравматический период протекает на фоне сосудистых изменений в глазном яблоке и придаточном аппарате, гемодинамических и гидродинамических сдвигов, показано длительное наблюдение

врача-офтальмолога и строгое выполнение всех назначений.

Наиболее опасным повреждением для детей являются проникающие ранения глазного яблока.

Проникающее ранение глазного яблока — ранение, нанесенное относительно небольшим предметом, движущимся, как правило, с высокой скоростью и приводящее к нарушению целостности наружной оболочки глаза. При ранении глазного яблока возможно резкое снижение или потеря зрительных функций, а в ряде случаев и самого органа зрения.

Необходимо помнить о том, что предмет, которым нанесена травма, может быть загрязнен и на нем есть различные микроорганизмы.

По виду различают *простые* проникающие ранения — с нарушением целостности наружной фиброзной капсулы и *сложные* — сопровождающиеся выпадением, повреждением, ущемлением в раневом канале внутренних структур глаза.

В результате ранения внутрь глаза могут внедряться различные (металлические, неметаллические, магнитные, амагнитные) инородные тела.

Очень важный признак проникающего ранения — жалоба ребенка на истечение «теплой жидкости» из глаза. Это может быть кровь, внутриглазная жидкость.

Кроме этого, возможны жалобы на снижение зрения, боль,

чувство инородного тела в глазу, слезотечение, светобоязнь.

Обнаружение изменений внутренних структур глазного яблока возможно только в условиях специализированного учреждения. Даже при подозрении на проникающее ранение необходимо немедленно посетить офтальмолога.

Родители при возникновении подозрения на проникающее ранение глаза у ребенка должны наложить повязку на глазное яблоко (стерильный бинт), приложить холод. Ребенка в горизонтальном положении надо срочно доставить в специализированное глазное учреждение, где ему будет в полном объеме оказана медицинская помощь.

Лечение проникающего ранения включает общую и местную антибактериальную, противовоспалительную, рассасывающую и десенсибилизирующую терапию.

При попадании внутрь глаза металлических инородных тел может развиваться осложнение — **металлоз**.

Если в глаз попадают и длительное время в нем находятся инородные тела железного происхождения, возникает **сидероз**. Если инородное тело медь — развивается **халькоз**. При этом изменения, происходящие с глазным яблоком, хорошо видны даже невооруженным глазом.

Профилактика и лечение металлозов состоит в как можно более быстрой диагностике и оперативном удалении металли-

ческих инородных тел из поврежденного глаза или растворение и выведение физиотерапевтическими методами. Одновременно проводится медикаментозное лечение — антибактериальные и противовоспалительные, рассасывающие препараты (кислород, цистеин, йодистые препараты, папаин, пирогенал и др.), витаминотерапия.

Еще хотелось бы остановиться на одном из тяжелых осложнений проникающего ранения глаза — **симпатической офтальмии**. Это вялотекущее негнойное воспаление, развивающееся в здоровом глазу при наличии проникающего ранения второго глаза. Она может развиваться в любое время после проникающего ранения: от двух недель до десяти лет, но чаще возникает через 1—2 мес.

Для предотвращения развития симпатической офтальмии прежде всего необходимо правильно, грамотно и своевременно провести первичную хирургическую обработку проникающей раны.

Ожоги глаз — повреждения глазного яблока и его придаточного аппарата, полученные в результате воздействия на них физических (высокая температура, лучистая энергия) или химических (кислоты, щелочи, спирты, анилиновые красители и т.д.) факторов.

Тяжесть и исход ожога глазного яблока напрямую зависят от ряда факторов: физических или химических свойств веществ,

продолжительности его воздействия, сроков оказания первой медицинской помощи, возраста и общего состояния. Ожоги глаз у детей протекают более тяжело, чем у взрослых.

Термические ожоги век и глазного яблока возникают в результате прямого воздействия открытого огня, при пожарах и взрывах, при попадании раскаленного металла, частичек пороха, расплавленной смолы, кипятка, пара и т.д.

Химические ожоги протекают значительно тяжелее, нежели термические. К наиболее частым и тяжелым относятся щелочные ожоги, которые вызывают влажный, **колликвационный некроз** тканей.

Повреждающее действие щелочи заключается в растворении белков ткани и образовании растворимого щелочного альбумината, который вместе со щелочью проникает в глубь глазного яблока, повреждая ткани глаза. При этом в первые часы и даже дни внешние проявления текущего процесса незначительны и не вызывают у родителей тревоги, соответственно необходимая медицинская помощь не оказывается вовремя. К сожалению, последствия такого халатного отношения будут печальны. Возникают стойкие помутнения и рубцевания оболочек глаза, падение зрения вплоть до светоощущения и слепоты.

Сразу после ожога любым веществом появляются резкая боль в глазу, слезотечение, светобоязнь,

покраснение глаза. При сильных ожогах возникают волдыри, помутнение, некроз тканей глазного яблока и придаточного аппарата.

Как правильно оказать первую помощь ребенку, получившему ожог глаза? В первую очередь необходимо широко открыть глазную щель, удалить остатки сухого вещества (если ожог был вызван сухим веществом), обильно промыть проточной водой комнатной температуры, используя любые средства (спринцовку, шприц). Далее нужно транспортировать ребенка в специализированное глазное учреждение, где в полном объеме будет оказана медицинская помощь.

Детям, получившим ожог ультрафиолетовыми лучами, нужно в течение 1—2 дней находиться в темном помещении, закапывать противовоспалительные препараты (альбуцид), эпителизирующие препараты (тауфон, офтагель, корнерогель, гели солкосериловое или актовегиновое).

В заключение хочется отметить, безусловно, важную роль профилактики *глазного травматизма*. Анализируя опыт профилактической работы, проводимой в течение многих лет, можно отметить эффективность ее в тех случаях, когда она конкретна, ориентирована во времени, на возраст детей и направлена на устранение наиболее типичных причин повреждений глазного яблока. Крайне важно участие в ней не только медицинских ра-

ботников, но и педагогов, воспитателей, архитекторов и строителей, членов общественных организаций и др.

Формы проведения профилактической работы различны. В основном они заключаются в чтении лекций, показе слайдов, рекламных роликов, издании плакатов, брошюр, но может и распространять-

ся на состояние детских площадок в наших дворах, спортивных площадок в образовательных учреждениях, организацию досуга детей.

Целесообразно проводить профилактическую работу постоянно, усиливая ее активность, ориентируясь на «пики» глазного траматизма.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Цвет тарелки спасет от переедания

Чтобы научиться есть понемногу, надо купить разноцветные тарелки, считают исследователи из Корнельского университета в США. Они пришли к выводу, что люди съедают гораздо больше, если пища «сливается» с фоном — цветом тарелки.

В ходе эксперимента добровольцам предложили съесть два вида макарон: в сливочном и томатном соусе.

Если посуда соответствовала цвету подливки (например, была красной для томатного соуса или белой — для сливочного), участники эксперимента накладывали себе на 17—22% больше еды, чем при использовании контрастной посуды.

В то же время ученые выяснили, что среднестатистический человек съедает не менее 92% еды, которую положил себе сам.

Исследователи считают, что большинство людей не задумываются о размере порции, когда накладывают себе еду. Зато контраст между цветом блюда и тарелки может выступать в роли сигнала о том, что еды слишком много.

Предыдущие исследования показали, что во время подходов к шведскому столу, где используют большие тарелки, люди склонны набирать и большие порции. Ведь вне зависимости от размера тарелки люди заполняют ее на 70—80%.

По мнению специалистов, тем, кто хочет похудеть, стоит завести маленькие тарелки разных цветов и для каждого вида еды стараться выбирать контрастные.

Ранее исследователи из Университета Юты в Солт-Лейк-Сити выяснили, какие еще ухищрения помогут избежать переедания. Они считают, что использование больших вилок позволяет лучше контролировать количество съеденной пищи.

<http://www.takzdorovo.ru>

Играем в спасателей

Спиридонова Н.С.,

воспитатель МБДОУ д/с № 195 комбинированного
вида, г. Новокузнецк

ПЕДАГОГИКА

С первых лет жизни любознательность ребенка, его активность в вопросах познания окружающего, поощряемая взрослым, порой становится опасным для него. Формирование безопасного поведения неизбежно связано с целым рядом запретов. При этом взрослые, любящие и опекающие своих детей, порой сами не замечают, как часто они повторяют слова: «не трогай», «отойди», «нельзя». Или, напротив, пытаются объяснить что-либо путем долгих и не всегда понятных детям наставлений. Все это дает обратный результат.

Работая долгое время в детском саду, я заметила, что дети не могут самостоятельно принимать решение, не знают, к кому обратиться за помощью в экстремальных ситуациях, не знакомы с правилами поведения и техникой безопасности.

Одна из главных целей воспитания дошкольников — дать каждому ребенку основные понятия опасных для жизни ситуаций и особенностей поведения в них. Необходимо не только сообщать детям знания, но и вызывать оценочное отношение к социальным явлениям, фактам, событиям.

Из опыта работы мы убедились, что именно спортивные развлечения позволяют организовать работу с детьми дошкольного возраста, способствующую закреплению и уточнению знаний по безопасному поведению. Эмоционально переживая игровую ситуацию, ребенок лучше усваивает правила поведения и поэтому сможет применить их в реальной жизни.

Наиболее эффективно образовательные задачи решаются в том случае, когда педагог целенаправленно использует интегративный подход при организации образовательного процесса. Спортивное развлечение может включать не только различные подвижные игры и



эстафеты, но и музыкальные, литературные конкурсы, логические задания и т.д., позволяющие расширять и уточнять знания детей о безопасном поведении. Представляем вашему вниманию конспект спортивного занятия.

Школа спасателей

Задачи:

- учить соблюдать правила пожарной безопасности: перед уходом из дома гасить свет, не оставлять включенные электроприборы, в случае необходимости покинуть задымленное помещение;
- самостоятельно набирать номера пожарной службы, полиции, «Скорой помощи», сообщить свой домашний адрес;
- различать проезжую часть, тротуар. Правильно выбирать место для игр и катания на велосипеде (самокате); познакомиться со знаком «Купаться запрещено»;
- способствовать развитию логического мышления: уметь анализировать предложенную взрослым ситуацию, предвидеть последствия, с нею связанные;
- поддерживать интерес к физическим упражнениям, закреплять представление о здоровом образе жизни;
- воспитывать ответственность, самостоятельность, отзывчивость, сопереживание.

Предварительная работа: чтение стихотворения С. Маршака «Рас-

сказ о неизвестном герое», С. Михалкова «Дядя Степа», экскурсия в пожарную часть.

Оборудование: 4 ведра, 2 детских ведра; ткань (3:3 м), цветные резинки по количеству игроков; стол, 5 игрушек небольшого размера, спички, чайник, ножницы, утюг, нож; самокаты; набор пазлов, по 2 конуса, туннеля, детских телефона, бревна, «спасательных» круга, 4 обруча, 3 свистка, запись детских мелодий.

* * *

Воспитатель. Сегодня в детском саду «Колосок» начинает свою работу «Школа спасателей». А как вы думаете, кто такие спасатели? Какими они должны быть? От кого или от чего они могут спасти? Можем ли мы сами быть спасателями?

Дети отвечают.

Итак, первые уроки в «Школе спасателей» пройдут в виде спортивной эстафеты. В ней будут принимать участие команды групп «Ромашка» и «Маленькая страна». Но прежде всего небольшая разминка для будущих спасателей.

Разминка «Ням-ням»

(сл. Р. Паниной,
муз. А. Варламовой,
исп. Д. Грицкевич)

Воспитатель

Упал на пол уголек,
Деревянный пол зажег,
Не смотри, не жди, не стой,
А залей его ... (водой).

Кто с огнем неосторожен,
У того пожар возможен.
Дети, помните о том,
Что нельзя играть с ... *(огнем)*.

Раскалился если вдруг
Электрический утюг,
Что должны вы делать, детки?
Вынуть вилку из ... *(розетки)*.

Если хочешь ты гулять,
Вскачь не надо убежать,
Закрывая в доме дверь,
Все ли выключил, ... *(проверь)*.

Огонь — давний друг человека. С его помощью совершается много полезных дел. Но случается так, что огонь из верного друга превращается в беспощадного врага, уничтожающего все в считанные минуты. Как известно, огонь можно тушить разными способами. Назовите их.

Эстафета «Передай ведро»

Воспитатель. Представьте, что обеим командам необходимо потушить пожар и для этого надо очень быстро передавать ведро с водой своему товарищу из команды, стоящему рядом. Победит команда, которая быстрее передаст ведро с водой и таким образом первая потушит пожар. Молодцы!

Огонь вы потушили, но помещение задымлено. Кто знает, как необходимо перемещаться в подобной ситуации?

Дети отвечают.

Игра «Перебежки»

(ткань, цветные резиночки по количеству игроков)

Проводится по принципу игры «Вызов номеров».

Игра с болельщиками

На столе вместе с игрушками стоят утюг, чайник, лежат спички, ножницы и т.д.

Воспитатель. Как вы думаете, со всеми этими предметами можно играть? Если можно, вы будете хлопать в ладоши, если нет — топать ногами.

А сейчас я расскажу вам одну интересную историю (стихотворение Г. Шалаевой).

Медвежонок Витя рад,
Подарили самокат.
Как давно о нем мечтал,
Даже по ночам не спал.
Приготовился на старт,
Встал на новый самокат.
И помчался, как стрела,
Поскорее со двора.
На проезжей места много
И прекрасная дорога.
Вдруг из-за угла возник
Неуклюжий грузовик.
Медвежонок растерялся,
Посильнее разогнался.
А водитель что есть сил
В этот миг затормозил.
Все бежали на подмогу,
Мишка Витя сломал ногу.
Самокат совсем помят
И никто теперь не рад.

Кто виноват в этой аварии?
А могло ли этой аварии не слу-

читься? Как вы думаете, в следующий раз мишка Витя пойдет кататься на проезжую часть?

Дети отвечают.

Конечно, существуют знаки, которые помогают определить место для катания на самокате. *(Показывает знаки.)*

Эстафета на самокатах

На самокатах объехать «змейкой» вокруг конусов до знака «кататься на велосипеде запрещено» и, вернувшись на линию старта, передать самокат следующему игроку.

Игра «Черное — белое»

Воспитатель. Если я поднимую черный круг, вы называете отрицательные качества какого-либо объекта или явления, а если белый — положительные. *(Пример: гроза, электроплита, гололед, компьютер, снегопад, велосипед, градусник, кипяток, вилка, телевизор, скакалка.)*

Эстафета «Служба спасения»

Команды строятся в колонну за линией старта. Стоящий первым игрок бежит до ориентира (конус), обегает его и, возвращаясь, берет за руку следующего игрока. Затем они бегут вдвоем, возвращаются и берут третьего и т.д. Когда вся команда пересечет линию старта, необходимо составить из пазлов номер телефона и сказать, какую службу можно вызвать с его помощью.

Музыкальный конкурс

Командам предлагается прослушать отрывок из песни и ответить на вопрос воспитателя.

- «Крылатые качели». Какие меры предосторожности надо принять, чтобы это увлекательное занятие было еще и безопасным? *(Если хочешь покачаться следующим, стой сбоку от качелей, не подходи к качающимся спереди и сзади.)*

- «Не дразните собак». Назовите правила поведения с животными.

- «Песня дракончика». Правильно ли питается Сластина?

- «Ням-ням». О каком правиле забыл мальчик?

- «Песня Алисы». Чем может закончиться прогулка Алисы с незнакомцем?

- «Песня кота Леопольда». Напомните коту Леопольду, где детям можно кататься на велосипеде.

Воспитатель

У меня зазвонил телефон.

Кто говорит? Слон.

Откуда? От верблюда.

Скажите, придет ли помощь к слону.

Почему?

Дети отвечают.

Эстафета «Домашний адрес»

Члены команд поочередно преодолевают полосу препятствий, в конце которой находится телефонный аппарат, набирают номер полиции и сообщают свой домашний адрес.

Воспитатель

Чтоб не смыло вас волной,
Осторожен будь с водой.
За буйки не заплывать —
Дна в том месте не видать.
Помните всегда, друзья!
В различных водоемах
Купаться и нырять нельзя
В местах вам незнакомых.

Эстафета

«Кто первым подаст сигнал»

Игроки команд поочередно выстраиваются в круг, в центре которого знак «Купаться запрещено»,

ведущий обходит круг и кладет свисток между двумя игроками. По сигналу дети бегут в противоположные стороны по кругу. Побеждает тот, кто первым добежит до свистка и подаст сигнал.

Воспитатель

В любой беде всегда, везде,
Чтоб не случилось горя,
Спасателем ты должен быть
И на земле, и в море.
Помочь себе ты должен сам.
Что бегать за подмогой,
Когда всегда с собой берешь
Ты знания в дорогу.

Потенциал нестандартной предметно-развивающей среды в физическом и психоэмоциональном развитии дошкольников

Малярчук Н.Н.,

д-р пед. наук, канд. мед. наук, профессор кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет»;

Григорьева О.В.,

инструктор по физкультуре МАДОУ ЦРР — д/с № 146, г. Тюмень

Государственными стандартами образования дошкольников в области физической культуры определены следующие положения: гарантия полноценного физического развития ребенка в любом виде дошкольного образовательного учреждения; защита его от некомпетентности взрос-

лых в вопросах формирования и укрепления здоровья; повышение качества дошкольного образования в области физической культуры; создание механизма развития вариативности физического совершенствования дошкольников при сохранении его базовости; обеспечение родителям

возможности контролировать качество физической подготовки детей [2].

Существует прямая зависимость между уровнем физической подготовленности и психическим развитием ребенка. Двигательная активность стимулирует перцептивные, мнемические и интеллектуальные процессы, ритмические движения тренируют пирамидную и экстрапирамидную системы. Дети с большим объемом двигательной активности в режиме дня характеризуются средним и высоким уровнем физического развития, адекватными показателями состояния ЦНС, экономичной работой сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышенной иммунной устойчивостью, низкой заболеваемостью простудными заболеваниями.

Поэтому физическое воспитание детей — одно из обязательных направлений деятельности ДОУ.

Цели физического воспитания — воспитать здорового, жизнерадостного, физически совершенного, гармонически и творчески развитого ребенка, формировать у него основы здорового образа жизни.

Физическое воспитание включает решение комплекса задач, которые подразделяются:

- а) на оздоровительные;
- б) образовательные;
- в) воспитательные [1].

Оздоровительные задачи направлены на охрану жизни и укрепление здоровья ребенка. Они способствуют гармоничному психосоматическому развитию, совершенствованию защитных функций организма, повышению устойчивости к различным заболеваниям, неблагоприятным воздействиям внешней среды, увеличению работоспособности.

Образовательные задачи предполагают формирование необходимых знаний, двигательных умений и навыков; овладение элементарными знаниями о своем организме, роли физических упражнений в его жизни, способах укрепления собственного здоровья. К решению этих задач относятся также развитие физических качеств (быстроты, силы, гибкости, выносливости, ловкости) и двигательных способностей — функции равновесия, координации движений.

Воспитательные задачи формируют интерес и потребность в занятиях физическими упражнениями, нравственные основы личности, морально-волевые качества, эстетическое и этическое воспитание.

Для побуждения ребенка к проявлению собственной физической активности необходимо создать благоприятную *предметно-развивающую среду* — систему материальных объектов и средств деятельности ребенка, функционально моделирующей

содержание развития его духовного и физического облика в соответствии с требованиями основной общеобразовательной программы дошкольного образования.

Чтобы достичь высоких результатов в развитии физического здоровья, мы решили расширить и разнообразить предметную среду, обновить спортивный инвентарь. Среда, наполненная необычными и интересными игрушками, модулями и нестандартным физкультурным оборудованием, позволяет ребенку развивать в полной мере свои способности, проявлять самостоятельность, утверждаться как активный деятель и преобразователь окружающей действительности.

При создании предметно-развивающей среды мы руководствовались следующими принципами:

- *информативности*, предусматривающим разнообразие тематики материалов и оборудования и активности детей во взаимодействии с предметным окружением;

- *стабильности и динамичности* предметного окружения, обеспечивающим сочетание привычных и неординарных элементов эстетической организации среды; индивидуальную комфортность и эмоциональное благополучие каждого ребенка;

- *комплексирования и гибкого зонирования* — легкость транс-

формирования оборудования, полифункциональность его использования.

Важно учитывать следующий фактор: предметно-развивающая среда должна способствовать реализации образовательных областей в двух основных моделях организации образовательного процесса, включающих совместную партнерскую деятельность взрослого и детей и свободную самостоятельную деятельность самих детей.

Поскольку практика показывает, что дети без особого желания выполняют массаж стоп, их не привлекает ежедневная ходьба по одной и той же ребристой доске, было принято решение в первую очередь обновить инвентарь для профилактики плоскостопия.

После объявления конкурса «Здоровые ножки» педагоги вместе с детьми стали изготавливать яркие пособия из подручного материала для физкультурных занятий и самостоятельной двигательной деятельности. Дети, увидев разнообразные коврики, цветочные дорожки, волшебные подушечки, смешных осьминогов, стали с огромным желанием и восторгом выполнять упражнения и массаж стоп.

Позднее нестандартный спортивный инвентарь начал использоваться не только для профилактики плоскостопия, но и в целом на всех занятиях физической

культурой, а также для развития дыхательной мускулатуры, артикуляционного аппарата, формирования правильной осанки, детских игр и развлечений. Приведем примеры некоторых из них.

Сказочные «пенечки»

Материал: картонные коробки из-под торта, цветной скотч, клей, ножницы.

Изготовление: оклеить цветным скотчем коробки, на дно их с наружной стороны наклеить аппликацию.

Использование: для перешагивания, бега и прыжков «змейкой», как ориентиры для эстафет.

«Разноцветные наперстки»

Материал: колпачок от маркера, цветное перышко.

Изготовление: приклеить перышко к колпачку.

Использование: на физкультурных и логопедических занятиях, в индивидуальной работе с детьми.

Развивает дыхательную мускулатуру, создает положительный эмоциональный фон.

«Вулканчик»

Материал: пластиковые бутылки, самоклеящаяся цветная пленка, соломинки для коктейля, конфетти.

Изготовление: бутылки украшают цветной пленкой и насыпают в них конфетти. В крышке нагретым гвоздем делают дырку для соломинки.

Использование: для дыхательных упражнений и детских забав, в соревнованиях.

Развивает дыхательную мускулатуру, вызывает положительные эмоции, чувство соперничества.

«Березка»

Материал: картонная труба из-под линолеума, длинная палка, веревка, краска.

Изготовление: трубу покрасить под цвет ствола березы, к концам палки привязать веревку, палку продеть через трубу.

Использование: в играх, развлечениях, для перешагивания, перепрыгивания, перелезания.

Развивает ловкость, быстроту, реакцию, укрепляет мышцы стоп.

Применение нестандартного инвентаря вносит разнообразие и новизну в физкультурные занятия, позволяет шире использовать знакомые упражнения, варьировать задания. Использование ярких разноцветных пособий повышает интерес к занятиям, придает им необходимую эмоциональную окраску, позволяет развить чувство цвета. Нестандартная среда объединяет физкультуру с игрой, что создает условия для самовыражения ребенка в двигательной деятельности.

Такое оборудование используется во всех видах физкультурно-оздоровительной работы: гимнастике пробуждения, утренней и корригирующей, ды-

хательных упражнениях, физкультурных занятиях, играх и развлечениях, самостоятельной деятельности.

Чтобы усовершенствовать традиционное оборудование, разработать новые оригинальные модели спортивного инвентаря, мы привлекаем родителей. На общем собрании рассказываем, как можно дома самостоятельно изготовить и использовать нестандартное оборудование, а также нацеливаем родителей на длительный процесс собирания различного бросового материала: крышек, пробок, пластмассовых бутылок, футляров от «киндер-сюрпризов» и т.д.

Многочисленные и разнообразные вопросы родителей по изготовлению нестандартного спортивного оборудования привели нас к осознанию необходимости создания для родителей кружка «Умелые ручки», где вместе с воспитателями и детьми папы и мамы собирали и изготавливали необычный инвентарь. Бесполезные на первый взгляд предметы превращались в забавные пособия для выполнения дыхательных упражнений, корригирующей гимнастики, детских игр.

Привлекая родителей к изготовлению пособий, мы не только получили новый спортивный инвентарь, но и приобщили их к жизни детского сада, сплотили коллектив педагогов, родителей и

детей. Дети стали больше проводить времени в физкультурных уголках, бережнее относиться к игрушкам.

Таким образом, путем создания нестандартной предметно-развивающей среды, способствующей развитию физического здоровья, мы решаем следующие задачи:

- укрепляем опорно-двигательный аппарат дошкольников;
- формируем навыки правильной осанки;
- обеспечиваем высокую двигательную активность;
- развиваем интерес к процессу движений;
- создаем условия для проявления положительных эмоций;
- обогащаем творческий потенциал;
- воспитываем стремление к активности, самостоятельности;
- учим бережно и аккуратно пользоваться игрушками и пособиями; способствуем воспитанию дружеских взаимоотношений в детском коллективе.

Литература

1. Стрельцов В.П. Физкультура нужна дошкольнику. <http://bushinkai.org/index.php/ru/articles-translations-researches/103-what-physical-education-needs-preschool-child>.
2. Филиппова С.О. Физическая культура дошкольников Санкт-Петербурга: проблемы и перспективы // Физическая культура. 2000. С. 3.

Развитие фонематического слуха у детей с нарушением интеллекта в добукварный период

Андреева О.Н.,

учитель-логопед первой категории ГБОУ

д/с компенсирующего вида № 1901, Москва

В условиях изменения состава учащихся первых классов специальной коррекционной школы VIII вида (для умственно-отсталых учащихся) в сторону усложнения дефекта каждого из них особое значение приобретает поиск более совершенных технологий обучения по развитию фонематического слуха. Нормальное функционирование фонематической системы предполагает возможность безошибочной слуховой дифференциации всех речевых звуков. Хорошо развитый фонематический слух — основа для успешного развития звукового анализа и синтеза звуков, слогов, слов и предложений, а следовательно, быстрого и грамотного овладения навыками чтения и письма, становления звукослоговой структуры слова.

Наша система работы рассчитана на учителей-логопедов специальной коррекционной школы VIII вида, учителей начальных классов специальной коррекционной школы VIII вида, а также учителей-логопедов детских садов.

Фонематический слух — тонкий систематизированный слух,

обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова.

Различение акустически и артикуляционно противопоставленных звуков составляет суть фонематического слуха.

Мы выделили *цели* обследования:

- определить степень сформированности фонематического слуха у умственно отсталых учащихся первых классов в добукварный период с 1 сентября по 15 октября (ниже приведенная система работы по развитию фонематического слуха подходит и для дошкольников логопедических групп);

- основные направления учебно-коррекционной работы в процессе подгрупповых и индивидуальных логопедических занятий на уроках русского языка в добукварный период.

Обследование проводилось индивидуально с каждым ребенком и проходило следующим образом.

Задание 1. Сопоставление на слух слов, сходных по звуково-

му составу (фонетических паронимов). Детям предлагалось показать картинку, где нарисован *сом*, а потом *дом* (*бочка — почка; кот — кит; мышка — миска; коза — коса; ложка — лодка; дрова — трава; стол — стул; суп — зуб*).

Задание 2. Сопоставление в произношении слов сходных по звуковому составу (фонетических паронимов). Предлагалось назвать картинку парами: *дом — дым; (кора — гора; уточка — удочка; норка — корка; шишка — мышка; кот — крот; сок — сук; палка — банка)*.

Задание 3. Повторение двух слогов с далекими по акустическим и артикуляционным признакам звуков: *та-ма; ша-ра; ка-на; па-на; ва-са; да-ла* и т.п.

Задание 4. Повторение двух слогов с оппозиционными фонемами: *па-ба; ба-па; ва-фа; фа-ва; да-та; та-да; га-ка; ка-га; са-за; за-са*.

Задание 5. Исправление неправильно произнесенных слов: *петук, капуста, лимот, банам, фафли, клетка, иса*.

Задание 6. Повторение слов разной структурной сложности и степень их узнаваемости детьми: *муха, лапа, вода, абрикос, скатерть, ласточка, троллейбус, сковорода*.

Наибольшее число положительных ответов было дано на 1, 2 и 3 задания, выполнение которых заключалось в сопоставлении слов с оппозиционными звуками, соотношение с картин-

ками и повторение двуслоговых структур с акустически далекими фонемами.

Выполнение детьми заданий, направленных на выявление сформированности навыков фонематического слуха, выявило относительно невысокие результаты.

Можно предположить, что такие результаты связаны с тем, что в процессе называния предметов дети столкнулись с непонятными для них лексемами, но в первую очередь это обусловлено недоразвитием фонематического слуха.

Выводы по исследуемой проблеме свелись к следующему.

1. Умственно отстающие учащиеся к началу первого года обучения оказываются слабо подготовленными к дифференциации оппозиционных фонем в словах, слоговых структурах и предложениях.

2. Сложными для всех детей оказываются задания на различение и узнавание слов с оппозиционными фонемами, сходных по звуковому составу, повторение слоговых структур и сложных по структуре слов и особенно контроль за неправильно произнесенными учителем-логопедом (учителем начальных классов) словами.

3. Относительно сохранный уровень сформированности фонематического слуха проявляется в заданиях, связанных с различением звуков, далеким по акустичес-

тическим и артикуляторным признакам.

4. При повторении слов с различной слоговой структурой наблюдались типичные ошибки, проявляющиеся в заменах и искажениях гласных и согласных звуков, произнесения слова в целом, перестановках, пропусках звуков, слогов. Сложные искажения слоговой структуры слова приводили к полному нарушению ее семантической оболочки.

5. Специально подобранная система игр и упражнений, нацеленная на устную работу по развитию фонематического слуха, дала позитивные результаты.

6. Индивидуальные результаты учащихся свидетельствуют о том, что дети на момент поступления в специальную коррекционную школу VIII вида в большинстве равно низки по уровню сформированности фонематического слуха. Разброс в показателях начинает проявляться после обучения.

7. Методика развития фонематического слуха у детей с нарушением интеллекта должна опираться на наглядно практическую и наглядно игровую деятельность и постоянно сочетать правильное восприятие на слух вербальных единиц различного уровня с обязательным пониманием семантики слов и предложений.

Разработанная нами **система занятий** по обеспечению фонема-

тического развития детей включает три этапа.

Первый этап. Узнавание и различение слов и слогов без наличия звуковой оппозиции.

Второй этап. Узнавание и различение слов и слогов, включающих в себя оппозиционные звуки.

Третий этап. Контроль за произношением одноклассников и учителя-логопеда, учителя начальных классов, установление отличия правильного произношения от неправильного, группировка слов по сходству звукового состава, выделение слова, отличного от двух других в линейном ряду.

В нашу работу по совершенствованию фонематического слуха были частично включены упражнения и дидактические игры, описанные в методиках А.К. Аксеновой [1; 2], В.В. Воронковой [4], М.Ф. Гнездилова [5], Р.И. Лалаевой [10], Т.А. Ткаченко [11].

На **первом этапе** отработывалась дифференциация слов без наличия звуковой оппозиции. Работа осуществлялась сначала на словах, значение которых систематизировалось с помощью реальных предметов, действий, а затем картинок. В дальнейшем дети имитировали слоги, произносимые учителем-логопедом (учителем начальных классов). И наконец, составлялись предложения, наглядной опорой которых служили действия, выполняемые детьми. Приведем конкретные примеры игр и упражнений.

Различение и узнавание звуков в словах

Задание 1.

«Повтори — покажи»

Цели:

- повторить за учителем-логопедом слова, сходные по звуковому составу;
- уточнить значение слова.

Оборудование: набор предметных картинок.

Ребенку предлагается повторить за учителем-логопедом слова и показать соответствующую картинку: *мак — бак; дом — дым; ком — гном; сок — ком.*

Задание 2

Цели:

- сопоставлять на слух слова, сходные по звуковому составу;
- уточнить значение слова;
- развивать оперативную память.

Оборудование: набор предметных картинок.

Учитель-логопед выставляет на наборном полотне картинки, а дети должны отобрать названные учителем-логопедом и расположить их на доске в том порядке, который задал взрослый.

Примерный речевой материал: *зайка — майка; юла — пила; дым — дом; мак — бак; лук — люк; утенок — котенок* и т.п.

Задание 3. «Шепни на ушко»

Цели:

- развивать фонематический слух;

— оперативную память.

Из четырех слов дети должны назвать то, которое отличается от остальных, и шепнуть на ушко учителю-логопеду.

*Дом — дом — дом — дым;
кот — ком — ком — ком;
утенок — утенок — утенок — котенок;
канава — канава — какао — канава;
минута — монета — минута — минута;
буфет — букет — буфет — буфет;
буква — будка — будка — будка*
и т.п.

Задание 4

Цели:

- сопоставлять в произношении слова, сходные по звуковому составу;
- уточнять значения слов.

Оборудование: предметные картинки.

Ребенку предлагается назвать картинки парами: *дом — дым; кит — кот; дом — ком; почка — кочка, мак — бак* и т.п.

Задание 5

Цели:

- подбирать слова, сходные по звуковому составу;
- уточнять актуальные значения слов.

Оборудование: предметные картинки.

Учитель-логопед выставляет на наборном полотне в одну линию следующие картинки: *дом, точ-*

ка, платок. Вызывает детей и каждому дает выбрать картинку.

Ребенок должен поставить эту картинку под той, название которой звучит похоже.

В результате на наборном полотне должны получиться такие ряды картинок:

*дом точка платок;
ком почка каток;
сом кочка листок.*

Различение звуков в слогах

Задание 1

Цель: научить слушать, запоминать и точно воспроизводить слоговые структуры вслед за учителем.

Учитель-логопед произносит два слога, дети по цепочке или по вызову учителя-логопеда поочередно в каждом ряду индивидуально или хором повторяют их.

В эти пары слогов включаются звуки, далекие по акустическим признакам, например:

*та-на; ма-та; на-па; ша-ка;
да-ла; са-ва и т.п.*

Задание 2.

«Четвертый лишний»

Цель: развивать фонематический слух, оперативную память.

Из четырех слогов, отчетливо произнесенных учителем-логопедом, ребенок должен назвать слог, который отличается от остальных.

*На-на-на-та;
та-ма-та-та;*

*да-да-да-ва;
ка-па-па-па.*

Работа с предложением

Задание 1. «Слушай и делай»

Цели:

- научить точно воспринимать предложение и его выполнение;
- развивать грамматическое значение слов.

Учитель-логопед произносит предложение. Ребенок, чье имя названо, выходит и выполняет то, что было сказано учителем-логопедом.

Вера подметает пол. Егор прыгает.

Лиза одевает куклу. Маша читает книгу.

Дима рисует на доске. Лена поливает цветы.

Ира смотрит картинки. Вова сидит на стуле.

Задание 2. «Слушай и делай»

Цели:

- учить составлять предложения о действиях детей;
- отрабатывать грамматические значения слов.

Учитель-логопед предлагает детям встать в круг. На ушко каждому говорит, что тот должен сделать. Дети по очереди выполняют действия, а все говорят, что они сделали.

Катя танцует. Петя ест.

Маша умывается. Дима поймал рыбу.

Нина катает машину. Света спит.

Задание 3. «Закончи предложение»

Цели:

- учить различать слова, близкие по звуковому составу;
- уточнять их актуальное и грамматическое значения.

Оборудование: предметные картинки.

Учитель-логопед начинает предложение, а дети должны выбрать нужную картинку и закончить предложение.

Дети катают снежный ... дом, ком.

Строится новый... дым, дом.

Продаются... бананы, бараны.

У Тани на голове... бинт, бант.

На **втором этапе** работа осуществляется в той же последовательности, но речевым материалом служили слова и слоги, включающие в себя оппозиционные звуки.

В этих играх и упражнениях шла большая коррекционная работа не только по развитию фонематического слуха, но и по исправлению недостатков произношения.

На протяжении всей работы с оппозиционными фонемами мы обращали внимание, во-первых, на произносительные достижения, во-вторых, на четкость произнесения каждого слова и слога для обеспечения создания базы в отработке нового звукового кода, о котором писал Н.И. Жинкин.

Остановимся конкретно на ряде игр и упражнений, проводимых на этом этапе.

Узнавание и различение звуков в словах

Задание 1

Цели:

- учить сопоставлять произношение слов, сходных по звуковому составу;
- развивать оперативную память, уточнять значение слов.

Оборудование: набор предметных картинок.

Учитель-логопед выставляет на наборном полотне картинки, названия которых содержат противопоставленную фонему. Например: *бочка — почка; горка — корка; ветка — конфетка; дочка — точка; коза — коса; зуб — суп; мишка — миска; крыша — крыса* и т.д.

Затем учитель-логопед показывает две картинки и спрашивает у детей, что нарисовано на картинках. Дети называют их и выставляют на наборном полотне в названном порядке (в одну линию или в столбик — в зависимости от инструкции учителя).

Задание 2

Цели:

- учить сопоставлять на слух слова, сходные по звуковому составу;
- уточнять значения слов.

Оборудование: набор предметных картинок.

Учитель-логопед выставляет на наборном полотне в одну линию следующие картинки: *ветка, коза, горка, почка, день, мишка*.

Затем вызывает детей по одному и каждому дает по картинке.

Ребенок должен поставить ее под той, название которой звучит похоже. В результате на наборном полотне должны получиться такие ряды картинок:

Ветка — бочка — горка — день — миска — коза;

Конфетка — почка — корка — тень — мишка — коса.

Задание 3.

«Шепни на ушко»

Цели:

- развивать фонематический слух;
- оперативную память.

Из четырех слов, отчетливо произнесенных учителем дважды, ученики должны назвать то, которое отличается от остальных, и шепнуть учителю-логопеду на ушко.

Гости — гости — гости — кости.

Голос — колос — голос — голос.

Палка — палка — балка — палка.

Класс — класс — глаз — класс.

Шутка — жутко — жутко — жутко.

Роза — роза — роза — роса.

Блеск — плеск — плеск — плеск.

Узнавание и различение оппозиционных слогов

Задание 1

Цель: тренировать в воспроизведении слоговых сочетаний с согласными звуками, различающимися по звонкости-глухости.

Учитель-логопед произносит два слога, ученики по цепочке

или по вызову учителя поочередно в каждом ряду индивидуально или хором повторяют их.

Ва-фа, ба-па, га-ка, да-та, за-са, жа-ша.

Задание 2.

«Четвертый лишний»

Цели:

- развивать фонематический слух;
- оперативную память.

Из четырех слогов, отчетливо произнесенных учителем, ребенок должен назвать слог, который отличается от остальных.

Ва-ва-ва-фа — па-па-ба-па — ка-ка-ка-га.

Са-са-за-са — да-та-та-та — фа-фа-ва-фа.

Га-га-га-ка — ша-жа-жа-жа — та-да-да-да.

Задание 3. «Раз, два, три — без ошибок повтори»

Цель: тренировать в воспроизведении слоговых сочетаний с согласными звуками, различающимися по мягкости-твердости.

Учитель-логопед произносит два слога, ученики по цепочке или по вызову логопеда поочередно в каждом ряду индивидуально повторяют их.

Ва-вя — фа-фя, та-тя — да-дя;

Во-ве — фо-фе, то-те — до-де;

Ву-вю — фу-фю, ту-тю — ду-дю;

Вы-ви — фы-фи, ты-ти — ды-ди;

Вэ-ве — фэ-фе, тэ-те — дэ-де.

То же со звуками: [б], [п], [г], [к], [с], [з], [р], [л].

Работа с предложением

Задание 1. «Мы поэты»

Цели:

- развивать фонематический слух;
- оперативную память;
- умение находить подходящие слова в рифму.

Учитель-логопед произносит оппозиционные слоги и слова для начала предложения. Учащиеся должны повторить цепочку слоговых структур и закончить предложение словом в рифму.

Та-да-да течет во...

Бы-ны-бы чисти зу...

Са-за-за бежит ко...

За-са-са летит о...

Ка-га-га болит но...

Фа-ва-ва сидит со...

Задание 2. «Найди картинку»

Цели:

- учить различать слова, близкие по звуковому составу;
- уточнять их актуальное значение.

Оборудование: предметные картинки.

Учитель-логопед начинает предложение, а дети должны выбрать нужную картинку и закончить предложение.

У Вовы синяя ... миска.

У Маши плюшевый... мишка.

На лугу пасется... коза.

У Ани длинная... коса.

У Димы разболелся... зуб.

Ира ест... суп.

На **третьем этапе**, как уже отмечалось выше, дети учились контролировать произношение друг друга и учителя, отличать правильное произношение от неправильного, группировать слова по сходству звукового состава, выделять слово, отличное от двух других в линейном ряду. На данном этапе речевым материалом являлись только слова и предложения.

Узнавание и различение в словах

Задание 1. «Правильно — неправильно»

Цель: контролировать правильность-неправильность произношения.

Оборудование: набор предметных картинок.

Учитель-логопед показывает детям картинку и громко четко называет изображение: «Вагон». Затем объясняет: «Я буду называть эту картинку то правильно, то неправильно, а вы внимательно слушайте: *вагон* — *вакон* — *фагон* — *вагон*». Услышав неверно сказанное учителем слово, дети должны хлопнуть в ладоши или поднять карточку с сигнальным цветом.

Бочка, альбом, трава, катушка, конфета, клетка, капуста.

Задание 2. «Научим зайку правильно говорить»

Цель: учить слышать неправильно произнесенный звук в слове, исправлять его.

Оборудование: набор предметных картинок, игрушечный заяц.

Учитель-логопед объясняет, что к ним пришел заяц, принес картинки, но он не умеет их правильно называть и просит ребят научить его.

«Давайте поможем зайке правильно назвать картинки». Показываются картинки и даются искаженные их названия. Например, картинка с изображением танка, а слово «данк». Учащиеся должны правильно назвать предмет. За каждый правильный ответ учащиеся награждаются фишкой.

Работа с предложением

Задание 1.

«Доскажи словечко»

Цели:

- развивать точность произношения слов;
- уточнять грамматическое значение слова.

Учитель-логопед читает стихотворение, а дети подсказывают слово в конце стихотворения. В качестве помощи детям используется иллюстративный материал.

Я рубашку сшила мишке,
Я сошью ему... (*штанишки*).

Не послушал зайка папу,
Отдавили зайке ... (*лапу*).

Часто к озеру напиться
Ходит рыжая ... (*лисица*).

У себя в саду Андрейка
Поливал цветы из ... (*лейки*).

Прицепившись к задней шине,
Едет мишка на ... (*машине*).

Возле речки, на болоте
Летом вы ее найдете.

То не рыбка, не зверушка —
А зеленая ... (*лягушка*).

Лежебока рыжий кот
Отлежал себе ... (*живот*).

Доски на гору везем,
Будем строить новый ... (*дом*).

Мишка плачет и ревет,
Просит пчел, чтоб дали ... (*мед*).

Дети в скверике сидели
И мороженое ... (*ели*).

Среди жирных голубей
Прыгал тощий ... (*воробей*).

Ты не бойся — это гусь.
Я сама его ... (*боюсь*).

Заглянула в дверь коза —
Очень грустные ... (*глаза*).

Верещунья — белобока,
А зовут ее ... (*сорока*).

Мы не ели, мы не пили,
Бабу снежную ... (*лепили*).

Задание 2.

«Скажи правильно»

Цель: учить слышать неправильно произнесенный звук в слове, исправлять его и произносить нормативный вариант слова.

Оборудование: игрушечный мишка.

Воспитатель говорит: «Я вам расскажу про мишку. Но если я что-то скажу неверно, вы должны меня поправить. Я маленький миска (*мишка*). Я люблю есть лед (*мед*). У меня от меда заболел суп (*зуб*). Мне зуб лечил грач (*врач*).

Я с мамой живу (живу) в большой ерлоге (берлоге)».

На всех этапах обучения проявлялась одна и та же тенденция — уменьшение количества ошибок. На протяжении всего процесса обучения логопед дает упражнения, связанные с развитием фонематического слуха, а также проводится работа по формированию навыков звукового анализа и синтеза.

Литература

1. Аксенова А.К. Методика обучения русскому языку в коррекционной школе. М., 1999.
2. Аксенова А.К., Якубовская Э.В. Дидактические игры на уроках русского языка в 1—4 классах вспомогательной школы. М., 1987.
3. Бельтюков В.И., Нейман Л.В. Восприятие звуков речи при нормальном и нарушенном слухе. М., 1958.
4. Воронкова В.В. Обучение грамоте и правописанию в I—IV классах вспомогательной школы. М., 1995.
5. Гнездилов М.Ф. Методика русского языка во вспомогательной школе. М., 1965.
6. Дурова Н.Ф. Фонематика. М., 1999.
7. Жинкин Н.И. Механизмы речи. М., 1958.
8. Колесникова Е.В. 500 игр для коррекционно-развивающего обучения. Дети 3—7 лет. М., 2000.
9. Коноваленко В.В., Коноваленко С.В. Фронтальные логопедические занятия в старшей группе для детей с общим недоразвитием речи (3-й уровень). М., 1999.
10. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. М., 1998.
11. Ткаченко Т.А. Логопедическая тетрадь. Развитие фонематического восприятия и навыков звукового анализа и синтеза. СПб., 2000.

Диагностика моторного развития у детей с тяжелыми нарушениями речи

Бондаренко О.В.,
инструктор по физкультуре;

Литвинова Н.А., Семенова Н.А., Павлова А.А., Товмач Н.О.,
учителя-логопеды МДОУ д/с компенсирующего вида № 111
«Медвежонок», г. Вологда



В дошкольном детстве ребенок осваивает речь, познает мир, пространственно-временные явления

при помощи движений. Достаточная двигательная активность необходима для правильного

физического развития и повышения работоспособности ребенка.

Дети с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) часто соматически ослаблены, физически невыносливы, быстро утомляются. Им присущи некоторые отставания в двигательной сфере. Для них характерна скованность, плохая переключаемость различных движений, снижение ловкости и точности выполнения упражнений, нарушения равновесия, могут отмечаться сопутствующие движения. Неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование у детей сенсорной, интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер.

Главная задача дошкольного учреждения компенсирующего вида — необходимая коррекция отклонений в развитии ребенка. Успешное преодоление речевого недоразвития возможно при условии и тесной преемственности в работе всего педагогического коллектива и единства требований, предъявляемых к детям.

В нашем детском саду диагностику моторной сферы ребенка проводит инструктор по физкультуре, опираясь на «Мониторинг физического развития и физической подготовленности детей 4—7 лет в дошкольном образовательном учреждении», утвержденный Управлением образования администрации г. Вологды. В то же время учитель-логопед осуществляет диагностику

двигательной сферы детей, используя классические логопедические методики, при этом специалисты частично дублируют друг друга. Проводимая диагностика общей моторики имеет большой объем и характеризуется отсутствием единых требований в работе инструктора по физической культуре и учителя-логопеда.

Проанализировав проблему, в нашем дошкольном учреждении мы создали творческую группу, состоящую из инструктора по физкультуре и учителей-логопедов. Цель работы группы — выработать единые требования в методике обследования моторной сферы детей с ТНР.

Первоначально были выделены следующие направления по взаимодействию учителей-логопедов и инструктора по физкультуре:

- обсуждение уровня развития двигательной сферы каждого ребенка с учетом индивидуального профиля на начало и конец учебного года;
- обмен информацией, выработка единого стиля общения с детьми, требующими повышенного внимания;
- совместный подбор речевого материала, физкультминуток, игр на дыхание, упражнений на координацию речи с движением (игры малой и средней подвижности);
- взаимопосещение занятий с целью уточнения сформиро-

ванности моторных навыков и ориентировки в пространстве;

— взаимоконсультирование по следующим вопросам: приемы развития понимания речи, развитие речевого и функционального дыхания, работа над темпом и ритмом речи, развитие эмоционально-волевой сферы, использование сенсорных эталонов в различных видах деятельности, участие и оказание помощи в проведении развлечений и открытых мероприятий.

Следующий этап работы — разработка методических рекомендаций по «Диагностике нарушения моторного развития у детей с тяжелыми нарушениями речи».

Опыт сформировался в условиях муниципального дошкольного образовательного учреждения. Методические рекомендации разрабатывались в соответствии с показателями психического и физического развития детей в норме. В основу работы были положены аспекты исследований Е.Ф. Архиповой, Г.А. Волковой, Р.И. Лалаевой, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной и др.

Творческая группа нашего дошкольного учреждения разработала критерии диагностики нарушений моторного развития детей с ТНР. Данные критерии учитывают возраст и особенности общей произвольной сферы детей: силу, точность, равновесие,

темпы движения, координацию, переключаемость.

Обследование моторной сферы детей с ТНР, в ходе которого фиксируются результаты, полученные ребенком за выполнение задания, проводится инструктором по физкультуре. Успешность выполнения задания оценивается в баллах (от 0 до 4). Кроме того, инструктор отмечает виды нарушений: координацию рук, ног, чувство равновесия, осанку, объем выполнения движений, переключаемость движений, самостоятельность выполнения, сопутствующие движения.

Диагностика нарушений моторного развития

Сила, точность:

3 года — бросать мешочки, наполненные песком;

4 года — бросить мяч от груди, поймать мяч (по показу);

5 лет — бросить мяч от груди, из-за головы; поймать мяч (по инструкции);

6 лет — бросить мяч от груди, из-за головы; подбросить и поймать мяч (по инструкции).

Равновесие, темп, движения:

3 года — размахивать руками в стороны «птичка» из положения руки вниз (по показу);

4 года — постоять на одной (левой, правой) ноге, попрыгать на двух ногах (по показу);

5 лет — постоять на одной (левой, правой) ноге, попрыгать на

двух ногах на месте (по инструкции);

6 лет — постоять на одной (левой, правой) ноге, попрыгать на двух ногах на месте, с продвижением вперед (по инструкции).

Координация:

3 года — переложить предмет из одной руки в другую перед собой, над головой (по показу);

4 года — переложить предмет из одной руки в другую, перед собой, над головой, за спиной (по показу);

5, 6 лет — потопать ногами и похлопать руками одновременно (по инструкции).

Переключение:

3 года — переход с бега на ходьбу (по показу);

4 года — переход с бега на ходьбу (по сигналу);

5, 6 лет — переход с бега на ходьбу, смена направления, темпа, видов движения (по сигналу) в зависимости от возраста.

Оценки:

4 балла — все задания выполняются правильно;

3 балла — все задания выполняются правильно, но в замедленном темпе;

2 балла — задания выполняют недостаточно точно, ребенок вытягивает руки в стороны для сохранения равновесия;

1 балл — плохо удерживает равновесие, стоя на одной ноге, быстро оступается, ищет опору, мяч подбрасывает очень низко, не удерживает равновесия при остановке по команде;

0 баллов — задание не выполняется.

Инструктор по физкультуре при исследовании общей моторики детей 2—7 лет фиксирует:

- 1) координацию рук, ног:
 - а) правильная;
 - б) замедленная;
 - в) движения выполнены не одновременно, неточно;
- г) нет координации;
- 2) чувство равновесия:
 - а) есть;
 - б) нет;
- 3) осанку:
 - а) правильная;
 - б) неправильная;
- 4) объем выполнения движений:
 - а) полный;
 - б) неполный;
- 5) переключение движений:
 - а) своевременное;
 - б) замедленное;
 - в) отсутствует;
- б) самостоятельность выполнения:
 - а) полная;
 - б) с помощью взрослого;
- 7) сопутствующие движения:
 - а) есть;
 - б) нет.

Нормативы

Броски и ловля мяча (в паре):

4 года: 5 раз;

5—6 лет: 8—10 раз.

Прыжки:

3 года: 10;

4 года: 15;

5 лет: 20;

6 лет: 25.

Данные по состоянию физических способностей детей, выявленные в ходе обследования, заносятся в таблицу. Результаты исследования наиболее полные и точные, используются в дальнейшей коррекционной деятельности как инструктора по физкультуре, так и учителя-логопеда.

Литература

1. *Архипова Е.Ф.* Логопедическая работа с детьми раннего возраста: Учеб. пособие для студ. пед. вузов. М., 2007.
2. *Волкова Г.А.* Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики. СПб., 2004.
3. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольно-

го образовательного учреждения / Под ред. Р.И. Лалаевой, СПб., 2000.

4. *Кожухова Н.Н., Рыжкова Л.Н., Борисова М.М.* Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста. Схемы и таблицы. М., 2003.

5. Программа воспитания и обучения в детском саду / Под ред. М.А. Васильевой, В.В. Гербовой, Т.С. Комаровой. 2-е изд., испр.и доп. М., 2005.

6. Спутник руководителя физического воспитания дошкольного учреждения: Метод. пособие для руководителей физического воспитанием дошкол. учреждений / Под ред. С.О. Филипповой. СПб., 2005.

7. *Степаненкова Э.Я.* Теория и методика физического воспитания и развития ребенка. М., 2001.

8. *Филичева Т.Б., Чиркина Г.В.* Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. М., 2005.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Накормите мозг рыбой

Жирные кислоты омега-3 способны накапливаться в областях мозга, ответственных за память, и стимулировать их деятельность, считают исследователи из Университета Альберты в Канаде. По их мнению, регулярное потребление жирной рыбы стимулирует работу памяти.

В ходе экспериментов ученые кормили лабораторных животных пищей, богатой жирными кислотами омега-3. Контрольная группа подопытных питалась обычной пищей.

Выяснилось, что у первой группы зверьков уровень жирных кислот омега-3 в гиппокампе — отделе головного мозга, отвечающего за память, был на 30% выше. У животных, которых кормили обычной пищей, подобного эффекта исследователи не обнаружили.

Ученые выяснили, что нервные клетки гиппокампа лучше связываются друг с другом и эффективнее передают нервные импульсы, когда уровень жирных кислот омега-3 в этой области мозга повышен. По мнению исследователей, это может объяснить, почему память стимулируется потреблением ненасыщенных жирных кислот.

Специалисты рекомендуют регулярно включать в рацион рыбу и другие продукты, богатые омега-3. Это особенно важно в старшем возрасте, когда риск снижения функций памяти повышается.

<http://www.takzdorovo.ru>

Особенности внешнего и речевого дыхания у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией

Посохова М.А.,
аспирант;

Фатеева Н.М.,
д-р биол. наук, профессор кафедры медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень

Исследований, посвященных особенностям дыхательной функции у детей с нарушениями речи, немного. При этом категория детей с нарушениями речи в настоящее время имеет тенденцию к увеличению. Одна из наиболее распространенных патологий речевой функции — дизартрия, а именно псевдобульбарная ее форма. Все это диктует необходимость поиска механизмов, позволяющих изменить сложившуюся ситуацию.

Основными признаками дизартрии считаются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания.

Дыхание входит в сложную функциональную речевую систему. Периферические органы слуха, дыхания, голоса, артикуляции неразрывно связаны и взаимодействуют между собой на разных уровнях под контролем ЦНС. Каждый из органов речи имеет свою функцию. По мнению

А.Р. Лурии, нарушение одной из них отразится на деятельности остальных органов. Поэтому так важна роль дыхания как «пускового механизма» в начале постановки звукопроизношения, голосоподачи, голосоведения в логопедической практике [4]. Под речевым дыханием понимается способность человека в процессе высказывания своевременно производить короткий, достаточно глубокий вдох и рационально расходовать воздух при выдохе. Характер речевого дыхания подчинен внутреннему речевому программированию, а значит семантическому, лексико-грамматическому и интонационному наполнению высказывания [2].

Правильное речевое дыхание дает возможность при меньшей затрате мышечной энергии речевого аппарата добиваться максимума звучности, более экономно расходовать воздух. При псевдобульбарной форме дизартрии практически всегда страдает дыхательная функция. При этом

речевое дыхание сформировано недостаточно, жизненная емкость легких снижена, речевой выдох более короткий, чем вдох, сила выдоха недостаточна.

Формирование речевого дыхания и коррекция псевдобульбарной дизартрии — неотъемлемые составляющие успешного развития детей с речевой патологией [3; 6]. Фактически работа по развитию речевого дыхания включена во все комплексные системы коррекционной работы при дизартрии и является одним из главных направлений в ходе коррекции псевдобульбарной дизартрии [1].

В связи с этим, *цели* данного исследования — изучить особенности внешнего дыхания и формировать речевое дыхание у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией при использовании дыхательных методик.

Исследование проводилось в дошкольных образовательных учреждениях г. Тюмени. Обследовались дети в возрасте 5—6 лет. Выделены три группы детей. Контрольная группа — дети с нормальным речевым развитием. Две экспериментальные группы детей с речевым заключением — псевдобульбарная дизартрия: первая группа — дети, получавшие логопедическую коррекцию и дополнительные занятия по формированию речевого дыхания; вторая группа — дети, получавшие только логопедическую коррекцию. Исследование

проводилось дважды: до речевой коррекции (в начале года) и после речевой коррекции с целью анализа эффективности проведенной работы (в конце года).

Использованы методики исследования внешнего дыхания и методы обследования речевого дыхания Е.Ф. Архиповой с элементами методики А.И. Максимова, которые позволяют определить тип физиологического дыхания, умение дифференцировать ротовое и носовое дыхание, целенаправленность и силу воздушной струи, длительность внешнего речевого выдоха, особенности фонационного дыхания. Для исследования речи применялись методика с балльно-уровневой системой оценки и речевые пробы, предложенные О.Б. Иншаковой, Р.И. Лалаевой, Р.Е. Левиной, А.К. Марковой, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой.

Методика коррекционной работы по развитию речевого дыхания у детей с псевдобульбарной формой дизартрии включала пять этапов:

- подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания;
- обучение приемам дыхательной гимнастики (дальнейшее развитие грудобрюшного типа дыхания, подвижности диафрагмальной мышцы, увеличение объема вдыхаемого воздуха);
- развитие фонационного (озвученного) выдоха;
- речевого дыхания (детей обучают в процессе выдоха про-

износить последовательно сначала слоги, отдельные слова, затем фразы из двух, а далее из трех-четырех слов, а также рифмованные строки, т.е. по мере усвоения упражнений речевые задачи усложняются); — речевого дыхания при реализации усложненных речевых задач (дети обучаются произнесению прозаических текстов, состоящих из трех-четырех коротких фраз).

Все дыхательные движения в данной методике реализуются одновременно с выполнением двигательных упражнений, рекомендованных методикой парадоксальной дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой [6].

Анализ полученных результатов показал, что после проведен-

ной работы по формированию речевого дыхания у детей первой экспериментальной группы значения показателей как внешнего, так и речевого дыхания заметно возросли. Так, жизненная емкость легких (ЖЕЛ) у детей первой экспериментальной группы увеличилась (диаграммы 1, 2) на 14% (в начале года составляла 78% по сравнению с ЖЕЛ в конце года — 92%), тогда как у детей второй экспериментальной группы значения показателя ЖЕЛ возросли незначительно, лишь на 3%.

Показатель минутного объема дыхания у детей первой экспериментальной группы к концу года также увеличился по сравнению со второй экспериментальной группой.

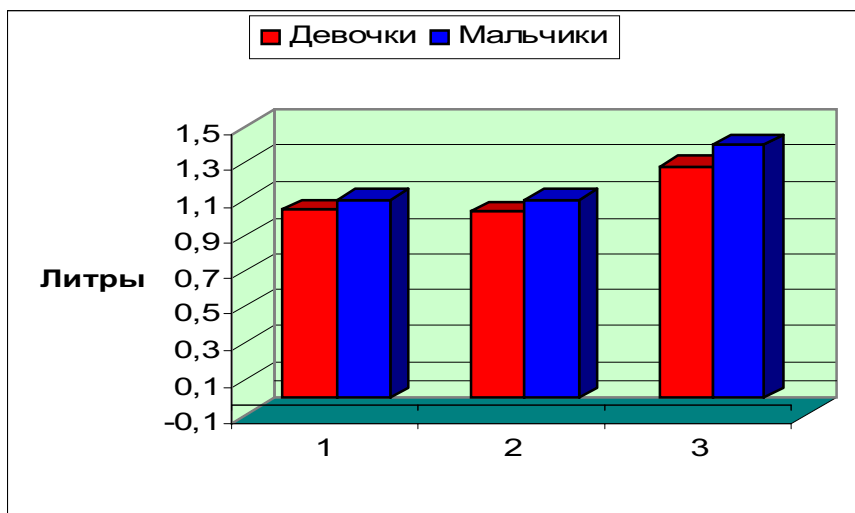


Диаграмма 1. Сравнительный анализ показателей ЖЕЛ детей исследуемых групп в состоянии покоя на начало года.

Обозначения: 1 — первая экспериментальная группа;
2 — вторая экспериментальная группа; 3 — контрольная группа

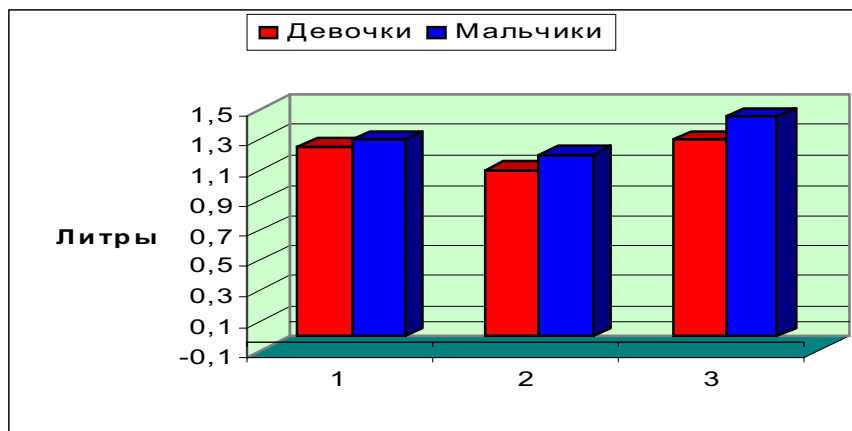


Диаграмма 2. Сравнительный анализ показателей ЖЕЛ детей исследуемых групп в состоянии покоя на конец года.

Обозначения: 1 — первая экспериментальная группа; 2 — вторая экспериментальная группа; 3 — контрольная группа

Повышение значений показателей внешнего дыхания в первой экспериментальной группе значительно повлияло на функцию речевого дыхания (диаграммы 3, 4). Показатель речевого дыхания у детей первой экспериментальной группы увеличился на 44% (41% в начале года и 85% в конце года), во второй экспериментальной группе этот показатель возрос всего на 8% (от 44 до 52%).

Полученные данные свидетельствуют, что жизненная емкость легких у детей с псевдобульбарной дизартрией обследованных групп намного ниже, чем у детей контрольной группы с нормальным речевым развитием, поэтому объем воздуха легких у детей с псевдобульбарной дизартрией

недостаточный для речевого выдоха. Детям приходится постоянно добирать воздух во время речи, появляются судорожные вдохи, наблюдается длительный латентный период между дыханием, голосообразованием и артикуляцией.

После дополнительной коррекции к концу года у детей первой экспериментальной группы увеличение показателей внешнего дыхания повысило объем воздуха в легких, в результате этого сформировался длительный речевой выдох, достаточный для произнесения синтагмы. Дыхание стало более глубоким и ритмичным по сравнению с показателями в начале года, когда отмечалось поверхностное дыхание.

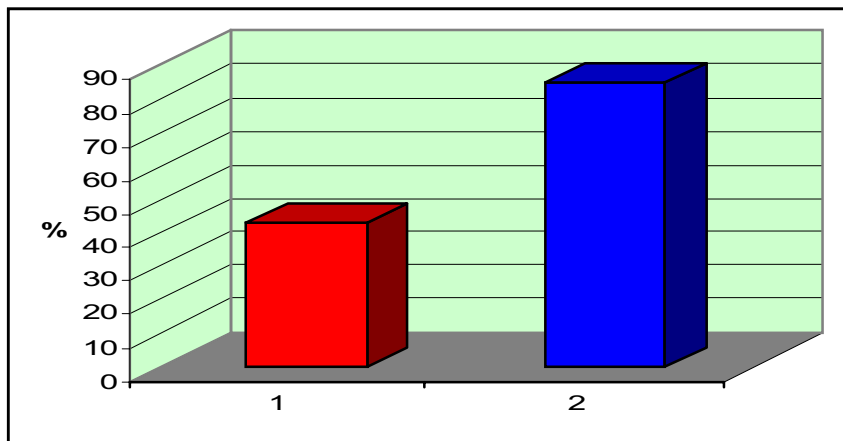


Диаграмма 3. Сравнительный анализ показателей речевого дыхания детей первой экспериментальной группы на начало (1) и конец года (2)

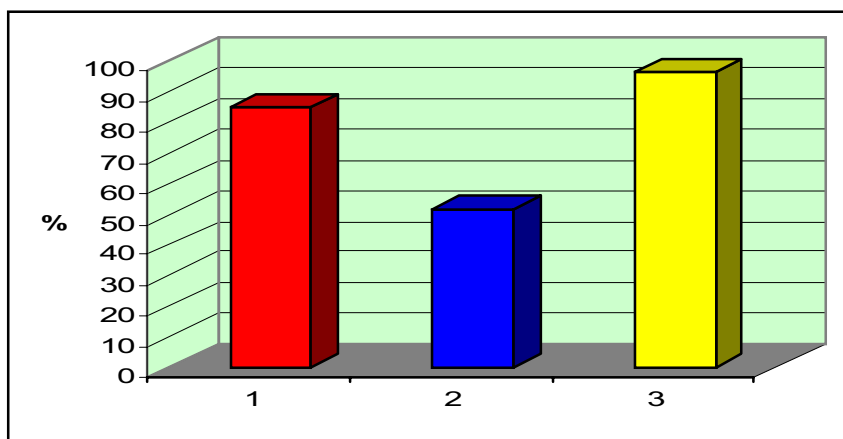


Диаграмма 4. Сравнительный анализ показателей речевого дыхания детей исследуемых групп на конец года.

Обозначения: 1 — первая экспериментальная группа;
2 — вторая экспериментальная группа; 3 — контрольная группа

Кроме того, можно отметить, что до начала коррекционной работы у детей с псевдобульбарной дизартрией наблюдалось расстройство координации между

дыханием и фонацией, дыхание не регулировалось смысловым содержанием речи, дети постоянно добивали воздух, часто говорили на вдохе.

После дополнительной коррекции в первой экспериментальной группе в результате формирования речевого дыхания дети стали дифференцировать носовой и ротовой вдох и выдох, увеличилась сила воздушной струи, ее целенаправленность, что важно для формирования звукопроизношения у детей, особенно с псевдобульбарной дизартрией.

Одна из задач коррекционной работы по формированию речевого дыхания — *развивать диафрагмальный тип дыхания*.

Известно, что при речевом развитии вырабатываются специфический «речевой» механизм дыхания, а следовательно, и специфические «речевые» движения диафрагмы. В процессе устной речи диафрагма многократно производит тонко дифференцированные движения вдоха и выдоха, причем колебательные движения идут на фоне общего непрерывающегося выдоха. В этом состоит парадокс речевого дыхания, раскрытый Н.И. Жинкиным [6]. При каждом звуке речи диафрагма модулирует с определенной амплитудой и тем самым дублирует артикуляцию речевых эффектов (губ, языка, глотки, гортани). Центральные механизмы четко регулируют и координируют движения диафрагмы в процессе речевого выдоха.

У детей дошкольного возраста ритм дыхания, т.е. чередование вдоха и выдоха, постоянный: то вдох короче выдоха, то продолжительность вдоха и выдоха

одинакова. При физическом напряжении, а также при волнении частота дыхательных движений резко увеличивается. Лишь постепенно устанавливается правильное, равномерное дыхание. У здоровых детей в 4—6-летнем возрасте, не имеющих речевой патологии, грудобрюшное речевое дыхание находится в стадии интенсивного формирования. Простые речевые задачи реализуются ими на фоне сформированного речевого выдоха.

Результаты проведенного исследования показали, что до начала работы у детей с псевдобульбарной дизартрией отмечался ключичный тип дыхания, в ходе дополнительной коррекционной работы по развитию речевого дыхания у 70% детей первой экспериментальной группы постепенно сформировался диафрагмальный тип дыхания, как наиболее физиологичный и оптимальный для нормального голосообразования.

При обследовании состояния речевой функции в начале года было установлено, что наиболее слабая ее сторона у детей с псевдобульбарной дизартрией — сенсомоторная: страдают фонематическое восприятие, артикуляционная моторика, звукопроизношение и звуконаполняемость слова. Данные обследования речи подтверждают наличие фонетико-фонематического нарушения речи у детей с псевдобульбарной дизартрией.

Анализ результатов исследования речевой функции детей обследуемых групп показал, что в конце года успешность выполнения речевых проб значительно повысилась в первой экспериментальной группе по сравнению со второй. У детей первой экспериментальной группы показатель звукопроизношения повысился на 21%. Во второй экспериментальной группе, в которой проводились только логопедические занятия, показатели звукопроизношения изменились незначительно (с 49 до 54%). Фонематическое восприятие у детей первой экспериментальной группы также улучшилось с 53 до 66%. При обследовании фонематического восприятия, фонематического анализа дети значительно меньше допускали ошибок, могли определить позицию звука в слове, наличие или отсутствие заданного звука. Обследование артикуляционной моторики показало нормализацию тонуса мышц языка, повышение точности, последовательности, переключаемости движений органов артикуляционного аппарата. Улучшились показатели звукобуквенной структуры слова: отмечалось меньше ошибок в искажении звуков, опускании согласных звуков, замене, перестановке и их смешении.

Сравнительный анализ полученных результатов проведенного исследования показал, что у детей с псевдобульбарной дизартрией в первой экспериментальной группе, где проводились и

логопедические занятия, и дополнительное формирование речевого дыхания, отмечается более успешное выполнение речевых проб по сравнению со второй экспериментальной группой, где дополнительная работа по формированию речевого дыхания не проводилась.

Таким образом, проведенное исследование доказало, что формирование речевого дыхания с использованием дыхательных методик у детей с псевдобульбарной дизартрией положительно влияет на речевое развитие ребенка, способствует повышению эффективности коррекционного обучения, направленного на преодоление псевдобульбарной дизартрии.

Литература

1. *Белякова Л.И.* Развитие речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи: метод. пособие. М., 2005.
2. *Ермакова И.И.* Коррекция речи и голоса у детей и подростков: кн. для логопеда. М., 1996.
3. *Ефименкова Л.Н.* Формирование речи у дошкольников. М., 2001.
4. *Лурия А.Р.* Речь и развитие психических процессов у ребенка. М., 1956.
5. *Фатеева Н.М., Посохова М.А.* Изучение особенностей дыхания у детей с нарушениями звукопроизношения // *Образование и здоровье. Экономические, медицинские и социальные проблемы.* Сб. статей. Пенза, 2007.
6. *Щетинин М.Н.* Дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой. М., 2006.

Семинар-практикум для педагогов «Быть здоровым – мое право»

Дёмина Г.А.,
старший воспитатель;

Байрамалова Г.В.,
инструктор по физкультуре;

Бродягина А.А.,
музыкальный руководитель;

Токтеева Л.Б.,
инструктор по изодеятельности МКДОУ № 27 «ЦРР – д/с “Малыш”»,
г. Богданович Свердловской обл.

Цели:

- обобщить материал по применению здоровьесберегающих технологий в работе с детьми;
- совершенствовать педагогическое мастерство воспитателя;
- способствовать творческому поиску.

Предварительная работа:

- проведение консультации для педагогов «Применение здоровьесберегающих технологий в детском саду и семье»;
- написание сочинений родителями на тему «Мы хотим, чтобы наш ребенок рос здоровым»;
- оформление наглядного материала по содержанию родительских сочинений и оздоровительной работы, проводимой в детском саду;
- подготовка воспитателей по предложенным темам.

План проведения

1. Социально-психологическое благополучие ребенка (старший воспитатель).

2. Технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка:

- игротерапия (воспитатель старшей группы);
- сказкотерапия (воспитатели средних групп);
- куклотерапия (воспитатели речевой группы);
- анималотерапия (воспитатели первой младшей группы);
- музыкотерапия (музыкальный руководитель);
- арт-терапия (воспитатели подготовительной к школе группы).

3. Итог. Рефлексия участников (директор ДОУ).

1. Социально-психологическое благополучие ребенка

Воспитатель. Добрый день, уважаемые коллеги! Свое выступление я начну со стихотворения «Золотое детство»:

Почему мы называем
Наше детство золотым?
Потому что мы играем,
Веселимся и шалим.

Потому что окружает
Нас заботою семья,
Потому что обожают
Нас родные и друзья!

На эти все «потому что» ребенок имеет право, и это право подтверждено «Декларацией прав ребенка». А права эти обеспечивают прежде всего семья, образовательные учреждения и в конечном счете наше государство. Детство по-настоящему будет «золотым», если наши дети будут здоровы и физически и нравственно. Об актуальности этой темы мы уже говорили на консультации, сегодня поговорим более конкретно.

Усилия работников ДОУ сегодня как никогда направлены на оздоровление дошкольника, культивирование здорового образа жизни. Именно эти задачи считаются приоритетными в программе модернизации российского образования. Одним из средств решения обозначенных задач становятся здоровьесберегающие технологии, без которых немислим педагогический здоровьесберегающий процесс современного детского сада. В широком смысле слова это процесс воспитания и обучения детей дошкольного возраста в режиме здоровьесбережения и здоровьесобогащения; процесс, направленный на обеспечение физического, психического и социального благополучия ребенка. Здоровьесбережение и здоровьесобогащение — важнейшие условия организации педагогического процесса в ДОУ.

В более узком смысле слова это специально организованное, развивающееся во времени и в рамках определенной образовательной системы взаимодействие детей и педагогов, направленное на достижение целей здоровьесбережения и здоровьесобогащения в ходе образования, воспитания и обучения.

Это технологии, направленные на решение приоритетной задачи современного дошкольного образования — сохранения, поддержания и обогащения здоровья детей, педагогов и родителей.

Цели здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании применительно к ребенку:

- обеспечить высокий уровень реального здоровья;
- воспитать валеологическую культуру как совокупность осознанного отношения к здоровью и жизни;
- дать знания о здоровье и привить умения оберегать, поддерживать и охранять его;
- развивать валеологическую компетентность, позволяющую дошкольнику самостоятельно и эффективно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения;
- научить оказывать элементарную медицинскую, психологическую помощь. Применительно к взрослым — содействовать становлению культуры здоровья, в том числе культуры профессионального здоровья воспитателей ДОУ, и валеологическому просвещению родителей.

Виды здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании и их классификация по важности целей и решаемых задач:

- медико-профилактические;
- физкультурно-оздоровительные;
- технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка; здоровьесбережения и здоровьесобогащения педагогов;
- валеологического просвещения родителей;
- здоровьесберегающие образовательные.

Ранее мы более подробно говорили о физкультурно-оздоровительном здоровьесбережении, а сегодня подробно раскроем технологию обеспечения социально-психологического благополучия ребенка.

Часто задают вопросы по поводу того, что же такое технология? Технология — это инструмент профессиональной деятельности педагога. Сущность технологии заключается в том, что она имеет выраженную этапность (пошаговость), включает набор определенных профессиональных действий на каждом этапе, позволяя педагогу предвидеть промежуточные и итоговые результаты собственной профессионально-педагогической деятельности. Педагогическую технологию отличают конкретность и четкость цели и задач; наличие этапов: первичной диагностики; отбора содержания, форм, способов и приемов его реализации; использования совокупности средств

в определенной логике с организацией промежуточной диагностики достижения цели, критерияльной оценки результатов. Важнейшей характеристикой педагогической технологии является ее воспроизводимость. Любая педагогическая технология должна быть здоровьесберегающей! Или, по-другому, это планируемый педагогический процесс, включающий цели и задачи, направленные на конечный результат; продуманный используемый набор форм и методов; весь арсенал необходимого материала (художественные произведения).

Зачитаю небольшую цитату из «Декларации прав ребенка».

Ребенок имеет право на защиту от информации, пропаганды и агитации, наносящей вред его духовному здоровью, нравственному и психическому развитию. Сюда относится защита ребенка:

- от национальной, классовой, социальной нетерпимости;
- рекламы алкогольной продукции и табачных изделий;
- пропаганды социального, расового, национального и религиозного неравенства;
- распространения печатной аудио- и видеопродукции, пропагандирующей насилие, жестокость, порнографию, наркоманию, антиобщественное поведение.

В целях обеспечения безопасности жизни, охраны здоровья и нравственности ребенка проводится экспертиза (социальная,

психологическая, педагогическая, санитарная) настольных, компьютерных и иных игр, игрушек и игровых сооружений для детей.

Мы, как педагоги, своей работой должны содействовать обеспечению этих прав с помощью укрепления нравственного здоровья наших детей, используя уже упомянутые сегодня технологии: игро-, сказко-, кукло-, анимало-, музыка- и арт-терапию.

2. Технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка

1-й воспитатель. Игровая терапия — это метод коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, в основу которого положен свойственный ребенку способ взаимодействия с окружающим миром — игра (М.В. Киселева). Она позволяет заранее предупредить проблемы, возникшие в эмоциональной сфере и поведении ребенка, или справиться с ними, а также провести коррекцию отдельных черт характера дошкольника.

Основная *цель* игровой терапии — помочь ребенку выразить свои переживания наиболее приемлемым для него образом — через игру, а также проявить творческую активность в решении сложных жизненных ситуаций (А.А. Осипова). Игры можно проводить в любое свободное время как индивидуально, так и с подгруппой детей, но при этом необходимо придерживаться определенных правил.

Воспитатель должен:

- развивать теплые, дружеские отношения с ребенком, принимая его таким, какой он есть;
- осознавать чувства, выражаемые ребенком, и отражать их так, чтобы дошкольник понимал свое поведение;
- сохранять глубокое уважение к способности ребенка решать собственные проблемы;
- не пытаться направлять действия ребенка или его речь, ребенок — ведущий, воспитатель следует за ним;
- устанавливать только те ограничения, которые необходимы для закрепления эффектов игротерапии в реальной жизни;
- не пытаться ускорить ход коррекционной помощи, это постепенный процесс, и воспитатель должен осознавать это.

Вывод: в работе с дошкольниками, направленной на профилактику и коррекцию неконструктивного поведения, предпочтительны не прямые манипулятивные методы (наказания, запреты, нравоучения), а косвенные, и прежде всего — игра. Таким образом, через специально организованную коррекционную игровую деятельность дети с проблемами в развитии удовлетворяют различные потребности: в общении, активных действиях, возможности узнавать новое, выражать свое отношение к тому, что является содержанием игры.

Коррекционные игры направлены на решение различных пси-

хологических задач: развитие познавательных процессов, речи, эмоционально-волевой и коммуникативной сферы.

Игровые технологии коррекции неконструктивного поведения детей:

- игры с правилами, игры-соревнования, длительные совместные игры (лото);
- игры-драматизации, образно-ролевые игры, раскрепощающие игры в преодолении комфорта поведения детей. (Дети-тихони, которые легко «идут на поводу» у более активных сверстников. Если такое поведение закрепляется, оно приводит к искажению развития ребенка.);
- коллективные дидактические игры в работе по коррекции простестного поведения;
- сюжетно-ролевая игра в коррекции демонстративного поведения;
- режиссерские и психотехнические освобождающие игры в коррекции агрессивного поведения;
- народная игра как универсальное средство коррекции недостатков личностного развития и неконструктивного поведения.

Из опыта работы

Воспитатели рассказывают об универсальности народной игры и приводят практические примеры применения игр (любых), объясняя, на коррекцию чего они могут быть направлены.

Далее предлагают печатный материал (игры, направленные на

коррекцию поведения) для составления картотеки игр.

2-й воспитатель. Сказкотерапия — метод, использующий сказочную форму для интеграции личности детей, речевого развития, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействия с окружающим миром (М.В. Киселева).

Работа над сказкой прежде всего решает задачу речевого развития. Современные представления о здоровье человека неразрывно связаны с его речевым развитием, коммуникативными возможностями и способностью найти адекватное вербальное выражение своим мыслям, чувствам, стремлениям. Насыщенное и гармоничное речевое пространство может играть роль терапевтической среды, погружение в которую способствует укреплению здоровья на всех структурных уровнях.

С помощью сказочных историй воспитатель может решить и другие проблемы, выявленные у дошкольников: например, трудности, связанные с общением (конфликты, противоречия, обиды); страхи и тревоги по различным поводам (боязнь темноты, одиночества, животных, чужих людей, шума и др.).

Выделяют несколько приемов 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.

Анализ сказок позволяет понять, что стоит за каждой сказочной ситуацией, конструкцией сюжета, поведением героев. После прослушивания детям задаются вопросы:

— Как вы думаете, о чем (про что, кого) эта сказка?

— Кто из героев вам больше всего понравился (не понравился)? Тот или иной герой совершал те или иные поступки?

— Как вы думаете, почему тот или иной герой совершал те или иные поступки?

— Как вы думаете, если бы в сказке были одни хорошие (или одни плохие) герои, что это была бы за сказка?

— Для чего в сказке есть и плохие и хорошие герои?

В работе с дошкольниками можно использовать следующие сказки: «Маленький медвежонок» — коррекция агрессивного поведения, «Мышонок и темнота» — коррекция страхов, тревожности, «Сказка про енота» — коррекция коммуникативной сферы (О.В. Хухлаева «Терапевтические сказки»); «Жадный кармашек», «Про ябеду» — коррекция негативных проявлений в поведении (Е.А. Алябьева «Коррекционно-развивающие занятия») и др.

Из опыта работы

Воспитатель рассказывает, как в группе проводится работа над сказкой с использованием книжного уголка и пособий, изготовленных по рекомендуемой методике.

Важную роль в воспитании познавательного интереса к сказке и благоприятного воздействия ее на души детей играют родители.

Что же можем порекомендовать родителям? (Подготовить и раздать рекомендации родителям, отпечатав их на листах бумаги.)

3-й воспитатель. Куклотерапия — метод комплексного воздействия на детей, предполагающий использование кукол и театральных приемов (этюдов, игр, упражнений, специально заданных ситуаций с помощью персонажей кукольного театра) для профилактики и коррекции эмоционально-личностных проблем у ребенка.

Задачи куклотерапии (А.Ю. Татаринцева):

- совершенствовать мелкую моторику руки и координацию движений;
- развивать с помощью игры с куклой способы выражения эмоций, чувств, состояний, движений, которые в обычной жизни по каким-либо причинам ребенок не может или не позволяет себе проявлять;
- обучать способам адекватного, телесного выражения различных эмоций, чувств, состояний и др.

Коррекционная работа предполагает:

- воздействие воспитателя на ребенка с помощью куклы;
- непосредственное взаимодействие ребенка с куклой;
- лечебные этюды;
- лечебные спектакли.

Практическая часть (с воспитателями): воздействие воспитателя на ребенка с помощью игрушки (материал об истории народной игрушки)

4 - й воспитатель. Игрушка во все времена занимала важное место в народной культуре. В старину игрушки мастерили почти в каждой семье. Считалось, что куклы-пеленашки охраняли детский сон, оберегали маленького ребенка от порчи, сглаза и болезней. Когда дети подрастали, для них изготавливали тряпичные куколки, с которыми можно было играть. А потом дети сами учились мастерить различные игрушки.

Сегодня мы с вами сделаем куклы-пеленашки, которые нам помогут заснуть во время дневного сна. *(Участники делают куклу-пеленашку, используя карту ее изготовления.)*

Эту куклу можно взять в кулачок или положить под подушку, после чего закрыть глаза и мысленно рассказать этой кукле свой секретик.

Такое занятие рекомендуется проводить с детьми старших групп, а готовые куклы использовать практически.

5 - й воспитатель. Дети очень любят животных. Имеют-

ся интересные результаты психологических исследований о том, что дети, у которых имеются домашние питомцы, обладают более высоким уровнем развития памяти, мышления, внимания, речи. У них выше познавательная мотивация, лучше развиты пространственные представления, они успешнее справляются с заданиями на установление причинно-следственных связей. Коррекционную работу с детьми, испытывающими страхи, трудности в адаптации и общении, имеющими неадекватную самооценку, нарушения в поведении, можно проводить с помощью метода анималотерапии.

Анималотерапия — метод, направленный на профилактику и коррекцию эмоционально-личностных проблем у детей, который предполагает использование животных или их символов в виде образов, игрушек, рисунков.

Н.Л. Кряжевой, З.Л. Рыжковой разработана программа по анималотерапии «Ребята и зверята», направленная на коррекцию эмоционально-личностных проблем у детей 3—10 лет. В ней представлены практические материалы по диагностированию и коррекции данной проблемы.

Основные формы и методы анималотерапии:

- игры;
- упражнения, направленные на релаксацию;
- упражнения-дискуссии;
- сказки, рассказы о животных, их взаимоотношениях, поведении, занятия с использованием

- ем образов животных, направленные на решение конкретной проблемы;
- наблюдения за животными, их поведением, повадками, беседы по итогам.

Использование анималотерапии положительно влияет на дошкольников: дети становятся спокойнее, уравновешеннее, у них появляется уверенность в своих силах, концентрируется внимание, снижаются негативные проявления в поведении во время адаптации.

Музыкальный руководитель. Музыкотерапия — это контролируемое использование музыки в коррекции психоэмоциональной сферы ребенка. Музыка — это лекарство, которое слушают. Непосредственное лечебное воздействие музыки на нервно-психическую сферу детей происходит при ее пассивном или активном восприятии.

Музыкотерапия позволяет решить ряд проблем: преодолеть психологическую защиту ребенка — успокоить или, наоборот, настроить, активизировать, заинтересовать, установить контакты между взрослым и ребенком, помогает развивать коммуникативные и творческие возможности ребенка, занять его увлекательным делом — музыкальными играми, пением, танцами, движением под музыку, импровизацией на музыкальных инструментах.

В дошкольном возрасте активизирующий эффект музыки достигается музыкальным оформлением различных игр, специ-

альных коррекционных занятий с детьми. Музыкотерапия осуществляется в форме подгрупповых занятий с ритмическими играми, дыхательной гимнастикой, воспроизведением заданного ритма с постепенным замедлением темпа. Громкость звучания музыки должна быть строго дозирована. Звук не должен быть громким и в то же время чрезмерно тихим.

Музыкотерапия включает: прослушивание музыкальных произведений, пение песен, ритмические движения под музыку, музыкальные паузы на занятиях, сочетание музыки и изобразительной деятельности, игру на детских музыкальных инструментах, музыкальные упражнения и др.

Рекомендации по применению музыкотерапии в коррекционной работе с детьми:

- использовать для прослушивания только то произведение, которое нравится всем детям;
- выбирать знакомые детям музыкальные пьесы;
- продолжительность прослушивания должна составлять не более 10 мин в течение всего занятия.

Положительное влияние оказывает классическая музыка. Музыкальные произведения подбираются в соответствии с воздействием, оказываемым на те или иные функции: при раздражительности, утомлении, угнетенном настроении, гиперактивности, повышенной возбудимости. Благоприятными, успокаивающими считаются произведения Баха,

Моцарта, Бетховена. Возбуждающий эффект свойствен музыке Вагнера, Оффенбаха, Равеля. Тяжелый рок вызывает стрессовые реакции.

Разные музыкальные инструменты имеют разный терапевтический эффект (М.А. Поваляева): — фортепиано — снимает возбудимость, успокаивает нервную систему; — скрипка, флейта — расслабляет; — кларнет — улучшает кровообращение, нормализует сердечно-сосудистую систему.

Из опыта работы

Музыкальный руководитель проводит с участниками музыкальное упражнение «Вырази характер музыки движениями».

Печатный материал: музыкальные упражнения и музыкальные игры, которые могут использовать воспитатели в работе с детьми.

Педагог по изобразительности. Арт-терапия включает в себя хромотерапию и изотерапию. Хромотерапия изучает свойства цвета. Издавна было замечено, что цвет оказывает благотворное или отрицательное влияние на человека, так как зрение является самым важным из всех видов чувств. Каждый цвет имеет свою целебную силу или негативно влияет на поведение детей:

— синий — оказывает успокаивающее действие, расслабляет, снимает напряжение; — зеленый — успокаивает, создает

хорошее настроение, благотворно влияет на ослабленных детей и детей с ослабленным зрением;

- розовый — тонизирует при подавленном состоянии;
- желтый — цвет радости и покоя, нейтрализует негативные действия;
- красный — активизирует, повышает физическую работоспособность, вызывает ощущение теплоты, стимулирует психические процессы, однако может вызвать раздражение;
- фиолетовый — оказывает угнетающее действие, снижает настроение;
- коричневый — вызывает чувство вины;
- черный — оказывает угнетающее действие, вызывает страх.

Воспитателям необходимо владеть элементарной информацией о цветотерапии и использовать эти знания в воспитательно-образовательном процессе и коррекции.

Изотерапия — метод коррекционного воздействия на ребенка с использованием разнообразных изобразительных средств, где дети имеют возможность отразить свое настроение и реализовать свои возможности. Рисование само по себе несет множество развивающих функций: совершенствует чувственно-двигательную координацию, образное мышление, выступает способом постижения и преобразования своих возможностей и окружающего мира, является способом выражения различного рода эмоций.

Этапы работы с использованием изотерапии:

- выбор материала (карандаши, фломастеры, краски гуашевые и акварельные, пастель, уголь, штампики, трафареты, кисти с мягкой и жесткой щетиной, тампончики, бумага, картон разных размеров и цветов, фольга, лоскутки, клей, нитки, восковые карандаши и свечи, разнообразный природный материал и др.);
- творческая работа — создание образов, выражение своих впечатлений;
- рассматривание — предмет размещается в удобном для ребенка месте на вертикальной поверхности (стене, окне, стенке шкафа, двери);
- анализ работы — воспитатель просит описать картинку так, как будто картинкой являлся он сам, с использованием слова «Я», затем выделяются специфические предметы на картинке для того, чтобы ребенок их сравнил с чем-нибудь («Будь голубым квадратом») и описал себя. При необходимости ему задают вопросы для облегчения выполнения задания. Затем воспитатель предлагает обратить внимание на цвет, который был использован, и просит объяснить, почему был выбран именно он. Впоследствии ребенок должен выделить самое важное в рисунке. Далее можно предложить внести изменения в рисунок (исправить, добавить).

Детям нравится все нетрадиционное. Они любят рисовать необычно, по-новому. Нетрадиционное рисование снимает нервное напряжение, страхи, отвлекает от грустных мыслей, обеспечивает эмоционально-положительное состояние, вызывает радость. Так, при рисовании пальчиками или ладошкой дети преодолевают чувство неуверенности, боязни, неприятные ощущения (не каждый ребенок может сразу решиться обмакнуть палец в краску или раскрасить свою ладошку). При рисовании «тычковым» способом можно проявить свои эмоции на бумаге силой «тычка», его ритмом. Хорошо расслабляют занятия со свечой, когда при наложении цвета появляется придуманный образ.

Практическая часть

Участники делятся на три группы. Одной из них предлагается нарисовать свое настроение, другой — свои желания, третьей — своих обидчиков с использованием нетрадиционных способов рисования и разнообразных художественных средств.

Анализ работ

Воспитатель обращает внимание на то, какие рисунки получились.

— Что вы рисовали? Какие были выбраны краски? Почему? Как ваше настроение влияет на выбор цвета?

— Кроме этого, в рисунках имеются открытые картинки, нарисованные восковым белым

карандашом. Они незаметны вначале, но после тонирования листа проявились и вызвали у вас улыбку. С помощью этого приема также можно повысить настроение у детей.

Таким образом, с помощью метода изотерапии мы можем проводить тестирование и коррекцию некоторых негативных проявлений.

Из опыта работы

— Какие занятия по изодейтельности можно проводить как коррекционные? Какие проблемы они решают?

Печатный материал: примеры 2—3 коррекционных занятий.

3. Итоги. Рефлексия

— Подведем итог основной части семинара.

— Понравилось ли вам наше мероприятие?

— Что нового узнали? Что было самым запоминающимся?

— Какие здоровьесберегающие технологии вам захотелось использовать в своей работе?

После исчерпывающих ответов предложить взять понравившийся материал для использования в дальнейшей работе.

Значение игрушки в развитии эмоциональной сферы дошкольника (родительское собрание)

Перемитина М.В.,

педагог-психолог МДОУ ЦРР – д/с № 8, г. Нефтеюганск

Цель: просветить родителей о роли игрушки в развитии эмоциональной сферы.

Ведущий. Здравствуйте, сегодня у нас в гостях родители воспитанников (поочередно представляет каждого из приглашенных родителей).

Меня зовут Марина Вячеславовна, я педагог-психолог. Сегодня я предлагаю обсудить важную тему «Значение игрушки в развитии эмоциональной сферы дошкольника».

Напомню вам, что в дошкольном возрасте формируются такие

базовые эмоции, как: стыд, интерес, восхищение, обида, отвращение, радость, страх, грусть, удовольствие.

Я часто наблюдаю, как в магазине игрушек родители идут на поводу у детей, покупают те игрушки, которые требует ребенок. *(Показывает слайд магазин игрушек.)*

Какие игрушки, кроме красочных и развивающих, сегодня мы видим на полках магазинов? Все ли игрушки позитивные и добрые?

Предлагаю поговорить о психоэмоциональном развитии ре-

бенка. У современных детей ярко выражены тревожность, агрессия, страх, озлобленность. Как вы думаете, может ли игрушка быть причиной таких проявлений?

Есть ли проблемы у вас, современных родителей, при выборе игрушек для своих детей?

Какие игрушки любят ваши дети?

Родители отвечают.

А давайте посмотрим, какие игрушки любят и о каких мечтают наши дети?

Покупаем игрушки, которые ребенок пожелает. Ребенок непонятно чем руководствуется. Придя домой, поиграет немного, интерес быстро пропадает, а новая игрушка требует больших материальных затрат.

Скоро Новый год. Время покупать подарки. Представим ситуацию: Вы пришли в магазин игрушек и выбираете игрушку, продавец настоятельно советует выбрать модную игрушку — робота, приводя аргументы «за», но Вам он не понравился и Вы приводите аргументы «против».

Проводится интерактивная игра.

Предлагаю вам поучаствовать в интерактивном состязании. Пожалуйста, разделитесь на две команды.

Нужно четко и аргументированно доказать: 1-я команда будет доказывать положительное влияние на развитие эмоциональной сферы дошкольников; 2-я команда будет доказывать обратное.

Пожалуйста, обговорите. На это задание отводится одна минута.

У нас в гостях Золина Надежда Николаевна, кандидат социологических наук, директор филиала Московского социального института.

Вас, Надежда Николаевна, мы попросим быть нашим экспертом.

Эксперт напротив каждого выступления ставит значок «+» (убедительное верное доказательство) или 0 — неубедительное.

Выигрывает та команда, которая более аргументированно докажет значение игрушки на развитие эмоциональной сферы ребенка.

— Я куплю эту игрушку, потому что...

— Я не куплю эту игрушку, потому что...

Передаем слово эксперту Надежде Николаевне.

Э к с п е р т. Проанализировав приведенные аргументы, мы получили следующие результаты.

«За» — ...

«Против» — ...

В е д у щ и й. Кто из вас хочет поделиться воспоминанием детства, какая игрушка была вашей любимой?

Родители отвечают.

Итак, перед нами проблема: какой должна быть игрушка? Подберите прилагательные к слову игрушка (*добрая, ласковая, красивая, развивающая, сертифицированная, гигиеническая, благородная*).

Мы с вами определили, какая нужна игрушка нашим детям. У меня для вас еще одно практическое задание. Ваши дети подгото-

вили коллажи игрушек. Задание: нужно на каждую игрушку прикрепить смайлик с той эмоцией, какую развивает эта игрушка.

Мы решили проблему. Подведем итоги.

Какой опыт вы сегодня приобрели?

Родители отвечают.

По традиции нам нужно принять решение.

Какие будут предложения?
(Приобретать игрушки для детей,

формирующие только положительные базовые эмоции — интерес, удивление, радость.)

Кто за это решение, прошу проголосовать.

Мой добрый совет вам: в каждой семье обязательно должна быть игрушка-утешитель, мягкая, приятная на ощупь.

Наша встреча подошла к концу. Я благодарю вас за активное участие. Желаю всем, чтобы ваши дети развивались только с добрыми игрушками.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Ягоды защищают от слабоумия

Употребление ягод снижает риск развития болезни Паркинсона, считают исследователи из Гарвардского университета и Университета Восточной Англии в Великобритании. Они выяснили, что флавоноиды, которые содержатся в ягодах, чае и яблоках, защищают мозг от дегенеративных процессов. Это исследование подтверждает результаты работ ученых из университета Тафтса в США. Они считают, что употребление ягод защищает от возрастной потери памяти и других негативных изменений в тканях головного мозга.

В двадцатилетнем исследовании приняли участие более 130 тыс. мужчин и женщин. Ученые проанализировали диету добровольцев и выяснили, что у тех, кто потреблял пищу, богатую флавоноидами, риск развития болезни Паркинсона был на 40% ниже. Употребление всего одной порции (около 200 г) ягод в неделю позволило снизить шансы на развитие болезни Паркинсона на 25%. Ученые говорят, что флавоноиды — природные антиоксиданты из ягод и фруктов — способны защитить клетки организма от повреждений, вызванных старением. Кроме того, они уменьшают вероятность сердечно-сосудистых заболеваний, повышенного давления и некоторых видов раковых опухолей. Чтобы защитить свой мозг от преждевременного старения, необязательно ждать лета. Ешьте замороженные ягоды: они доступны в продаже круглый год.

<http://www.takzdorovo.ru>

Взаимодействие учителя-логопеда и воспитателя по организации коррекционной работы

Калмыкова О.П.,
заведующий;

Маслова Л.И.,
учитель-логопед МДОУ № 45, г. Белгород

Успешное преодоление речевых нарушений в условиях коррекционной группы дошкольного образовательного учреждения возможно при условии тесной взаимосвязи и преемственности в работе всего педагогического коллектива и единства требований, предъявляемых к детям.

В целях оптимизации коррекционного процесса работа должна осуществляться совместно разными специалистами, разными средствами, в разных условиях.

Совместная работа с детьми, имеющими речевые патологии, требует прежде всего четкости, скоординированности действий учителя-логопеда и воспитателей в условиях логопедической группы ДОУ.

Специальное дошкольное образование строится по особым организационным принципам, один из которых — распределение задач между воспитателем и учителем-логопедом.

Задачи воспитателя заключаются не в обучении и формиро-

вании навыков речи (это задачи логопеда), а в создании условий для практического усвоения, упражнении в использовании, закреплении (табл. 1).

В задачу воспитателя входит повседневное наблюдение за состоянием речевой деятельности детей, контроль за речевой активностью, правильным использованием поставленных звуков, отработанных грамматических форм. Специфика работы воспитателя в группе для детей с общим недоразвитием речи (ОНР) включает организацию и проведение занятий по заданию логопеда. Индивидуальные занятия воспитатель проводит во второй половине дня, сразу после дневного сна (до или после полдника). На вечернюю логопедическую работу выделяется от 3 до 5 детей.

Воспитатель должен четко представлять себе динамику развития фонетической стороны речи каждого ребенка. Для этого логопед оформляет экран речи

Таблица 1

Распределение задач между логопедом и воспитателем

Функции логопеда	Функции воспитателя
Изучение уровня речевых, познавательных и индивидуальных особенностей детей, определение основных направлений и содержания работы с каждым из них	Выявление уровня знаний и умений детей в соответствии с программой обучения и воспитания в детском саду. Организация работы с учетом результатов логопедического обследования детей
Формирование артикуляционного праксиса, правильного речевого дыхания, чувства темпа, ритма и выразительности речи	Постоянное совершенствование тонкой, общей и артикуляционной моторики (с элементами дыхательной и голосовой гимнастики)
Работа по коррекции звукопроизношения: постановка звуков, автоматизация поставленных звуков в слогах, словах, предложениях, связной речи, дифференциация звуков. Коррекция слоговой структуры и звуконаполняемости слова	Систематический контроль за поставленными звуками в процессе всех режимных моментов. Закрепление у детей речевых навыков на индивидуальных занятиях по заданию логопеда
Развитие фонематического восприятия, слухового внимания, памяти, навыков звукового анализа и синтеза	Закрепление навыков звукослогового анализа и синтеза
Обогащение пассивного и активного словарного запаса	Пополнение, уточнение и активизация словарного запаса детей по текущей лексической теме в процессе всех режимных моментов. Учет лексической темы при проведении всех занятий в группе в течение недели
Усвоение новых грамматических категорий	Включение отработанных грамматических конструкций в ситуацию естественного общения у детей. Контроль за грамматически правильной речью детей
Обучение связной речи: развернутому смысловому высказыванию, состоящему из грамматически правильных предложений	Формирование связной речи (заучивание стихотворений, потешек, текстов, ознакомление с художественной литературой, работа над пересказом и составлением всех видов рассказывания)
Формирование послогового чтения	Закрепление навыков чтения
Предупреждение нарушений письма и чтения	Развитие графических навыков
Развитие психических функций, тесно связанных с речью: словесно-логического мышления, памяти, внимания, воображения	Развитие понимания, внимания, памяти, логического мышления, воображения в игровых упражнениях на бездефектном речевом материале

Таблица 2

Экран речи детей

Фамилия, имя ребенка	Свистящие					Шипящие					Соноры					Другие			
	С	С'	З	З'	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л'	Р	Р'	Ј (Й)					

детей, отражающий динамику работы по коррекции звукопроизношения и помогающий воспитателю проводить системный контроль над поставленными звуками. Размещается экран в рабочей зоне воспитателя (табл. 2).

Речь самого воспитателя должна служить образцом для детей с речевыми нарушениями, быть четкой, предельно внятной, хорошо интонированной, выразительной. Следует избегать сложных конструкций, оборотов, вводных слов, усложняющих понимание речи.

Компенсация речевого недоразвития ребенка, его социальная адаптация и подготовка к дальнейшему обучению в школе

диктуют необходимость овладения теми же видами деятельности, которые предусмотрены программой массового детского сада. Воспитатель логопедической группы кроме общеобразовательных выполняет и коррекционные задачи. При этом воспитатель обращает внимание не только на коррекцию имеющихся отклонений в речевом, умственном и физическом развитии, на обогащение представлений об окружающем, но и на дальнейшее развитие и совершенствование деятельности сохранных анализаторов. Этим создается основа для благоприятного развития компенсаторных возможностей ребенка, что в конечном счете

влияет на эффективное овладение речью.

Процесс «перевоспитания» речи и угасания патологического рефлекса возможен только при повышенном внимании ребенка к речи окружающих и к собственной речи. Такая работа требует от воспитателя терпения, такта, собранности и постоянной изобретательности. Важно учитывать, что у детей с ОНР снижен познавательный интерес, нарушены внимание и память. Нарушение внимания — одна из причин возникновения общего недоразвития речи, так как восприятие речи не может происходить в полном объеме. Поэтому прежде чем приступить к отработке каких-то заданий, необходимо побудить детей слушать и слышать взрослого, точно отвечать на поставленные вопросы.

Это следует учитывать воспитателю при проведении словарной работы, которая способствует закреплению умений, полученных детьми на логопедических занятиях, тренирует навыки правильного употребления слов. А в некоторых случаях предшествует логопедическим занятиям, обеспечивая необходимую познавательную и мотивационную базу для формирования речевых умений. Появлению речевых навыков предшествуют практические действия с предметами, самостоятельное участие в различных видах деятельности, активные наблюдения за жизненными явлениями. Поэтому каждая новая

лексическая тема начинается с экскурсии, рассматривания, беседы по картинке и т.п. При наблюдении за объектами окружающей действительности воспитатель знакомит детей с новыми словами, уточняет их значение, способствует их повторению в разных ситуациях, активизации в обиходной речи.

Формированию речевых навыков способствуют:

- действия с предметами;
- игровая деятельность;
- бытовая деятельность;
- наблюдения;
- занятия;
- творческая деятельность.

Таким образом, используя общеобразовательные занятия и ситуации повседневной жизни, воспитатель закрепляет знания детей, создавая условия для многократного повторения на занятиях и вне их. В данном случае имеют место *две формы речевого общения*: речь, организованная воспитателем, и речь, возникающая по инициативе детей.

Например, в умывальной комнате можно предложить детям игры такого типа: «Кто назовет больше слов о воде (мыле, руках, полотенце)?» А во время дежурства предложить детям назвать детали чашки и вспомнить, у какой посуды тоже есть ручка (у чайника, сковороды, сахарницы, кастрюли, ножа).

Еще более специфична работа воспитателя по формированию грамматического строя речи. Учитывая сложность механизмов ус-

воения детьми с ОНР грамматических категорий, логопед планирует пропедевтическую, сопутствующую и закрепляющую работу воспитателя. Иногда целесообразно организовывать в группе предварительную работу по развитию понимания детьми значений тех или иных грамматических форм и категорий (например, категории числа имен существительных, определенных падежных форм, пространственных предлогов). Такая работа проводится воспитателем на занятиях по формированию элементарных математических представлений, изобразительной деятельности и конструированию, а также в ходе разных видов деятельности вне занятий. Закрепление лексико-грамматических конструкций планируется воспитателем на занятиях по развитию речи и в других видах коррекционно-воспитательной работы.

Легче всего отрабатывать различные лексико-грамматические категории, изучаемые на логопедических занятиях, в игре, так как она — основная деятельность дошкольников. Однако у детей с общим недоразвитием речи наблюдаются проблемы в осуществлении игровой деятельности, их приходится учить играть. При поступлении в логопедическую группу игра большинства детей бывает процессуальной, лишенной творчества (дети не умеют договариваться во время игры, распределять роли, не в состоянии длительно играть). Игра, как

правило, примитивна, не отражает действительности в полной мере, не является ведущей формой деятельности. Организуя игру, воспитатель не должен ею руководить, надо участвовать, увлечь детей, предотвратить возможные конфликты. Дети охотнее включаются в игру, если воспитатель выполняет второстепенные роли. Например, встает с ними в очередь в «магазине» и вежливо говорит с «продавцом». Диалог, который происходит между воспитателем и играющим, непроизвольно вызывает у детей повышенный интерес. Дети расковываются, становятся активнее, смелее, изобретательнее. Включаясь в игру, воспитатель должен максимально повышать умственную и речевую активность детей, что способствует развитию словесно-логического мышления, которое непосредственно связано с речью. В игре можно обогащать и активизировать словарный запас детей.

Таким образом, четкое распределение функций и задач между педагогами позволяет:

- значительно повысить эффективность коррекционно-воспитательной работы по преодолению речевой патологии в условиях дошкольного образовательного учреждения;
- исключить дублирование воспитателем занятий логопеда;
- подготовить детей с нарушениями речи к усвоению грамоты в школе.

Литература

Гаркуша Ю.Ф. Коррекционно-воспитательная работа вне занятий в группе дошкольников с общим недоразвитием речи // Дефектология. 1995. № 1.

Коноваленко В.В. Коррекционная работа воспитателя. М., 2001.

Крылова Н.Л. О преемственности в речевой работе воспитателя и логопеда детского сада // Дефектология. 1978. № 1.

Степанова А.О. Организация логопедической работы в ДОУ. М., 2007.

Ткаченко Т.А. О работе воспитателя в группе детей с общим недоразвитием речи // Дошкольное воспитание. 1990. № 11.

Ткаченко Т.А. Дневник воспитателя логопедической группы. М., 2002.

Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. М., 2004.

Филичева Т.Б. и др. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи. М., 2009.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Туго пеленать на надо

Тугое пеленание вызывает у младенцев проблемы с тазобедренными суставами, считают педиатры из Главной больницы Саутгемптона в Великобритании. По их мнению, плотное пеленание, которое снова вошло в моду, вредит малышам. Исследователи говорят, что современные родители все чаще обращаются к методу тугого пеленания, так как полагают, что дети, завернутые в пеленки, чувствуют себя более защищенными. Однако они забывают, что до родов тазобедренные суставы малышей становятся слабыми под действием гормонов: это облегчает их прохождение через родовые пути. Пеленание заставляет малышей выпрямлять ножки и лишает их подвижности, из-за чего суставы так и остаются слабыми.

К началу 1990-х гг. педиатрам удалось убедить большинство родителей, что для нормального развития малышам необходимо свободно двигать ножками и сгибать их. К сожалению, мода на пеленки вернулась вновь. Исследования показали, что из 20 детей, обследованных в Саутгемптонской больнице, примерно один малыш имеет проблемы с тазобедренными суставами, которые связаны с пеленанием. Ученые говорят, что многие случаи дисплазии тазобедренных суставов вызваны генетическими проблемами, но теперь они провоцируются еще и пеленанием у изначально здоровых малышей. Педиатры предлагают родителям использовать метод свободного пеленания, при котором малыши могут держать ножки полусогнутыми и двигать ими. По словам специалистов, младенцам не нужно выпрямлять ноги: к тому моменту, как ребенок начнет ходить, они выпрямятся сами.

<http://www.takzdorovo.ru>

Сценарий интегрированного спортивного развлечения для детей старшего дошкольного возраста «Как победить грипп!»

Бегоулова С.В.,

Мироненко О.В.,

Мамина Н.Б.,

Струкова Е.А.,

воспитатели МБДОУ д/с комбинированного вида № 68, г. Белгород

Цели:

- познакомить с вирусными заболеваниями;
- дать знания о лечении и профилактике гриппа;
- закрепить умение выполнять основные виды движения (ползание, ходьба, бег, прыжки).

Оборудование: надувные шары, обручи, туннели, лошадки, фрукты, в которых есть витамин С, другие фрукты и овощи, макет волшебного дерева.

* * *

Дети сидят на стульчиках, когда раздается стук в дверь.

Воспитатель. Ребята, к нам кто-то стучится, кто это может быть?

Появляется Грипп.

Грипп. А, вот вы где!

Воспитатель. Ты кто?

Грипп. Я? Грипп! Я шел специально к вам, чтобы подружиться с вами. Это же так хорошо,

когда вы болеете гриппом: лежите дома, смотрите телевизор, вам готовят вкусненькую еду и т.п.

Воспитатель. Да ты что, Грипп, нет ничего хорошего в том, чтоб с тобой дружить. У нас в группе дети тоже болели гриппом. Расскажите, пожалуйста, что вы чувствовали, когда болели?

Дети. У нас болело горло, были насморк, кашель, высокая температура

Воспитатель. Дети, посмотрите, у нас в группе висят воздушные шары. Представьте себе, что это бактерии гриппа. Капельки — бактерии гриппа тоже похожи на шарики, только они такие маленькие, что нам их не видно. Они летают по воздуху там, где есть больные люди, и могут попасть к здоровым людям в нос и рот. Грипп передается по воздуху. Такой способ передачи называется воздушно-капельный. Особенно опасно, когда больной человек кашляет

или чихает и эти капельки, вылетая у него изо рта, попадают на нас. Если это произойдет, человек может заболеть. Поэтому, когда вы чихаете или кашляете, необходимо закрывать рот и нос носовым платком, чтобы не заразить окружающих. Нам нужно победить бактерии гриппа, а исчезнут они в том случае, если вы назовете, что следует делать, чтобы не заболеть гриппом, и как его лечить.

Д е т и. Принимать лекарства, витамины, полоскать горло, делать прививку.

После каждого ответа воспитатель хлопает по одному шарiku — бактерии гриппа.

Г р и п п. Ишь вы какие, я вас не боюсь, я сильнее, чем вы.

В о с п и т а т е л ь. Ах, так, я сейчас позвоню в больницу и попрошу, чтобы они прислали нам вакцину против гриппа, и тогда посмотрим, кто у нас сильнее.

Воспитатель звонит и просит вакцину. Появляется **П р и в и в к а**.

П р и в и в к а. Здравствуйте, ребята! Я — прививка, создана специально для того, чтобы уничтожать грипп, я дружу со всеми детьми.

Грипп пугается.

Я слышала, вы знаете, что нужно делать, чтобы не заболеть гриппом.

В о с п и т а т е л ь. Да, наши дети знают полезные советы, что нужно делать, чтобы не заболеть гриппом. Вот послушайте:

Чтоб здоровье сохранить,
Организм свой укрепить,
Знает вся моя семья —
Должен быть режим у дня.
Следует, ребята, знать,
Нужно всем подольше спать,
Ну а утром не лениться,
На зарядку становиться.
Чистить зубы, умываться
И почаще улыбаться,
Закаляться и тогда
Не страшна тебе хандра.
У здоровья есть враги:
С ними дружбы не води!
Среди них — тихоня лень,
С ней борись ты каждый день!
Чтобы ни один микроб
Не попал случайно в рот,
Руки мыть перед едой
Нужно мылом и водой!
Кушать овощи и фрукты,
Рыбу, молокопродукты —
Вот полезная еда,
Витаминами полна!
На прогулку выходи,
Свежим воздухом дыши.
Только помни при уходе:
Одеваться по погоде!
Ну а если уж случилось:
Разболеться получилось —
Знай, к врачу тебе пора,
Он поможет нам всегда.
Вот те добрые советы,
В них и спрятаны секреты,
Как здоровье сохранить.
Научись его ценить!

П р и в и в к а. Здорово! Вот как раз и пришло время сделать зарядку.

Проводится музыкальная зарядка «Разноцветная игра».

Все правильно, но и этого мало. В борьбе с болезнью нам поможет еще и витамин С. А вот и он.

В и т а м и н С. Здравствуйте, ребята, я витамин С. Я нахожусь в таких фруктах, как яблоки, лимоны, киви и апельсины. А эти фрукты растут в волшебной южной стране, куда я вам и предлагаю отправиться всем вместе. Ну что, отправимся в путь за фруктами с витамином С! Я знаю дорогу туда, где они растут. Вперед! А поедем мы туда на поезде, но прежде чем отправиться в путь, свое место в строю найди, не забудь.

Проводится игра «Веселые путешественники».

Вот мы и приехали, но посмотрите — впереди непроходимый лес. Через него нет дороги. Давайте искать, где можно пройти через него? Вот какие-то туннели, через них можно пробраться на другую сторону леса. Давайте попробуем. (*Упражнение в ползании «Проползи через туннель».*) Вот мы и вышли на берег горной реки, здесь очень теплое течение. Давайте попробуем пройти по камням, чтобы перебраться на другую сторону реки. (*Упражнение в прыжках на двух ногах, на полу обручи, через которые дети по очереди перебираются на другой берег реки.*) Давайте теперь отдохнем и поиграем на берегу реки в игру «Замри». Ребята, обратите внимание, а вот и волшебное дерево, на котором растут фрукты, содержащие витамин С.

Г р и п п. Ха-ха, я перепутал все фрукты, теперь попробуйте найти, в каких есть витамин С, а в каких нет.

В и т а м и н С. Ничего, Грипп, тебе нас не запутать. Сейчас наши ребята выберут только те фрукты, в которых есть витамин С. Спасибо, девочки, а теперь нам нужно эти фрукты перевезти в детский сад. В этом нам помогут мальчики.

Проводится игра «Спутанные кони».

Какие вы молодцы, а теперь пора возвращаться домой. Занимаем свои места в поезде и в путь! Спасибо, друзья, я рад, что помог вам найти необходимые витамины и теперь знаю, что вы не заболете гриппом. Мне пора, побегу в другой сад и там помогу ребятам побороть эту болезнь. До свидания!

Г р и п п. А, ушел, теперь я здесь главный! Сейчас как чихну, как заражу вас всех, будете знать.

П р и в и в к а. Грипп, стой! Ты забыл, что я здесь! (*Достает шприц и делает укол. Грипп падает и убегает.*)

Ребята, я была рада, что оказалась с вами в нужное время и в нужном месте. Была рада вам помочь. Теперь побежала назад в больницу, вдруг еще кому-нибудь понадобится моя помощь. До свидания!

В о с п и т а т е л ь. Ребята, какие мы с вами молодцы! Мы не только узнали, что нужно делать, чтобы не заболеть гриппом, но и познакомились с витамином С. А теперь пора идти в группу, чтобы есть фрукты.

Приказ Министерства здравоохранения РФ
от 03. 08. 2012 № 66н

**«Об утверждении Порядка
и сроков совершенствования
медицинскими работниками
и фармацевтическими
работниками
профессиональных знаний
и навыков путем обучения
по дополнительным
профессиональным
образовательным программам
в образовательных
и научных организациях»**

АКТУАЛЬНО

В соответствии со статьей 73 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724) и пунктом 5.2.121 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526), приказываю:

1. Утвердить прилагаемые Порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профи-



ональным образовательным программам в образовательных и научных организациях.

2. Признать утратившими силу приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

от 9 декабря 2008 г. № 705н «Об утверждении Порядка совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников» (зарегистрирован Минюстом России 3 марта 2009 г. № 13459);

от 12 августа 2009 г. № 581н «О внесении изменений в Порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников», утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 9 декабря 2008 г. № 705н (зарегистрирован Минюстом России 18 сентября 2009 г. № 14806);

от 20 июня 2011 г. № 577н «О внесении изменений в Порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников», утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 9 декабря 2008 г. № 705н (зарегистрирован Минюстом России 19 сентября 2011 г. № 21820).

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманяна.

Министр
В. Скворцова

**Порядок и сроки
совершенствования
медицинскими работниками
и фармацевтическими
работниками профессиональных
знаний и навыков путем
обучения по дополнительным
профессиональным
образовательным программам
в образовательных
и научных организациях**

1. Настоящие Порядок и сроки определяют правила совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками (далее — работники) профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях и продолжительность данного обучения (далее — Порядок и сроки).

2. Совершенствование профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях осуществляется работниками в целях обновления имеющихся теоретических и практических знаний в связи с повышением требований к уровню квалификации и необходимостью освоения современных методов решения профессиональных задач, формирования и закрепления на практике профессиональных знаний, умений и навыков, получен-

ных в результате теоретической подготовки, изучения передового опыта, приобретения профессиональных и организаторских навыков для выполнения обязанностей по занимаемой или более высокой должности, а также получения дополнительных знаний, умений и навыков по образовательным программам, предусматривающим изучение отдельных дисциплин, разделов науки, техники и технологии, необходимых для выполнения нового вида медицинской или фармацевтической деятельности.

3. Совершенствование работниками профессиональных знаний и навыков осуществляется путем их обучения в образовательных и научных организациях по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки.

4. Повышение квалификации, профессиональная переподготовка и стажировка работников проводятся главным образом с отрывом от работы, с частичным отрывом от работы и по индивидуальным формам обучения.

Необходимость прохождения работниками повышения квалификации, профессиональной переподготовки и стажировки устанавливается работодателем.

Профессиональная переподготовка проводится в обязательном порядке для работников, планирующих выполнение нового вида медицинской или фармацевти-

ческой деятельности.

Повышение квалификации работников проводится не реже одного раза в 5 лет в течение всей их трудовой деятельности.

5. Сроки, формы, содержание и технология обучения по программам дополнительного профессионального образования определяются образовательными и научными организациями, реализующими соответствующую образовательную программу, самостоятельно с учетом требований федеральных государственных образовательных стандартов среднего и высшего профессионального образования, федеральных государственных требований к программам послевузовского профессионального образования по соответствующему направлению подготовки (специальности) и потребностью работодателя.

Продолжительность стажировки устанавливается работодателем, направляющим работника на обучение, исходя из ее целей и по согласованию с руководителем образовательной или научной организации, где она проводится.

Повышение квалификации и профессиональная переподготовка работников организуются в соответствии с квалификационными требованиями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам

с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., регистрационный № 14292), с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2011 г. № 1644н (зарегистрирован Минюстом России 18 апреля 2012 г., регистрационный № 23879), квалификационными характеристиками, предусмотренными Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247).

6. Зачисление на обучение по программам дополнительного профессионального образования проводится в соответствии с ежегодно утверждаемыми образовательными и научными организациями правилами приема.

7. Государственные и муниципальные образовательные и научные организации обеспечивают совершенствование профессиональных знаний и навыков работников государственных и муниципальных организаций в рамках реализации ежегодно устанавливаемого государственного задания на оказание соответствующих государственных услуг в соответствии с заявками органов

управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

8. Обучение по программам дополнительного профессионального образования работников, имеющих среднее и/или высшее медицинское и/или фармацевтическое образование, не соответствующее квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям, указанным в абзаце третьем пункта 5 настоящих Порядка и сроков, но имеющих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской или фармацевтической специальности более 5 лет, организуется:

- для работников, имеющих стаж работы 10 лет и более, по программам дополнительного профессионального образования в виде повышения квалификации (нормативный срок прохождения подготовки при любой форме обучения составляет от 100 до 500 часов);
- для работников, имеющих стаж работы от 5 до 10 лет, по программам дополнительного профессионального образования в виде профессиональной переподготовки (нормативный срок подготовки при любой форме обучения составляет свыше 500 часов).

9. Условиями зачисления работников в образовательную или научную организацию для обучения по программам дополнительного профессионального образования являются:

- личное заявление работника;

- наличие документов, подтверждающих соответствие уровня профессионального образования квалификационным требованиям, предъявляемым к соответствующим специалистам с медицинским или фармацевтическим образованием (за исключением работников, указанных в пункте 8 настоящих Порядка и сроков);
- наличие документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской (фармацевтической) специальности более 5 лет (для работников, указанных в пункте 8 настоящих Порядка и сроков).

10. Освоение программ дополнительного профессионального образования в виде повышения квалификации и профессиональной переподготовки завершается обязательной итоговой аттестацией.

Работникам, успешно завершившим освоение программы дополнительного профессионального образования в виде повышения квалификации, выдается свидетельство о повышении квалификации.

Работникам, успешно завершившим освоение программы дополнительного профессионального образования в виде профессиональной переподготовки, выдается диплом о профессиональной переподготовке.

11. Работники, указанные в пункте 8 настоящих Порядка и сроков, успешно завершившие освоение программ дополнительного профессионального образования в виде повышения квалификации или профессиональной переподготовки, могут продолжать профессиональную деятельность по соответствующей медицинской или фармацевтической специальности.

Постановление Правительства РФ от 15.10.2012 № 1048

«О переносе выходных дней в 2013 году»

В целях рационального использования работниками выходных и нерабочих праздничных дней Правительство Российской Федерации постановляет:

Перенести в 2013 году следующие выходные дни:

с субботы 5 января на четверг 2 мая;

с воскресенья 6 января на пятницу 3 мая;

с понедельника 25 февраля на пятницу 10 мая.

Председатель Правительства
Российской Федерации
Д. Медведев

**Справка к постановлению
Правительства РФ
от 15.10.2012 № 1048
«О переносе выходных
дней в 2013 году»**

В соответствии со статьей 112 Трудового кодекса Российской Федерации и в целях рационального использования работниками выходных и нерабочих праздничных дней предусматривается выходные дни 5 и 6 января 2013 года (суббота и воскресенье), совпадающие с нерабочими праздничными днями, перенести на 2 и 3 мая. Учитывая, что 23 февраля 2013 года совпадает с субботой, которая переносится на 25 февраля, в соответствии с частью 5 статьи 112 Трудового кодекса Российской Федерации переносится данный выходной день на 10 мая.

Таким образом, период зимнего отдыха составит 10 дней — с 30

декабря 2012 года по 8 января 2013 года (с учетом переноса выходных дней в 2012 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 июля 2011 года № 581). В мае 2013 года предусматривается пятидневный период отдыха, совпадающий с празднованием Праздника весны и труда, и четырехдневный период отдыха, совпадающий с празднованием Дня Победы.

Предлагаемые переносы выходных дней позволят соблюсти норму статьи 110 Трудового кодекса Российской Федерации, согласно которой продолжительность еженедельного непрерывного отдыха не может быть менее 42 часов.

По материалам сайта Правительства РФ: <http://правительство.рф/>

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги
по оздоровительной работе в ДОУ**



**ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ
С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ**

Автор — Картушина М.Ю.

Представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики, физкультминутки, пальчиковый игротренинг и т.д.



Эту и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05
или закажите в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес.**

Партнерские отношения педагогов и родителей в сохранении здоровья дошкольников

Торопыгина Е.П.,
заведующий;

Беломоина И.Н.,
заместитель заведующего МАДОУ ЦРР – д/с № 146;

Малярчук Н.Н.,
д-р пед. наук, канд. мед. наук, профессор кафедры
медико-биологических дисциплин и безопасности
жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный
университет», г. Тюмень

В условиях демографического кризиса в России, сокращения детей дошкольного возраста, снижения уровня их здоровья (в возрасте 5—6 лет 53% детей страдают хроническими заболеваниями, 42% детей имеют функциональные нарушения и только 5% детей здоровы) сохранение и укрепление здоровья детей данной возрастной группы считается приоритетной государственной задачей [1].

Чем меньше возраст ребенка, тем большую роль в сохранении и развитии его здоровья играет третий субъект образовательного процесса — родители. Семья и детский сад в хронологическом ряду связаны формой преемственности, что обеспечивает непрерывность воспитания и обучения. Передача ребенка из семьи в дошкольное учреждение обуслов-

лена не принципом параллельности, а принципом взаимопроникновения двух социальных институтов. Ни семья, ни детский сад не могут заменить друг друга, поэтому должно быть очень тесное взаимодействие родителей и педагогов в сохранении и развитии здоровья дошкольников.

Специалисты, поднимая планку ответственности родителей за воспитание детей, все чаще в последние годы стали писать о социальном партнерстве в диаде «педагоги — родители» в сфере здоровьесбережения.

Понятие «партнерство», как часто это сейчас бывает, заимствовано из зарубежного опыта социальной жизни экономически развитых государств. На первый взгляд, очень удачный термин, но обратимся к словарю С.И. Ожегова, где написано, что «партнер — уча-

стник игры с кем-нибудь (на сцене, в карты, в спорте), а также вообще какой-нибудь совместной деятельности» [5]. Таким образом, изначально базовое понятие предлагаемого термина — совместная деятельность, которая может иметь как нравственную, так и безнравственную направленность. Кроме того, в этой деятельности партнеры могут быть совершенно не заинтересованы, действовать по необходимости и обязанности.

Современными учеными понятие «партнерство» содержательно дополняется и расширяется с учетом конкретной сферы применения термина. В частности одно из определений звучит следующим образом: «Социальное партнерство — это социально-психологическое явление, сущность которого заключается в интеграции деятельности и обеспечении удовлетворения потребностей партнеров по взаимодействию посредством стратегии движения к согласию, сотрудничеству, развитию всех субъектов данного процесса. Автор выделяет следующие принципы организации социального партнерства: добровольность, кооперативность, предполагающая равноправное включение субъектов в совместную деятельность, самостоятельность и ответственность в принятии решений, самодеятельность, выражающаяся в формуле «С+С+С+С=У» (сами планируем, сами готовим, сами проводим и сами анализируем равняется успеху), сотворчество, стабильность, соучастие всех

субъектов социального партнерства, открытость, гуманистическая направленность, которая выражается в учете и принятии индивидуальных особенностей субъектов партнерства [2].

Но какими же качествами должны обладать субъекты, чтобы отношения между ними развивались не как простое взаимодействие, а как сотрудничество?

Психологами определены характеристики, развитие которых может способствовать формированию готовности и способности к выстраиванию конструктивных партнерских взаимоотношений [4]:

- *когнитивные*: умение ставить цели и ясно представлять конечный результат своей деятельности; осмысление конструктивных способов решения ситуации; наличие установок на восприятие второй стороны как равной, обладающей равными правами; построение плана (алгоритма) собственных действий с учетом внешних условий ситуации; умение определять интересы потенциального партнера, соотносить собственные интересы и цели с интересами и целями другой стороны;

- *эмоциональные*: терпимость, эмпатийность, доброжелательность, аффилиация;

- *рефлексивные*: умение разбираться в себе самом, адекватно оценивать свои достоинства и недостатки; понимание собственных потребностей и потребностей потенциального партнера; способность нивелирования предвзятого отношения к потен-

циальному партнеру, дифференцирования позитивных (личностных) качеств другой стороны и качеств, полезных для достижения общих целей деятельности; осознание степени личной ответственности за содержание и результаты совместно осуществляемой деятельности;

- *волевые*: планирование ситуации в соответствии с собственными целями; умение сохранять в течение длительного времени заинтересованность во взаимодействии с партнером; координация усилий других людей по разрешению ситуации; умение пойти на компромисс; способность попросить помощь и поддержку в субъективно сложной ситуации; способность такую поддержку оказывать.

В общем, современные ученые выделяют *личностные* (структурные), *динамические* (ситуативные) и *регулятивные* (социально-психологические) качества, определяющие готовность человека к построению партнерских отношений.

В частности среди *личностных* детерминант готовности человека к построению партнерских отношений исследователями называются: ответственность, интернальный локус контроля, адекватная самооценка, организованность, низкий уровень тревожности, коммуникабельность, толерантность, креативность, способность поиска и принятия неординарных решений. В качестве ведущей *динамической* детерминанты называются

характер взаимоотношений с окружающими и социальная компетентность, наличие жизненного опыта эффективного социального взаимодействия. К *регулятивным* (социально-психологическим) факторам можно отнести степень готовности человека к построению взаимовыгодных целенаправленных отношений, наличие организационных и средовых ресурсов, обеспечивающих доступность каналов и способов установления партнерских взаимоотношений.

Итак, определим, какие качества должны быть присущи родителям и педагогам, чтобы отношения между ними носили действительно партнерский характер.

Во-первых, с целью обеспечения позитивного психологического фона для построения и развития отношений педагогов и родителей друг с другом обязательны личностные ресурсы: позитивная Я-концепция, интернальный локус контроля, высокий уровень эмпатии и аффилиации (стремления человека быть в обществе других людей).

Во-вторых, для обеспечения сформированности восприятия социального взаимодействия как эффективной поведенческой стратегии и, как следствие, конструктивной активности по построению и развитию социальных отношений необходимо владение развитыми когнитивно-оценочными механизмами (самооценка, самоанализ, рефлексия и пр.).

В качестве необходимого условия для развития партнерских отношений в диаде «педагоги — родители» требуются развитые средовые ресурсы, обеспечивающие наличие доступных каналов и способов установления партнерских взаимоотношений.

Дошкольное детство — важный период в жизни ребенка, когда формируются ощущения собственных возможностей, потребность в самостоятельной деятельности, основные представления об окружающем мире, добре и зле, представления о семейном укладе и родной земле. На наш взгляд, в период духовно-нравственного кризиса, в котором пребывает наша страна, педагогам и родителям необходимо объединяться в воспитании духовного здоровья подрастающего поколения, в сопротивлении разрушению традиционных российских ценностей, в борьбе с навязыванием потребительских ценностей западного мира и образа жизни.

У С.И. Ожегова в словаре под определением «сопротивляться силе, бороться» написано слово «ратовать», поэтому мы предлагаем новый уровень взаимодействия родителей и педагогов — *соратничество*. В словаре «соратник — это испытанный надежный товарищ по битвам, а также вообще по деятельности» [5].

Главный принцип, которым должны руководствоваться педагоги и родители — *принцип единства ценностных ориентиров* в семейных ценностях (семья, ро-

дители, дети, верность, послушание, ответственность за ближнего, забота), в гражданских (патриотизм, любовь к Родине, отечественная культура, историческое прошлое России), в эстетических ценностях (красота русского языка и природы и др.).

При организации взаимодействия педагогов и родителей на уровне соратничества необходимо руководствоваться и принципами сотрудничества образовательных учреждений и семьи [3]:

- *осознанности системного взаимодействия*: участники такого взаимодействия (педагоги и родители) должны осознавать необходимость совместных действий для личностного развития ребенка и раскрытия его творческого потенциала; идентифицировать себя как представителей системы взаимосвязанных институтов социализации ребенка;

- *согласованности усилий*: совместные усилия педагогов и родителей должны быть согласованы как на уровне содержания транслируемых посланий и предъявляемых ребенку правил и образцов, так и на уровне экспертизы и оценки поведения ребенка в заданном нормативном пространстве;

- *дополнения*: педагоги и родители должны дополнять усилия друг друга, так как специфичность вклада каждой из сторон определяется особенностями социальных ролей педагога и родителя, разницей в педагогическом и родительском самосозна-

нии: если родители в большей степени способны повлиять на аффективные компоненты социальной идентичности ребенка, субъективное принятие правил (перевод во внутренний план), то педагоги объективизируют социальные нормы и способствуют переводу на поведенческий (внешний) уровень;

- *операциональной компетенции*: педагоги должны владеть системой методических приемов взаимодействия с родителями (диагностических, организационных, коммуникативных), уметь отбирать и реализовывать адекватные формы индивидуальной и групповой работы, гибко и оперативно реагировать на запросы родителей;

- *паритетности*: родители и педагоги являются партнерами в осуществлении поддержки процесса социализации ребенка, но организаторы взаимодействия — педагоги, поэтому педагогический коллектив должен не только своевременно информировать родителей о качестве этого процесса, но и работать в режиме «on line», регулярно получать обратную связь от родителей и оперативно корректировать свои педагогические воздействия на ребенка.

Таким образом, взаимодействие родителей и педагогов в сохранении и развитии здоровья дошкольников в условиях духовно-нравственного кризиса должно носить не просто характер партнерских отношений, а выходить на уровень *соратничества* — объеди-

нения усилий педагогов и родителей дошкольников в воспитании духовного здоровья подрастающего поколения, в сопротивлении разрушению традиционных российских ценностей. Принципы соратничества: единство ценностных ориентиров, осознанность системного взаимодействия, согласованность усилий, дополненность, операциональная компетенция, паритетность.

Литература

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей дошкольного возраста / Дошкольное воспитание. 2009.

2. Голиков Н.А. Социальное партнерство специалистов ДОУ как механизм повышения результативности их деятельности / Социальное партнерство в дошкольном учреждении: ресурс повышения эффективности деятельности специалистов. Коллективная монография / Под ред. Н.А. Голикова. Ханты-Мансийск, 2007.

3. Григорович Л.А. Сотрудничество образовательных учреждений и семьи. Педагогическое образование в эпоху перемен: результаты научных исследований и их использование в образовательной практике (отечественный и зарубежный опыт): Сб. статей по мат-лам междунар. науч. конф. 17—19 марта 2009 г. СПб., 2009.

4. Дубровина О.И., Селиванова О.А. Формирование навыков партнерского поведения учащихся как социально-психологическая и социально-педагогическая проблема / Духовно-нравственные основы отечественного образования: Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. 2—3 февраля 2010 г. Тюмень, 2010.

5. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка / Под ред. проф. Л.И. Скворцова. М., 2005.

Указатель статей, опубликованных в журнале «Медработник ДОУ» в 2012 году

ГОСТЬ НОМЕРА

<i>Базарова М.В.</i> Корь — актуальная проблема заболеваемости в наши дни	№ 5, с. 6
<i>Баркан А.</i> Его величество ребенок	№ 8, с. 6
<i>Барсукова Н.К.</i> Безопасность товаров детского ассортимента для детей дошкольного возраста	№ 4, с. 6
<i>Гребнева Н.Н.</i> Проблема сохранения здоровья детей	№ 7, с. 6
<i>Кривоногова Т.С.</i> Оздоровительные технологии в снижении заболеваемости дошкольников	№ 1, с. 6
<i>Ломакова Е.А.</i> Интервью	№ 3, с. 6
<i>Параничева Т.М.</i> Педагогическая физиология как интегральная система знаний	№ 6, с. 6
<i>Скоблина Н.А.</i> О важности оценки физического развития дошкольников	№ 2, с. 6

ГИГИЕНА

<i>Бабенкова Е.А., Агафина Т.М.</i> Игровая деятельность — эффективное средство оздоровления детей в детском саду компенсирующего вида	№ 8, с. 15
<i>Баль Л.В.</i> Информированность современных дошкольников в области здорового образа жизни	№ 1, с. 48
<i>Баль Л.В., Михайлов А.Н.</i> Образ жизни современных семей, имеющих детей дошкольного возраста	№ 2, с. 35
<i>Вакарчук Н.В.</i> Здоровьесберегающие технологии в ДОУ	№ 6, с. 23
<i>Виноградова Г.Н.</i> Принципы и содержание оздоровительно-профилактической работы с детьми	№ 5, с. 24
<i>Виноградова М.Ю.</i> Профилактика заболеваний верхних дыхательных путей у дошкольников	№ 4, с. 31
<i>Гулида М.А., Сошкина А.С.</i> Экологический паспорт ДОУ ...	№ 7, с. 16
<i>Есауленко Г.В., Перепилица Е.В.</i> Санитарное содержание помещений дошкольных организаций	№ 4, с. 18
<i>Зезуль В.С.</i> Физкультурно-оздоровительные технологии в ДОУ	№ 1, с. 27
<i>Казадаева Т.В.</i> Оздоровительная работа в детском саду	№ 4, с. 32

- Калинина Н.И. Современные проблемы организации светового климата в ДОУ № 6, с. 14
- Кривцова Е.В. Развивающая педагогика оздоровления в образовательном процессе ДОУ № 6, с. 36
- Куркова Н.И., Малярчук Н.Н. Возможности использования энергизаторов в дошкольном образовании № 7, с. 34
- Ландарина Г.А., Киндеева А.И. Лечебно-оздоровительная и профилактическая работа в детском саду компенсирующего вида № 1, с. 23
- Ланцова Г.В., Соколова Е.В. Система здоровьесберегающих технологий в ДОУ № 2, с. 29
- Мадеева И.Э., Скалченкова И.М. Приобщение к здоровому образу жизни через родительские сообщества № 8, с. 33
- Макарова А.Ю. Физическое развитие детей, посещающих предшколы полного дня, в динамике последующих двух лет обучения № 5, с. 12
- Малярчук Н.Н., Вешкурцева Е.В. Направления здоровьеразвивающей деятельности в дошкольном учреждении № 7, с. 27
- Митрофанова Н.Н., Булычева В.Г. Организация здорового ритма жизни дошкольника № 1, с. 12
- Николаева О.С. Правильный рацион ребенка № 2, с. 14
- Николаева О.С., Кудачкая М.А. Правильная одежда и обувь для ребенка № 4, с. 10
- Овсянникова О.Д. Формирование здоровьесберегающих компетентностей у дошкольников № 4, с. 36
- Ратькина Е.Ф., Вершинина Н.Б. Создание здоровьесберегающей образовательной среды в условиях ДОУ компенсирующего вида № 1, с. 31
- Рахматуллина А.Р., Малярчук Н.Н. Возможности хорового пения в сохранении здоровья дошкольников № 8, с. 23
- Ревичева Н.В. Инновационно-оздоровительные технологии в развитии детей № 5, с. 21
- Рогунова О.А., Гиль Г.И. Современные подходы к организации физкультурно-оздоровительной работы № 3, с. 39
- Рябова А.А., Жидкова А.И. Контрольная функция старшей медицинской сестры по организации санитарно-профилактических мероприятий в ДОУ № 3, с. 8
- Седловская И.М. Профилактика нарушений осанки в детском саду № 5, с. 17
- Сидорова Н.Л. Реализация программы «Здоровый ребенок» в ДОУ № 2, с. 20

Стефанова Е.Е., Абрамова Л.М., Корнеева Е.С.

- Взаимодействие с родителями, имеющими детей
с нарушениями опорно-двигательного аппарата № 6, с. 41
- Тармаева И.Ю., Цыренжапова Н.А. Актуальность изучения
питания детей в организованных коллективах № 6, с. 20
- Титкова С.В. Рекомендации по применению СанПиНов... № 3, с. 23
- Турбасова Н.В., Плотникова М.В. Физическое развитие
детей 3—6 лет № 7, с. 10
- Цыренжапова Н.А., Погорелова И.Г. Оценка физического
развития детей дошкольного возраста г. Иркутска № 8, с. 12
- Чернова О.А., Ивчик О.Н. Комплексный подход
в оздоровлении детей в ДОУ № 2, с. 23
- Чимаров В.М. К разработке региональной стратегии
формирования культуры здоровой жизни № 8, с. 27
- Шацкая В.А. Мониторинг здоровья и здоровьесформирующих
условий в ДОУ № 6, с. 27
- Щенова С.Е., Бороздина М.Ю. Организация занятий
по лечебной физкультуре в детском саду № 3, с. 42
- Янукович Е.И. Формирование основ валеологических
знаний у старших дошкольников № 1, с. 40

ПЕДИАТРИЯ

- Базарова М.В. Грипп и острые респираторные
инфекции у детей № 7, с. 38
- Власова Е.В., Ковтун О.П., Блохина С.И. Подходы
к диагностике нарушений нервно-психического
развития в раннем возрасте № 8, с. 36
- Ганузин В.М. Принципы лечения, реабилитации
и диспансеризации детей, больных циститом № 6, с. 64
- Жильцова Е.Ю. Травмы глаза у детей № 8, с. 48
- Кудацкая М.А. О клещевом энцефалите № 4, с. 56
- Кудацкая М.А. Профилактика краснухи
и эпидемического паротита № 6, с. 46
- Кудацкая М.А. Диагностика и лечение педикулеза № 2, с. 40
- Кудацкая М.А. Педикулез: семимильными шагами
по миру № 1, с. 59
- Кудацкая М.А. Промедление — смерти подобно
(профилактика бешенства) № 5, с. 41
- Кудацкая М.А. Общие вопросы профилактики
гельминтозов № 8, с. 41
- Николаева Г.В. Перинатальная офтальмология —
проблемы и задачи № 3, с. 48
- Парамонов Б.А. Местное лечение ожоговых ран № 2, с. 51
- Парамонов Б.А. Местное лечение ожоговых ран
(окончание) № 3, с. 60

- Парамонов Б.А.* Перевязочные средства и раневые покрытия, используемые для лечения ожоговых ран № 6, с. 54
- Парамонов Б.А.* Средства народной медицины при лечении ожогов и ран № 7, с. 45
- Привалова Л.П.* Реабилитация детей с туберкулезной инфекцией в условиях детского сада присмотра и оздоровления № 2, с. 59
- Рудева А.А.* Что порождает антипрививочные настроения в обществе № 1, с. 52
- Сухова Т.С.* Коррекция нарушений осанки в условиях специальной группы дошкольного учреждения № 2, с. 64
- Шарапов А.Н.* В общественном фокусе — детское ожирение № 4, с. 42
- Шарапов А.Н.* Детское ожирение — диагностика, лечение и профилактика № 5, с. 28
- Экки Т.П.* Социальная адаптация и физическая реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата № 7, с. 54

ПЕДАГОГИКА

- Алексеева Л.А., Юсубова А.В.* Эмоциональному развитию детей — особое внимание! № 1, с. 81
- Андреева О.Н.* Развитие фонематического слуха у детей с нарушением интеллекта в добулварный период № 8 с. 63
- Бакиева Н.З., Гребнева Н.Н.* Готовность к обучению детей 6 и 7 лет № 7, с. 61
- Бегоулова С.В., Мироненко О.В., Мамина Н.Б., Струкова Е.А.* Сценарий интегрированного спортивного развлечения для детей старшего дошкольного возраста «Как победить грипп!» № 8, с. 103
- Бедарева В.В., Шевченко К.Е., Шуменькова О.В.* «Особые дети» в интегрированном образовательно-воспитательном пространстве ДОУ № 1, с. 76
- Белова Т.В.* Аэробика в детском саду № 1, с. 72
- Блинова С. В.* «Здоровые ножки»: вечерняя гимнастика ... № 7, с. 87
- Боброва К.В.* Интеграция детей с особыми образовательными потребностями в группу детей с нормой развития № 7, с. 70
- Бондаренко О.В., Литвинова Н.А., Семенова Н.А., Павлова А.А., Товмач Н.О.* Диагностика моторного развития у детей с тяжелыми нарушениями речи № 8, с. 72

- Глухих Т.А., Фатеева Н.М. Звукопроизношение и его коррекция у детей с псевдобульбарной дизартрией при адаптации к обучению № 7, с. 83
- Гогаладзе О.В., Запасная Н.Г., Погодина О.В., Порфиненко Н.В. Логомузыкальная пластика в работе с дошкольниками № 1, с. 89
- Горленко О.А. Эффективность логоритмики в коррекционной работе с детьми № 5, с. 55
- Гребнева Н.Н., Бакиева Н.З. Развитие мелкой моторики у детей 5 лет как средства коррекции нарушений речи № 7, с. 77
- Гуськова А.А. Развитие двигательного-координационного активности у дошкольников с общим недоразвитием речи № 5, с. 68
- Дёмина Г.А., Байрамалова Г.В., Бродягина А.А., Токтеева Л.Б. Семинар-практикум для педагогов «Быть здоровым — мое право» № 8, с. 84
- Изосимова Е.В. Особенности формирования произвольного внимания у детей старшего дошкольного возраста с разными типами темперамента № 5, с. 64
- Калмыкова О.П., Маслова Л.И. Взаимодействие учителя-логопеда и воспитателя по организации коррекционной работы № 8, с. 97
- Коломийцева Н.С. Особенности методики проведения занятий по физической культуре с использованием элементов фитбол-гимнастики № 3, с. 70
- Коломийцева Н.С. Организация медицинского контроля за проведением физкультурных занятий в детских дошкольных учреждениях № 4, с. 68
- Курган Н.В. Коррекционные игры для развития зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения № 2, с. 76
- Кушнарева Л.Ф. Формирования элементарных математических представлений у детей старшего дошкольного возраста с помощью сказкотерапии № 6, с. 82
- Малярчук Н.Н., Григорьева О.В. Потенциал нестандартной предметно-развивающей среды в физическом и психоэмоциональном развитии дошкольников № 8, с. 58
- Мишко Т.П. Физкультурно-оздоровительная работа в ДОУ № 7, с. 58
- Морозова Л.Н., Мелова Л.Н., Жернова Н.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья № 6, с. 77
- Никитина О.В., Чехомова Ю.В. Модель коррекционно-образовательной среды для детей с косоглазием и амблиопией № 5, с. 58

- Перемитина М.В.* Значение игрушки в развитии эмоциональной сферы дошкольника (родительское собрание)..... № 8, с. 94
- Побережнюк Е.А.* Сохраним стопы здоровыми: профилактика плоскостопия в детском саду № 3, с. 78
- Посохова М.А., Фатеева Н.М.* Особенности внешнего и речевого дыхания у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией № 8, с. 77
- Прохорова Г.В.* Сохранение психического здоровья ребенка в предадаптационный период № 1, с. 86
- Серебренникова О.Д.* Социально-бытовая адаптация детей с особыми образовательными потребностями № 3, с. 87
- Серебренникова О.Д.* Условия качественного взаимодействия специалистов «Лекотеки» с семьей... № 4, с. 84
- Сидякина Н.Н.* Группы для детей с ЗПР № 2, с. 68
- Спиридонова Н.С.* Играем в спасателей № 8 с. 54
- Усольцева Н.Ю.* Специфика музыкальной деятельности для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи № 2, с. 71
- Цыганкова О.В.* «Вместе весело шагать» (включение детей с нарушением зрения в систему общеобразовательных дошкольных и школьных учреждений) № 5, с. 52
- Шмакова С.В., Жиличкина М.Ю.* Гендерное воспитание в ДОУ № 6, с. 72
- Юшкова С.В., Захарова О.А., Федорова О.А.* В нашем городе родном мы здоровье сбережем № 5, с. 82

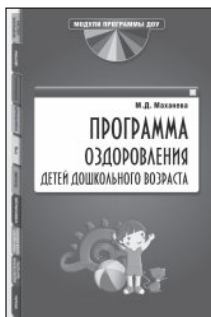
АКТУАЛЬНО

- Бурыгина Т.Е.* Положение о группе комбинированной направленности для дошкольного возраста № 3, с. 110
- Бурыгина Т.Е.* Доступность образовательных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях малых северных городов № 5, с. 116
- Бурыгина Т.Е.* Повышение доступности образования для детей с ограниченными возможностями здоровья № 6, с. 110
- Бурыгина Т.Е.* Здоровье воспитанников детских садов и обучающихся школ под наблюдением медицинских работников № 4, с. 122
- Крылосова Т.Г., Бабикова Ю.А., Русан Т.С.* Организация родительского университета по оздоровлению детей в ДОУ № 1, с. 119

- Письмо Роспотребнадзора от 16.11.2011 № 01/14520-1-32
«О заболеваемости дифтерией и состоянии
антитоксического иммунитета населения России»
(извлечение)..... № 3, с. 102
- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты
прав потребителей и благополучия человека от 11.11.2011 г.
№ 01/14260-1-32 «Об итогах проведения Европейской
недели иммунизации в Российской Федерации
в 2011 году и планах на 2012 год» № 2, с. 98
- Постановление главного государственного санитарного
врача РФ от 21.01. 2011 г. № 10 «Об утверждении
Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.7. 2836-11
“Изменения и дополнения № 1 к СП 3.1.7.2616-10
«Профилактика сальмонеллеза»» № 1, с. 114
- Постановление Главного государственного санитарного
врача РФ от 27.07.2011 № 106 «Об утверждении
СП 3.1.2950-11 “Профилактика энтеровирусной
(неполио) инфекции”» № 3, с. 92
- Постановление Главного государственного санитарного
врача РФ от 28.07.2011 г. № 107 «Об утверждении
СП 3.1.2951-11 “Профилактика полиомиелита” № 4, с. 88
- Постановление Главного государственного санитарного
врача РФ от 28.07.2011 г. № 108
«Об утверждении СП 3.1.2952-11 “Профилактика кори,
краснухи и эпидемического паротита”»..... № 5, с. 86
- Постановление Главного государственного санитарного
врача РФ от 01.02.2012 г. № 13 «Об усилении мероприятий,
направленных на профилактику бешенства в Российской
Федерации» № 6, с. 100
- Постановление Правительства РФ от 15 октября 2012 г.
№ 1048 «О переносе выходных дней в 2013 году» № 8, с. 110
- Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 г. № 51н
«Об утверждении Национального календаря
профилактических прививок и календаря
профилактических прививок по эпидемическим
показаниям» № 7, с. 111
- Приказ Минздравсоцразвития России и Минобрнауки
России от 11.03.2012 г. № 213н/ 178 «Об утверждении
методических рекомендаций по организации питания
обучающихся и воспитанников образовательных
учреждений» № 7, с. 100
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 20.03.2012 г.
№ 244н «О нормативах затрат на проведение
в 2012 году диспансеризации одного ребенка» № 5, с. 115

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.08.2012 г.
№ 66н «Об утверждении Порядка и сроков
совершенствования медицинскими работниками
и фармацевтическими работниками профессиональных
знаний и навыков путем обучения по дополнительным
профессиональным образовательным программам
в образовательных и научных организациях» № 8, с. 106
- Приказ Министерства образования и науки Российской
Федерации (Минобрнауки России) от 20.07.2011 г.
№ 2151 «Об утверждении федеральных
государственных требований к условиям реализации
основной общеобразовательной программы дошкольного
образования» № 2, с. 84
- Приказ Минобрнауки РФ от 27.10.2011 г. № 2562
«Об утверждении Типового положения о дошкольном
образовательном учреждении» № 5, с. 103
- Приказ Минобрнауки РФ от 04.10.2010 г. № 986
«Об утверждении федеральных требований
к образовательным учреждениям в части минимальной
оснащенности учебного процесса и оборудования
учебных помещений» № 6, с. 94
- Приказ Роспотребнадзора от 21.05.2012 г. № 562
«Об участии в реализации Поэтапной программы
ликвидации очередности в дошкольные
организации» № 6, с. 108
- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2825-10
«Профилактика вирусного гепатита А» № 2, с. 102
- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.2616-10
«Профилактика сальмонеллеза» № 1, с. 104
- Торопыгина Е.П., Беломоина И.Н., Малярчук Н.Н.*
Партнерские отношения педагогов и родителей в сохранении
здоровья дошкольников № 8, с. 112
- Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598
«О совершенствовании государственной политики
в сфере здравоохранения» № 6, с. 98
- Федеральный закон РФ от 28.07.2012 г. № 139-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон
«О защите детей от информации, причиняющей вред
их здоровью и развитию» и отдельные законодательные
акты Российской Федерации» № 7, с. 90
- Халдыгероева Т.З., Данилюк О.Л.* Должностная
инструкция воспитателя в группе оздоровительной
направленности для детей с аллергопатологией № 2, с. 114
- Шнырёва Т.Е.* Охрана зрения в детском саду № 3, с. 106

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ



ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Автор — Маханева М.Д.

В данном методическом пособии представлена программа оздоровления детей дошкольного возраста, раскрыты основные средства физического воспитания, динамика формирования интегративного качества личности ребенка «Физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками». В приложении представлен проект «С физкультурой дружить — здоровым быть». Содержание настоящего методического пособия соответствует федеральным государственным требованиям к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования.



ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ НА ПРОГУЛКЕ

Авторы — Бабенкова Е.А., Параничева Т.М.

В силу высокой учебной нагрузки в ДОУ и дома у большинства детей отмечаются дефицит в режиме дня, недостаточная двигательная активность, приводящая к появлению гипокинезии, вызывающей серьезные изменения в организме ребенка. В методическом пособии представлена методика врачебно-педагогического контроля при проведении игр на свежем воздухе. Описаны практические рекомендации по проведению подвижных игр на свежем воздухе в теплое и холодное время года. Приведены рекомендации по безопасности организации подвижных игр. Описано действие игры на организм ребенка.



ПРИБОЩАЕМ ДОШКОЛЬНИКОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Авторы — Полтавцева Н.В., Стожарова М.Ю.,
Краснова Р.С., Гаврилова И.А.

Методическое пособие посвящено изложению программы и методики формирования здорового образа жизни детей в условиях ДОУ. В нем изложен подход, основанный на применении принципа осознанности в работе с дошкольниками, т.е. понимания детьми важности самостоятельного сохранения своего здоровья.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,

по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес и заказать бесплатные каталоги издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**Издательство «ТЦ Сфера» приглашает
посетить наш Интернет-сайт www.tc-sfera.ru**

В новой версии сайта издательства «ТЦ СФЕРА» мы постарались учесть все замечания посетителей нашего сайта к его оформлению и содержанию и сделать новый вариант удобнее, доступнее и полезнее.

Что нового

В новой версии, как и прежде, посетители сайта могут сделать заказ на книги издательства, познакомиться с новинками, узнать новости из жизни издательства, почитать избранные главы из книг и статьи из журналов, опубликовать свой материал.

Чего не было раньше, так это возможности приобрести наши книги в электронном виде: оплатить их с помощью SMS или электронных денег и немедленно загрузить файлы на свой компьютер.

Кроме того, теперь пользователи, размещающие свои статьи на сайте, смогут самостоятельно редактировать их. Создав на сайте новую статью, пользователь может сам исправить все недостатки ее оформления, проявившиеся при переносе из текстового редактора на страницу сайта. Ждать публикации не требуется, теперь все в ваших руках!

Что впереди

В наших ближайших планах:

- ♦ отправка по запросу сертификата о публикации (разместив на сайте свою статью, автор может прислать заявку на сертификат, который получит по почте);
- ♦ скидки и льготы самым активным пользователям, публикующим свои материалы и комментирующим чужие;
- ♦ создание на сайте раздела с удаленными семинарами и курсами повышения квалификации.

В общем будет интересно! Заходите на книжный сайт издательства www.tc-sfera.ru! А на сайте www.apcards.ru познакомьтесь с нашей наглядной и поздравительной продукцией.



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

Подписаться на наши журналы можно с любого месяца

2013

1-е полугодие

Индексы в каталогах

Комплект:

«Управление ДОУ» с приложением;
«Методист ДОУ»,
«Инструктор по физкультуре»,
«Медработник ДОУ»;

Рабочие журналы для:

- воспитателя группы детей раннего возраста
- воспитателя детского сада
- заведующего детским садом
- инструктора по физической культуре
- музыкального руководителя детского сада
- педагога-психолога
- старшего воспитателя
- учителя-логопеда

Роспечать

36804

Подписка только в первом полугодии

Пресса России

39757

(без рабочих журналов)

Почта России

10399

(без рабочих журналов)

«Управление ДОУ» с приложением
и один выпуск «Методист ДОУ»

82687

«Управление ДОУ»

80818

«Медработник ДОУ»

80553

«Инструктор по физкультуре»

48607

«Воспитатель ДОУ» с библиотекой

80899

«Воспитатель ДОУ»

58035

«Логопед» с библиотекой

18036

и учебно-игровым комплектом

39756

«Логопед»

82686**10395****10396**

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**

36804, 80899, 18036 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ», «ПОЧТА РОССИИ»

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по почте наложенным платежом по **адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по **E-mail:** sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

Социальное партнерство ДОУ с родителями детей раннего возраста
Функциональная готовность детей ДОУ разного типа к обучению в школе
Травмы головы и головного мозга у детей дошкольного и младшего школьного возраста
Физкультурно-оздоровительная работа с часто и длительно болеющими детьми

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера **журнала «Медработник ДОУ»**. Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте по **адресу**: 129626, Москва, а/я 40, по тел.: (495) 656-75-05 или по **E-mail**: sfera@cnt.ru. Журналы предыдущих лет издания можно приобрести по 15 руб. за экземпляр в нашем Центре образовательной книги.



МЕДРАБОТНИК ДОУ
2012, № 8 (36)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Журнал издается с 2008 г.

**Выходит 8 раз в год: с февраля по май,
с сентября по декабрь**

Учредитель и издатель
Т.В. Цветкова

Главный редактор
Л.В. Макарова

Научный редактор
Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор
Н.А. Зайченко

Оформление, макет
С.Н. Гамзиной

Дизайнеры обложки
В. Чемякин, Е.В. Кустарова

Корректоры
Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы. Редакция не возвращает и не рецензирует присланные материалы.

При перепечатке материалов и использовании их в любой форме, в том числе в электронных СМИ, ссылка на журнал **«Медработник ДОУ»** обязательна.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия
Свидетельство ПИ № ФС 77-28788 от 13 июля 2007 г.

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553,

36804 (в комплекте);

«Пресса России» — 42120,

39757 (в комплекте);

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Адрес редакции:

129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

Почтовый адрес:

129626, Москва, а/я 40.

E-mail: 123@tc-sfera.ru; www:tc-sfera.ru

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 17.11.12. Формат 60×90¹/₁₆. Усл. печ. л. 8,0. Тираж 5000 экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2012

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2012

© Т.В. Цветкова, 2012



4 607091 440263



0 0034