



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№3/2013



**Работа с родителями
по организации
питания
дошкольников**

**Оздоровительная
работа в специали-
зированном ДОУ**

**Последствия
укороченной
подъязычной связки**

**Профилактика
и коррекция
плоскостопия**

**Советы педагогам
и родителям детей
с СДВГ**

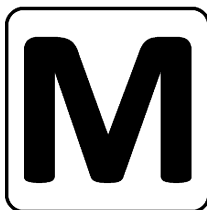


ГОСТЬ НОМЕРА

Елена

Григорьевна

ВЕРЖБИЦКАЯ



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 3/2013



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>Е.Г. Вержбицкая</i>	6

ГИГИЕНА

Рациональное питание

Андреевко Т.А.

Работа с родителями по организации рационального питания дошкольников	10
---	----

Оздоровительная работа

Ятманова Е.Ю.

Физкультурно-оздоровительная и профилактическая работа в современном ДОУ	25
--	----

Кононова Е.А.

Особенности оздоровительной работы в специализированном ДОУ	32
---	----

Коломийцева Н.С., Макрушина И.В., Поломарчук Т.А.

Профилактическая работа с часто болеющими детьми	40
--	----

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

Терентьева М.А., Терентьев С.П.

Последствия укороченной подъязычной связки глазами логопеда и стоматолога	50
---	----

Профилактика заболеваний

Латышева Р.А., Хайбатова М.З.

Профилактика и коррекция плоскостопия у дошкольников средствами физического воспитания	54
--	----

ПЕДАГОГИКА

Развитие ребенка

Шаехова Р.К.

Учет психофизиологических особенностей развития
детей 6 лет в учебном процессе 64

Психологическая помощь

Маслова Л.П., Разина Н.В.

Особенности психолого-педагогического
сопровождения адаптации детей раннего возраста в ДОУ ... 71

Коррекционная работа

Высочина О.Р., Сердюкова А.В., Харламова С.В.

Технология биоуправления «БОСЛАБ-ЛОГО» в коррекции
речевых нарушений дошкольников 80

Педагогическая копилка

Гуськова А.А.

«Будем мы всегда здоровы!» Театрализованное
логопедическое занятие 87

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Постановление Правительства РФ от 22.10.2012 № 1074
«О программе государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год
и на плановый период 2014 и 2015 годов» 94

Советы родителям

Лункина Е.Н.

Советы педагогам и родителям детей с синдромом
дефицита внимания и гиперактивностью 114

Книжная полка 9, 53, 63, 124

А знаете ли вы? 24, 49

Роспотребнадзор сообщает 93

Памятка авторам 126

Как подписаться 127

Анонс 128

Уважаемые коллеги!

Приглашаем поделиться опытом своей работы, разработками и оригинальными идеями. Присылайте свои материалы, вопросы и предложения на адрес: 129626, Москва, а/я 40 или электронную почту: dou@tc-sfera.ru с пометкой «Для журнала “Медработник ДОУ”».

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 ФГБУ «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 за услугами и товарами для 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 ФГБУ «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 ФГБУ «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 ФГБУ «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, декан 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 д/с № 2183, Москва 50	МБДОУ № 55, г. Майкоп, Республика Адыгея 25
ГБОУ д/с № 2567, Москва 54	МБДОУ д/с комбинированного вида № 46, го Самара 87
Детский центр «Сказочный за- мок», Москва 114	МБСОУ «Детский сад IV вида № 37», г. Майкоп, Республика Адыгея 32
Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государ- ственного университета, г. Майкоп, Республика Адыгея 6, 40	МДОУ д/с № 2 «Золотая искорка», г. Тольятти 10
МАДОУ д/с № 61 «Ромашка». Мытищи, Московской обл. 71	Приволжский межрегиональный центр повышения квалификации и переподготовки работников образования Казанского (Приволжского) федерального университета, г. Казань 64
МАДОУ ЦРР – д/с № 2, г. Усть- Лабинск Краснодарского края 80	Стоматологическая клиника «Дента—Вита», Москва 50
МБДОУ № 6, г. Майкоп, Республика Адыгея 40	
Андрееенко Татьяна Александровна 10	Маслова Людмила Павловна 71
Вержибская Елена Григорьевна 6	Поломарчук Татьяна Андреевна 40
Высочина Ольга Романовна 80	Разина Наталья Викторовна 71
Гуськова Алевтина Александровна 87	Сердюкова Альвина Викторовна 80
Коломийцева Наталья Сергеевна 40	Терентьев Сергей Петрович 50
Кононова Елена Анатольевна 32	Терентьева Мария Александровна 50
Латышева Римма Александровна 54	Хайбатова Марина Зауровна 54
Лункина Елена Николаевна 114	Харламова Светлана Владимировна 80
Макрушина Инна Васильевна 40	Шаехова Резида Камильевна 64
	Ятманова Елена Юрьевна 25

Уважаемые коллеги!

Физическое воспитание и оздоровление дошкольников — актуальнейшие и перспективные направления деятельности образовательных учреждений. Кроме того, в период дошкольного воспитания должен начинаться и процесс приобщения к традициям большого спорта, а значит нужно уделять особое внимание изучению и развитию современных подходов к организации физического воспитания. Именно этим вопросам и было посвящено заседание круглого стола «Состояние и перспективы физического воспитания в дошкольном образовательном пространстве города», которое состоялось 2 ноября 2012 г. в Институте физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета. Кроме Адыгейского госуниверситета и комитета по образованию МО «Город Майкоп» организаторами заседания выступили и редакции научно-практических журналов «Медработник ДОУ», «Инструктор по физкультуре» и «Воспитатель ДОУ».

В обсуждении проблем приняли участие преподаватели кафедр теоретических основ физического воспитания, медико-биологических дисциплин, безопасности жизнедеятельности, руководители и педагоги дошкольных и общеобразовательных учреждений города, работники комитета по образованию МО «Город Майкоп». Работа оказалась очень насыщенной и плодотворной. Обсуждаемые вопросы вызвали неподдельный интерес у участников заседания. И это не удивительно. Тема — злободневная, учитывая, что показатели здоровья детей с каждым годом становятся все хуже. Нужно предпринимать решительные шаги — согласованные, объединяющие усилия специалистов разного профиля, научных работников, родителей. Очень важно, чтобы работа по охране здоровья ребенка имела надежную поддержку со стороны государства.

Сегодня на страницах журналов «Медработник ДОУ» и «Инструктор по физкультуре» мы знакомим наших читателей с материалами круглого стола. А у нас в гостях Вержбицкая Елена Григорьевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры безопасности жизнедеятельности, заместитель директора по научной работе Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, почетный работник общего образования Российской Федерации.

Мы благодарим наших коллег из Майкопа за многолетнее сотрудничество с нашим журналом и желаем им высоких профессиональных достижений.

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Гость номера

Вержбицкая Елена Григорьевна

канд. пед. наук, доцент кафедры безопасности жизнедеятельности, заместитель директора по научной работе Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, почетный работник общего образования РФ, г. Майкоп, Республика Адыгея

Использование различных механизмов формирования компонентов культуры здоровья дошкольников

Неотъемлемая часть общей культуры человека — культура здоровья, которая понимается как комплексное явление, включающее теоретические знания о факторах, благоприятствующих здоровью, а также грамотное применение в повседневной жизни принципов активной стабилизации здоровья, т.е. оздоровления. Культура здоровья, являясь многоаспектной характеристикой человека, демонстрирует его гармоничность и целостность как личности, отражает адекватность взаимодействия с окружающим миром и людьми, раскрывает способность человека к творческому самовыражению и активной жизнедеятельности.

В теоретических подходах к культуре здоровья принято выделять пять компонентов: когнитивный, волевой, эмоциональный, коммуникативный и деятельностный. В последнее время в результате медико-педагогического просвещения достаточно актив-

но начал формироваться когнитивный компонент. Это познавательная деятельность личности, направленная на повышение информированности в понимании сути «культуры здоровья», протекания физиологических и патологических процессов в организме и влиянии на них различных факторов окружающей среды и образа жизни.

К сожалению, даже обширные теоретические знания в области культуры здоровья недостаточны для формирования правильного поведения человека, демонстрирующего сознательное и активное отношение к сохранению и укреплению своего здоровья. Для реализации такого поведения требуются определенные личностные качества: самообладание, целеустремленность, настойчивость, проявление высокого уровня мотивации и другие, составляющие волевой компонент в формировании культуры здоровья. Необходимо наличие эмоцио-

нального и коммуникативного элементов культуры здоровья, отражающих адекватность взаимодействия человека с другими людьми и окружающим миром, уровень физического и социального благополучия, качество и удовлетворенность жизнью. Иначе говоря, формирование правильного поведения есть, по сути, формирование деятельностного компонента, в котором заключается способность человека к творческому самовыражению и активной жизнедеятельности.

Исходя из данной характеристики можно утверждать, что закладывание основ культуры здоровья следует начинать с момента рождения человека и на протяжении всей жизни развивать и укреплять данные стереотипы поведения. Среди многочисленных факторов, неоспоримо влияющих на здоровье, можно выделить наиболее важные: социальные, культурные, медико-физиологические и педагогические, что в очередной раз подчеркивает значимость медико-педагогической профилактики для детей дошкольного возраста.

К медико-физиологическим факторам кроме заложенных природой резервных возможностей относятся уже существующие у человека режим двигательной активности, режим дня, оздоровительные мероприятия, организация физического воспитания — весь жизненный опыт человека в области культуры

здоровья, выражающийся через его привычки. Поэтому применительно к задаче ее формирования целесообразно рассматривать образ жизни с позиции ответственного поведения.

При воспитании ответственного поведения в отношении собственного здоровья требуется не только убедить ребенка в необходимости совершения тех или иных поступков, но и быть уверенным, что произведенное воздействие скажется в дальнейшем на его образе жизни, приведет к прогнозируемому позитивному изменению в нем. Достижение такого результата возможно при соединении всех составляющих культуры здоровья при акцентировании ведущей роли деятельностного, коммуникативного и эмоционального компонентов.

Иными словами, необходимо формировать у дошкольников ряд регулирующих поведение жизненных установок с помощью специально организованных физкультурно-спортивных мероприятий, ориентированных на позитивно-эмоциональную окраску самого процесса двигательной деятельности.

В Адыгейском государственном университете, названном в 2012 г. «Вузом культуры здоровья», особое внимание уделяется решению широкого круга практических задач, ориентированных на агитацию и пропаганду физического воспитания, спорта, здорового образа жизни, организа-

цию досуга и привлечение широких масс населения к физкультурно-оздоровительным мероприятиям. Комплексный подход позволяет усилить социальную активность и профессиональную готовность будущих педагогов к популяризации здоровья и его компонентов в образовательных учреждениях различного уровня.

В рамках проводимого на протяжении шести лет конкурса «Лучшая академическая группа АГУ» участникам предлагается осуществить собственный мини-проект социального характера. В 2011/12 уч. г. студентами ИФК и дзюдо был успешно реализован конкурсный проект по одному из востребованных направлений: «АГУ — ВУЗ ЗОЖ». Первым шагом стало проведение разноплановых спортивных мероприятий под общим девизом: «Спорт — сфера интеграций культур» на базе дошкольных образовательных учреждений г. Майкопа (ДОУ № 23, 34). Были организованы детские спортивные праздники «Туристская тропа», «Веселые старты», показательные выступления студентов-спортсменов высокого класса — гимнастов, дзюдоистов, тхэквандистов; мастер-классы «Зарядка с чемпионом» и другие мероприятия.

Особая атмосфера эмоционального общения детей и взрослых создавалась за счет живого восприятия происходящего.

Для многих ребятишек это было первым опытом взаимодействия с настоящим спортом и возможностью опробовать свои силы. А двадцатилетние атлеты, глядя в сияющие лица малышей, ощущали значимость и реальный результат своего влияния на желание дошколят стать такими же сильными, смелыми и ловкими. Эта значимость, вероятно, ощущалась студентами гораздо сильнее, чем в период прохождения официальной педагогической практики, что в большей степени объясняется особой мотивацией участия в таких мероприятиях: не обязательного, а по личному убеждению и желанию.

Коллектив нашего университета планирует и в дальнейшем продолжать успешно начатое направление взаимодействия с дошкольными образовательными учреждениями города в рамках организации и проведения спортивно-зрелищных и развлекательно-оздоровительных мероприятий. Мы планируем привлекать в качестве не только зрителей, но и активных участников работников этих учреждений и родителей. Такое построение взаимодействия, несомненно, даст свои результаты и внесет значительный вклад в решение важнейшей задачи сегодняшнего дня — формирования всех компонентов культуры здоровья как у подрастающих, так и у последующих поколений.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ



ФИГУРНОЕ ПЛАВАНИЕ В ДЕТСКОМ САДУ

Методическое пособие

Авторы — Маханёва М.Д., Баранова Г.В.

Содержит общую характеристику средств, обеспечивающих здоровый образ жизни ребенка, методику работы по плаванию старших дошкольников, а также перспективное планирование занятий в бассейне для детей 6—7 лет и работы студии «Рисунки на воде». Представлены рекомендации по развитию нетрадиционных форм обучения плаванию детей 6—7 лет.



ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Учебно-методическое пособие

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

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».

Работа с родителями по организации рационального питания дошкольников

Андреевко Т.А.,

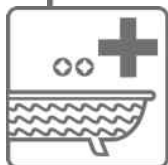
заместитель заведующего по воспитательной
и методической работе МДОУ д/с № 2
«Золотая искорка», г. Тольятти

Одна из *главных задач* детского сада — обеспечить конституционное право каждого ребенка на *охрану его жизни и здоровья*. Здоровье детей невозможно сохранить без рационального питания, которое является необходимым условием их гармоничного роста, физического и нервно-психического развития, устойчивости к действиям инфекций и других неблагоприятных факторов внешней среды. Правильно организованное питание обеспечивает организм всеми необходимыми ему пищевыми веществами (белками, жирами, углеводами, витаминами и минеральными солями) и энергией.

По мнению ученых (А.А. Баранова, А.К. Кучма, Ю.Ф. Змановский, А.И. Баркан, Л.И. Латохина, Б.В. Шеврыгина, Н.В. Цыбуля, Т.Д. Фершалова и др.) здоровье взрослого человека на 75% определяется условиями его формирования в детстве. Именно поэтому задача сохранения и укрепления здоровья ребенка, как для семьи, так и образовательного учреждения, по-прежнему остается актуальной. Питание ребенка в дошкольном учреждении и в семье должно сочетаться. И у нас, и у родителей общая цель — вырастить ребенка здоровым. Поэтому вопрос по организации питания мы решаем совместно с родителями.

Одно из направлений в работе нашего детского сада — *сотрудничество с семьей*. Мы разработали традиционные и нетрадиционные формы взаимодействия с родителями (приложения 1—5). Значимость поставленной работы состоит в том, чтобы достичь грамотного подхода родителей к проблеме сохранения и укрепления здоровья ребенка через организацию рационального питания в семье.

ГИГИЕНА



Здоровье ребенка зависит от уровня осведомленности родителей в вопросах организации правильного здорового питания в семье. С целью определения перспектив взаимодействия МДОУ и семьи в воспитании здорового ребенка, организации рационального питания мы провели анкетирование, участниками которого стали 220 родителей.

По результатам анкетирования: 64% родителей отметили отсутствие необходимых знаний и умений как причину, мешающую уделять внимание здоровому питанию ребенка. Мы поставили перед собой задачу — вовлечь семью в воспитательно-образовательный процесс для повышения педагогической культуры родителей и укрепления сотрудничества с дошкольным учреждением в вопросах организации питания детей.

При организации такого сотрудничества важно помнить, что оно не должно носить декларативный и назидательный характер. Контакт с семьями воспитанников строится так, чтобы родители из пассивно принимающих информацию, становились активно действующими участниками в процессе ее усвоения. В одном случае более оправданным окажется индивидуальный диалог, в другом — ознакомление с публикациями местной прессы МДОУ.

Задачи и содержание работы:
— повысить психолого-педагогические знания родителей (лек-

ции, семинары-практикумы, консультации);

- вовлечь родителей в воспитательно-образовательный процесс (родительские собрания, совместные творческие дела, помощь в укреплении материально-технической базы);
- способствовать активному участию родителей в организации питания МДОУ.

Формы и методы работы с родителями направлены на повышение педагогической культуры, укрепление взаимодействия МДОУ и семьи, усиление ее воспитательного потенциала в вопросах рационального питания. Систематическое разностороннее педагогическое просвещение родителей осуществляется через ознакомление их как с основами теоретических знаний, так и с практической работой. Содержание работы охватывает широкий круг вопросов, освещает все стороны организации питания дошкольников.

Наиболее интересны нетрадиционные формы, позволяющие познакомить семьи воспитанников с психолого-педагогической литературой по организации питания, данными исследований ученых, погрузить их в среду педагогического общения, дать образцы установок на правильную организацию питания в домашних условиях, повысить педагогическую грамотность, увеличить время для совместного общения, создать единое родительское сообщество. Рассмотрим их.

Кулинарный практикум — очень интересная форма работы, дающая возможность не только слушать лекции педагогов, медиков, но и изучать литературу по проблеме, участвовать в ее обсуждении. Кулинарный практикум можно организовать следующим образом: на первой встрече в начале учебного года родители формулируют наиболее волнующие вопросы, связанные с питанием детей. Педагоги ДОО собирают информацию, анализируют ее. С помощью специалистов подбираются книги, в которых можно получить ответ на поставленный вопрос. Родители читают рекомендованную литературу, а затем используют полученные в ней сведения на занятиях. Особенностью занятий в «Кулинарном практикуме» («Значение первых блюд в детском питании», «Блюда из рыбы», «Мясные блюда в рационе дошкольника», «Соусы к блюдам», «Эстетика блюд») является то, что, анализируя предложенную литературу, родители должны изложить собственное понимание вопроса и изменение подходов к его решению после прочтения. Данная форма работы быстро стала популярной в детском саду и собрала довольно обширную аудиторию молодых мам (см. приложение 2).

Школа заботливых родителей — форма работы, которая прекрасно сплачивает родительский коллектив, позволяет достичь психологического контакта между ро-

дителями и педагогами, обеспечить активное усвоение, осмысление информации. Занятия в школе проводятся один раз в месяц в различной форме с привлечением специалистов из области медицины, педагогики и психологии. Школа заботливых родителей — возможность общения с родителями других групп, праздник воспоминаний младенчества и детства собственного ребенка, поиск ответов на вопросы, поставленные жизнью и собственным чадом. С учетом пожеланий и интересов взрослых составляется тематический план занятий «Школы заботливых родителей». Темы могут быть самыми разнообразными: «Психолого-педагогические аспекты питания», «Сбалансированное питание детей в МДОУ», «Значение пищевых веществ в жизнедеятельности ребенка», «Витамины — незаменимые компоненты питания», «Рекомендации по питанию детей на летний период», «Питание ребенка в детском саду», «О здоровом домашнем питании детей и взрослых». Главное — они должны быть актуальны и полезны для родителей. Такая работа позволяет не только высказывать свое мнение по предложенным темам, но и услышать нечто полезное для себя в рассуждениях других родителей, взять на вооружение в свой воспитательный арсенал что-то новое, интересное. Чтобы обеспечить присутствие родителей на встре-

чах, наши воспитатели совместно с детьми заранее изготавливают пригласительные билеты. Особое внимание наши воспитатели уделяют маленьким выступлениям перед родителями, в которых обязательно участвуют дети.

При организации питания в ДОУ и семье больше внимания стало уделяться разнообразию и витаминизации блюд. Большинство родителей поняли: правильная организация питания предусматривает достаточное обеспечение детей всеми необходимыми витаминами, что способствует их лучшему развитию, повышает сопротивляемость организма к вредным факторам, в первую очередь к инфекционным заболеваниям. Родителями взято на вооружение то, что рационально составленное меню должно содержать подбор блюд, соответствующий потребностям детей в основных пищевых веществах и калориях с учетом их возраста, состояния здоровья и условий жизнедеятельности. Посещение занятий, семинаров-практикумов помогло решить многие проблемы с организацией питания в семье. Дети стали охотнее есть овощные и молочные блюда, перестали есть всухомятку, полюбили супы, каши и кисели, освоили основные правила приема пищи, умение вести себя за столом, стали меньше болеть. У детей сформировалось позитивное отношение к режиму и продуктам питания. Родители благодарны педагогам МДОУ за интерес-

ные форму занятий, содержательные консультации и полезные семинары-практикумы.

К сожалению, не все родители могут участвовать в специально организованной работе детского сада. Одним из путей решения данной проблемы стало создание ежемесячной газеты «Разговор о правильном питании». Такая работа позволяет наладить тесный контакт между детским садом и семьей, вооружить каждого родителя знаниями и советами по организации питания.

Положительные моменты данной формы взаимодействия заключаются в следующем:

- родителям предлагается объективная информация, и они решают, что с ней делать;
- родители не ограничены во времени, могут взять издание домой и изучить его в удобное время;
- информация, представленная в издании, касается детей, посещающих МДОУ;
- родители всегда в курсе событий, происходящих в детском саду и связанных с вопросами питания их детей;
- родителям предоставляется возможность через издание участвовать в конкурсах, задавать интересующие вопросы по организации питания в МДОУ, реализовать право на участие в совместных творческих делах.

Внедренный проект «Приобщение родительской общественности к вопросам рационально-

го питания дошкольников» позволил не только расширить знания родителей о полезных и вредных продуктах, об особенностях животной и растительной пищи, разнообразии блюд, но и выработать практические навыки по приготовлению некоторых из них. Особенно родителям нравится готовить салаты и бутерброды. Они проявляют творчество, выдумку, талант, делятся своими фирменными рецептами.

Таким образом систематическая, планомерная, целенаправленная деятельность всего коллектива помогла добиться определенных результатов.

Приложения

Приложение 1

Положение о «Школе молодых родителей»

Общие положения

1.1. Данное положение о «Школе молодых родителей» (далее — Школе) регулирует деятельность МДОУ по взаимодействию с родителями воспитанников детского сада в вопросах организации рационального питания.

1.2. Школа осуществляет свою деятельность в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере образования, Уставом, настоящим Положением.

1.3. Участниками Школы являются: родители воспитанников МДОУ, педагоги, работники пищеблока МДОУ, медицинский персонал детской поликлиники.

1.4. Заведующим МДОУ ежегодно издается приказ о создании Школы, закрепляющий за каждым специалистом определенное направление работы.

1.5. Основными принципами работы Школы являются добровольность, компетентность, соблюдение педагогической этики.

2. Цели

2.1. Выявить потребности родителей в области воспитания и образования собственного ребенка.

2.3. Повысить педагогическую компетентность родителей в вопросах рационального питания дошкольников.

2.4. Организовать педагогическое просвещение родителей.

2.5. Обеспечить партнерство педагогов и родителей в деятельности МДОУ.

3. Задачи

3.1. Убедить родителей в том, что их взаимодействие с педагогами является важнейшим условием всестороннего развития детей.

3.2. Познакомить родителей с различными вопросами возрастной педагогики, детской психологии и педиатрии на конкретных примерах (лектории, дискуссии, игры, упражнения, конкурсы, праздники и пр.).

3.3. Проинформировать о том, что семья на всех этапах развития нуждается в помощи специалистов.

3.4. Популяризировать деятельность МДОУ среди населения микрорайона.

4. Основные направления деятельности

4.1. Оказание медико-психолого-педагогической помощи родителям детей дошкольного возраста в организации рационального питания.

4.2. Пропаганда положительного опыта семейного воспитания в вопросах питания.

4.3. Повышение педагогических знаний родителей.

4.4. Популяризация деятельности МДОУ среди населения микрорайона.

5. Права и обязанности участников

5.1. Родители (законные представители) имеют право:

- на получение квалифицированной консультативной помощи по проблемам питания;
- получение практической помощи в организации питания детей дома;
- высказывание собственного мнения и обмен опытом семейного воспитания детей.

5.2. МДОУ имеет право:

- на изучение и распространение положительного опыта семейного воспитания;
- внесение корректировки в план работы Школы в зависимости от возникающих проблем, интересов и запросов родителей.

5.3. МДОУ обязано:

- организовать работу Школы в соответствии с планом, утвержденным заведующим МДОУ и учетом интересов и потребностей родителей;

— предоставлять квалифицированную консультативную и практическую помощь родителям.

6. Организация деятельности

6.1. Работа Школы осуществляется на базе детского сада.

6.2. Планирование работы идет по результатам опроса родителей (законных представителей).

6.3. На итоговом заседании Школы обсуждаются результаты работы и ее эффективность.

6.4. Формы организации работы Школы: круглый стол, практические тренинги, практикумы, решения педагогических ситуаций, обсуждения опыта семейного воспитания, видеопросмотры по организации жизни детей в МДОУ.

7. Организационная структура

7.1. Членом Школы может быть любой родитель МДОУ, интересующийся вопросами рационального питания детей.

7.2. Вся деятельность Школы проводится на добровольных началах.

7.3. Руководство Школой и контроль за ее деятельностью осуществляется заведующим МДОУ.

7.4. Практическое руководство деятельностью Школы осуществляется заместителем заведующего по ВМР.

7.5. Школа имеет свой девиз «Отдыхая — познавай!»

8. Условия работы

8.1. Заседания Школы по согласованию с родителями прово-

дится с частотой одна встреча в месяц.

8.2. Работа Школы проводится в соответствии с данным Положением и согласно годовому плану Школы.

8.3. Тематика заседаний касается только детей и их проблем или родителей и их проблем в воспитании своих детей.

8.4. Взаимодействие с семьями на занятиях в Школе строится с

учетом родительского стажа, их интересов и потребностей в информации о здоровом питании детей.

Формы общения могут быть разными: наглядные, вербальные, игровые, показательные, конкурсы, праздники, соревнования и пр.

После проведения планового заседания руководитель Школы оформляет протокол работы.

Приложение 2

План работы на учебный год «Школа заботливых родителей»

Месяц	Темы занятий	Ответственный
1	2	3
Сентябрь	«Психолого-педагогические аспекты питания»: — принципы составления меню с учетом основных пищевых веществ и энергии; — основные требования к питанию ребенка; — суточные нормы; — принципы организации рационального питания	Педагог-психолог, диетсестра
Октябрь	«Сбалансированное питание детей в МДОУ»: — постановление мэра от 23.06.2008 № 1441-1/п «Об утверждении стоимости норм питания на 2-е полугодие 2008 г. для детей раннего и дошкольного возраста в муниципальных образовательных учреждениях, реализующих основную программу дошкольного образования»; — стоимость норм питания; — санитарные требования к организации питания; — ассортимент детского питания, утвержденный СанПиН 2.4.1.2660-10; — технология приготовления блюд; — бракераж готовой пищи; — отпуск блюд на группы	Заведующий, заместитель заведующего по ВМР, диетсестра
Ноябрь	Значение пищевых веществ в жизнедеятельности ребенка: — переваривание и усвоение пищи	Диетсестра, воспитатель

Окончание

1	2	3
Декабрь	«Витамины — незаменимые компоненты питания»: — дефицит витаминов у детей; — витаминные напитки; — витаминные добавки; — поливитаминизация	Диетсестра
Январь	«Питание ребенка в детском саду»: — режим питания	Заведующий, заместитель заведующего по ВМР
Февраль	«Правильное питание от 3 до 7 лет»	Заместитель заведующего по ВМР, диетсестра
Март	«О здоровом домашнем питании детей и взрослых»: — питание в праздники и выходные дни; — праздничное и воскресное меню	— // —
Апрель	«Эстетика питания»: — обучение использованию столовых приборов; — дежурство детей по столовой	Заместитель заведующего по ВМР, воспитатель
Май	«Рекомендации по питанию детей на летний период»: — примерное десятидневное меню на летний период; — как кормить ребенка, выезжая за границу; — как кормить ребенка, отдыхая на природе	Заместитель заведующего по ВМР, диетсестра, воспитатель

Приложение 3

Занятие «Школы заботливых родителей»

Тема «Витамины — незаменимые компоненты питания»

Предварительная работа:

- консультация с педагогами на тему «Витамины — незаменимые компоненты питания»;
- ознакомление педагогов и родителей с литературой,

рассказывающей о пользе витаминов.

Оборудование:

- свежие овощи, фрукты, заправки для приготовления витаминных салатов;
- бумага, фломастеры, ручки для команд.

Выступление

Самый важный элемент здорового образа жизни —

рациональное питание, необходимым компонентом которого являются витамины. Сегодня мы поговорим об их роли в здоровье человека. Лучшей витаминной поддержкой растущему организму будет правильно подобранный и сбалансированный рацион питания. Ребенок обязательно должен употреблять натуральные продукты: овощи, фрукты, мясо, рыбу, злаковые и соки. Так, например, источником витамина *A* служат печень, рыбий жир, сыр, яйца, творог, молоко, овощи и фрукты оранжевого и красного цвета (абрикосы, шиповник, арбуз, перец, шпинат, капуста, петрушка, укроп, морковь, зеленый лук, крапива). Витамин *C* больше всего содержится в цитрусовых (не доводите до аллергии), черной смородине, капусте, картофеле, яблоках, шиповнике, шпинате и редьке. Необходимый для иммунитета витамин *E* содержится в яйцах, печени, орехах, растительном масле, гречневой и ячневой крупах, ростках пшеницы. Витаминами группы *B* богаты крупы, злаки, бобовые, молочные и мясные продукты, а также яйца, зеленые листовые овощи, орехи, рыба и морепродукты, кукуруза, тыква, свекла и морковь. Витамин *PP*, необходимый для нормальной работы нервной системы и обмена веществ, содержится в мясе, печени, яйцах, картофеле, капусте, сыре, гречневой крупе, ржаном хлебе. Витамин *D* в большом количестве находится в рыбных продуктах — рыбе жире, печени трески, сельди.

Необыкновенно богаты витаминами соки. Так, например, обычный морковный сок содержит витамины *A*, *B*, *C*, *E* и др. А чтобы усилить полезный эффект, в сок можно добавить ложку меда. Напомним о целебных свойствах ягоды клюквы, из нее можно приготовить витаминный кисель. Для этого надо размять клюкву толкушкой в дуршлаге. Собранный таким способом сок с мякотью на время убрать в холодильник, а выжимки залить горячей кипяченой водой, и в течение 10 мин прокипятить. Полученный отвар процедить, остудить и добавить в него картофельный крахмал. На стакан клюквы — стакан воды и $\frac{3}{4}$ ложки крахмала. Содержимое прокипятить, помешивая. Как только кисель загустел, он готов. В остывший кисель влить отжатый сок с мякотью из холодильника. Ценность подобного способа приготовления в том, что он позволяет максимально сохранить витамины, содержащиеся в клюкве. Таким же способом можно приготовить клюквенный сок. Он обладает сильным тонизирующим, противовирусным, бактерицидным и жаропонижающим эффектами. Соки можно готовить и из овощей (например, капусты, тыквы, свеклы), придумывая разные «овощные коктейли». Кстати, в капусте практически столько же витамина *C*, как в апельсине. Всем известны полезные свойства шиповника: его отвар помогает и при признаках

гиповитаминоза. Для этого 20 г плодов шиповника заливают 0,5 л кипятка, и в закрытой кастрюльке кипятят в течение 10 мин. Настаивают в теплом месте 4—6 ч. К отвару можно добавить сахар или мед. Хранить в холодном месте не более двух дней.

Надо отметить, что помимо витаминов детям, безусловно, нужен свежий воздух. Поэтому, несмотря на сильный ветер и слякоть под ногами, полезно как можно чаще выходить на прогулку.

Потребность в витаминах определяется возрастом ребенка. Чем он старше, тем больше требуется витаминов для обеспечения нужд растущего организма. Ниже приведены их суточные нормы.

Жизнь доказывает, когда есть родительская любовь, грамотный уход и правильное питание, ребенок растет здоровым и веселым. А что может быть лучше довольного и счастливого малыша?

Практическая часть

Родителям предлагается разделиться на две команды для проведения конкурсов.

Представляется жюри: ведущий, старшая медсестра.

Представление команд (3 балла)

Команды в течение 5 мин должны придумать свое название, девиз, эмблему.

Конкурс 1 «Угадай витамин» (5 баллов)

Команды по очереди отвечают на вопросы ведущего.

1. Этот витамин улучшает зрение, способствует росту ребенка, повышает сопротивляемость организма к заболеваниям, способствует оздоровлению кожи. (А)

2. Этот витамин повышает сопротивляемость организма к инфекциям, влияет на наполнение и расходование энергии, укрепляет кровеносные сосуды, способствует заживлению ран, поддерживает в здоровом состоянии десны, зубы, кости, является сильным антиоксидантом. (С)

3. Это жирорастворимый витамин, который необходим для абсорбции и утилизации кальция и фосфора в желудочно-кишечном тракте. Он особенно важен для нормального роста и развития

Возраст	Витамины								
	А	Е	Д	С	В ₁	В ₂	В ₆	В ₁₂	РР
	МЕ	МЕ	МЕ	мг	мг	мг	мг	мкг	мг
0—6 мес.	1250	3	300	30	0,3	0,4	0,3	0,3	5
7—12 мес.	1250	4	400	35	0,4	0,5	0,6	0,5	6
1—3 года	1335	6	400	40	0,7	0,8	1,0	0,7	9
4—6 лет	1665	7	400	45	0,9	1,1	1,1	1,0	12

костей и зубов у детей и играет большую роль в профилактике и лечении остеопороза. (D)

4. Этот витамин — антиоксидант, имеющий большое значение для предотвращения развития злокачественных и сердечно-сосудистых заболеваний. Помогает усваивать пищу, способствует оздоровлению кожи, активизирует жизненные силы организма, замедляет процессы старения. (E)

Конкурс 2 «Какой витамин в больших количествах содержится в этих продуктах?» (3 балла)

1. Черная смородина, шиповник, апельсины, красный перец, помидоры, клюква, капуста, зеленый лук. (C)

2. Ржаной хлеб, салат, морковь, картофель, дрожжи. (B)

3. Яичный желток, подсолнечное масло, говяжья и тресковая печень, арахис, облепиха, шиповник, черноплодная рябина. (E)

4. Морковь, сливочное масло, молоко, яйца, рыбий жир, горох, капуста, щавель, облепиха. (A)

Конкурс 3 «Выбери нужное» (3 балла)

1. В каком из продуктов питания содержится больше разнообразных витаминов?

В хлебе. В свежей капусте. В печени. В молоке. (В печени. Ста граммов печени достаточно, чтобы покрыть ежедневную потребность взрослого человека в семи видах витаминов, в том числе в витаминах A, C и витаминах группы B.)

2. Действия солнечных лучей позволяют организму выработать один витамин — какой?

Витамины: A, D, E, B (D)

3. Какой из перечисленных витаминов растворим в воде?

Витамины: A, B, D, K (B)

4. Как лучше приготовить картофель, чтобы сохранить в нем витамин C?

Сварить. Поджарить. Запечь в кожуре. (Запечь в кожуре.)

Конкурс 4 «Витаминный салат» (5 баллов)

Два представителя от команды должны приготовить витаминный салат, дать ему оригинальное название, сказать, какие витамины в нем имеются.

Конкурс 5 «Лучший рецепт витаминного напитка» (5 баллов)

Каждая команда составляет рецепт витаминного напитка, капитан представляет его и рассказывает, какие витамины содержатся в данном напитке.

Конкурс «Частушки» (4 балла)

Пока готовятся салаты, остальные члены команды сочиняют частушки про витамины, фрукты, овощи.

Конкурс капитанов (3 балла)

Капитанам завязывают глаза и предлагают определить по запаху овощ или фрукт и сказать, какой витамин в нем находится.

После конкурса капитанов команды представляют салаты. Жюри проводит их дегустацию. Затем исполняются частушки.

Подведение итогов практической части

Жюри подводит итоги и награждает победителей.

Приложение 4

**Перспективный план работы с родителями старшей группы
Родительский клуб «За обе щечки!»**

Мероприятие	Сроки проведения
Круглый стол «Азбука здоровья. Организуем правильное питание для дошкольников»	Сентябрь
Практикум «Учимся составлять правильное меню для дошкольников»	Октябрь
Родительский всеобуч «Витаминиада»	Ноябрь
Презентация витаминных салатов «Ешьте овощи и фрукты — витаминные продукты»	Декабрь
Конкурс «Бутербродные фантазии»	Январь
Консультация «Не всякие продукты полезны»	Февраль
Мастер-класс «Учимся у наших детей сервировать стол»	Март
Практикум «Учимся готовить полезные напитки»	Апрель
Конкурс «Семейная кулинарная книга»	Май
Творческий конкурс «Играем с ребенком на кухне»	Июнь
Фольклорное развлечение «Овощная рапсодия»	Июль
Родительская фотовыставка «Именинный стол моего ребенка»	Август

Консультации и семинары-практикумы для родителей

Месяц	Форма работы	Темы	Ответственный
1	2	3	4
Сентябрь	Консультация	«Садовское питание. Адаптируемся»	Заместитель заведующего по ВМР, диетсестра
	Семинар-практикум	«Составление 10-дневного меню с учетом основных пищевых веществ и энергии в домашних условиях»	Диетсестра
	Кулинарный практикум	«Значение первых блюд в детском питании»: — ассортимент; — технология приготовления; — рекомендации по приготовлению; — рецепты	Шеф-повар, диетсестра

Продолжение

1	2	3	4
Октябрь	Консультация	«Рациональное питание. Практические советы»	Диетсестра, воспитатель
Ноябрь	— // —	«Значение пищевых веществ в жизнедеятельности детского организма»	Заместитель заведующего по ВМР, диетсестра
	Кулинарный практикум	«Блюда из рыбы»: — ассортимент; — технология приготовления; — рекомендации по приготовлению; — рецепты; — выставка и дегустация	Шеф-повар, диетсестра
Декабрь	Консультация	«Приготовление первых блюд детского питания»	Шеф-повар, диетсестра
	Семинар-практикум	«Приготовление вторых блюд из овощей»: — ассортимент; — технология приготовления; — рекомендации по приготовлению; — рецепты; — выставка и дегустация	Заместитель заведующего по ВМР, шеф-повар, диетсестра
Январь	Консультация	«Приготовление витаминизированных напитков»	Диетсестра, воспитатель
	Кулинарный практикум	«Мясные блюда в рационе дошкольника»: — натуральные, мелкокусковые и рубленые; — технология приготовления; — рекомендации по приготовлению; — рецепты; — выставка	Шеф-повар, диетсестра
Февраль	Консультация	«Если ребенок плохо ест. Как предотвратить проблему»	Диетсестра, воспитатель
Март	— // —	«Питание в весенне-летний период»	— // —

Окончание

1	2	3	4
	Семинар-практикум	«Приготовление блюд из творога»: — ассортимент; — технология приготовления; — рекомендации по приготовлению; — рецепты; — выставка и дегустация	Заместитель заведующего по ВМР, Шеф-повар, диетсестра
	Кулинарный практикум	«Соусы к блюдам»: — ассортимент; — технология приготовления; — рекомендации по приготовлению; — рецепты; — выставка	Шеф-повар, диетсестра
Апрель	Консультация	«О пользе овощей и фруктов»	Диетсестра, воспитатель
Май	— // —	«Питание будущего первоклассника»	Заместитель заведующего по ВМР, диетсестра
	Кулинарный практикум	«Вкусные фантазии из овощей»: — рак; — пчелки; — божьи коровки	Заместитель заведующего по ВМР, воспитатель
Июнь	Семинар-практикум	«Приготовление салатов из сырых овощей»: — ассортимент; — технология приготовления; — рекомендации по приготовлению; — рецепты; — выставка и дегустация	Заместитель заведующего по ВМР, шеф-повар, диетсестра

Приложение 5

Анкета для родителей

«Качество питания в детском саду»

Уважаемые родители!

В нашем детском саду проводится анкетирование с целью улучшения работы по организа-

ции детского питания. Просим вас откровенно ответить на следующие вопросы.

1. Удовлетворяет ли Вас в целом питание Вашего ребенка в детском саду?

Да.

Нет.

Не знаю.

2. Интересуетесь ли Вы информацией о питании в МДОУ? (ежедневное меню, консультации и т.д.)

Да.

Нет.

Иногда.

3. Как отзывается ребенок о питании в детском саду?

4. Какие блюда из меню детского сада Ваш ребенок ест с удовольствием? Что категорически не любит?

5. Какие блюда Вы бы исключили из меню детского сада?

6. Что, на Ваш взгляд, необходимо добавить в меню?

7. Знакомо ли Вам понятие «натуральные нормы детского питания»?

Да.

Нет.

Первый раз слышу.

8. Какие навыки культуры питания Вы прививаете ребенку в семье?

9. Оцените питание в нашем детском саду по пятибалльной шкале (обведите нужный балл).

1 2 3 4 5

Благодарим за откровенные ответы

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Сладкая газировка опасна для сердца

Всего два бокала сладкой газировки в день не только портят фигуру, но и увеличивают риск развития диабета и заболеваний сердца у женщин, считают ученые из Университета штата Оклахома в США. В пятилетнем исследовании приняли участие более 4 тыс. американцев в возрасте от 45 до 84 лет, у которых не были диагностированы сердечно-сосудистые заболевания.

Во время эксперимента ученые оценивали увеличение массы тела и окружности талии у добровольцев, а также подъем уровня «плохого» холестерина, жирных кислот и глюкозы в крови.

Выяснилось, что употребление даже двух подслащенных напитков в день приводит к увеличению веса. Даже в том случае, если набор веса не происходил, сладкая газировка вызывала увеличение факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Так, в крови у любителей подслащенных напитков почти в четыре раза чаще встречается высокий уровень триглицеридов, приводящий к развитию заболеваний сердца и сосудов.

Любопытно, что подобный процесс у мужчин был выражен слабее. Ученые объясняют это тем, что женщинам требуется значительно меньше калорий. Это значит, что ежедневная калорийная «бомба» в виде сладких напитков нарушает обмен веществ у представительниц слабого пола.

<http://www.takzdorovo.ru>

Физкультурно-оздоровительная и профилактическая работа в современном ДОУ

Ятманова Е.Ю.,

*инструктор по физкультуре высшей категории МБДОУ № 55,
г. Майкоп, Республика Адыгея*

Дошкольный возраст обособленно считается наиболее важным периодом в процессе формирования личности человека. До семи лет интенсивно развиваются различные способности, формируются нравственные качества, вырабатываются черты характера. В данный период закладывается и укрепляется фундамент здоровья и развития физических качеств, необходимых для эффективного участия ребенка в различных формах двигательной активности, что, в свою очередь, создает условия для активного и направленного формирования и развития психических функций и интеллектуальных способностей.

Анализ состояния здоровья дошкольников показывает, что за последнее десятилетие количество абсолютно здоровых детей снизилось с 23 до 15% и увеличилось количество детей с хроническими заболеваниями (с 16 до 17,3%). В среднем по России на каждого дошкольника приходится не менее двух заболеваний в год. Приблизительно 20—27% относится к категории часто и длительно болеющих. Почти 90%

имеют стандартные отклонения в строении опорно-двигательного аппарата: нарушение осанки, плоскостопие, неравномерный мышечный тонус, слабость мышц брюшного пресса, неоптимальность соотношения статических и динамических движений. У 20—30% старших дошкольников наблюдаются невротические проявления. По данным прогнозов, 85% этих детей — потенциальные больные сердечно-сосудистыми заболеваниями. Около 50% нуждаются в психокоррекции и характеризуются серьезным психологическим неблагополучием. В подавляющем большинстве дети, начиная с дошкольного возраста, страдают дефицитом движений и сниженным иммунитетом. Мышечная нагрузка уменьшается в силу объективных причин: у них практически нет возможности играть в подвижные игры во время прогулки, да и некоторые родители чрезмерно увлекаются интеллектуальным развитием (компьютерные игры, посещение разнообразных кружков). Приведенные результаты наглядно указывают на социально-педагогический уровень про-

блем, возникающих перед работниками дошкольных учреждений, призванных воспитать здорового ребенка с оптимальным физическим и психическим развитием.

Основная задача детского сада — подготовить ребенка к самостоятельной жизни, дав ему необходимые умения и навыки, привив определенные привычки. Но может ли каждый профессионально подготовленный педагог, просто взрослый ответственный человек бесстрастно относиться к неблагоприятному состоянию здоровья своих воспитанников, его прогрессирующему ухудшению?

Обсуждая результаты исследований, коллектив детского сада пришел к выводу: без сознательного участия педагогов, родителей и самих детей в формировании и укреплении здоровья, без координации усилий всех участников учебно-воспитательного и оздоровительного процесса не добиться успеха. Мы регулярно составляем совместный план работы по преемственности детского сада с поликлиникой № 2 (мониторинг здоровья детей и разработка рекомендаций), СОШ № 3 и гимназией № 5, со спортивными школами города, Адыгейским педагогическим колледжем имени Х. Андрухаева и Адыгейским республиканским институтом повышения квалификации.

В результате мы пришли к единому решению: необходимо разработать свою **систему оздоровительной и профилактической**

работы. Наша система состоит из трех частей:

- валеологическое образование (даем знания о здоровом образе жизни детям);
- консультативно-информационная работа с педагогами, детьми, родителями (родительские собрания, консультации, конкурсы, спортивные праздники, семейный клуб здоровья, папки-передвижки, беседы);
- физкультурно-оздоровительная работа.

Физкультурно-оздоровительная работа включает разработку и внедрение мероприятий оздоровительного характера, направленных на улучшение состояния здоровья детей, снижение заболеваемости. В начале учебного года в нашем детском саду проводится *мониторинг состояния здоровья и физического развития*, который осуществляется медицинским работником, инструктором по физической культуре и воспитателями. Данные сравниваются с результатами предыдущего обследования и со стандартами, а затем анализируются, выявляются причины, отрицательно влияющие на состояние здоровья. Вся работа по физическому воспитанию в ДОУ строится с учетом физической подготовленности и имеющихся отклонений в состоянии здоровья детей всей группы и каждого ребенка в отдельности.

В нашем ДОУ *созданы благоприятные условия для воспитания* дошкольников. В детском саду

функционируют музыкальный и спортивный залы, медицинский кабинет, физкультурная площадка, игровые и учебные зоны в групповых комнатах. Все помещения оснащены традиционным и нетрадиционным оборудованием. Для развития физических качеств, формирования двигательных умений и навыков, воспитания потребности в самостоятельных занятиях физическими упражнениями в каждой группе оборудован «уголок здоровья». В этих зонах есть мячи, скакалки, кегли, игры для развития мелкой моторики рук и физкультурное оборудование, сделанное своими руками. Материально-техническое обеспечение детского сада позволяет успешно решать задачи оздоровления.

Особое внимание в режиме уделяется проведению *закаливающих процедур*, способствующих укреплению здоровья и снижению заболеваемости. Закаливающие мероприятия, как важная составная часть физической культуры, содействует созданию обязательных условий и привычек здорового образа жизни. Используемая система закаливаний предусматривает разнообразные формы и методы, а также изменения в связи со сменой времен года, возрастом и индивидуальными особенностями здоровья детей. Соблюдаются основные принципы закаливания: рациональная, не перегревающая одежда; соблюдение режима прогулок во все времена года; сон при

открытых фрамугах; регулярность гигиенических процедур (умывание и обливание рук до локтя прохладной водой, полоскание рта кипяченой водой комнатной температуры, сухое обтирание рукавичкой); босохождение в группе и летом на прогулке, занятия босиком утренней гимнастикой и физкультурой.

Главный смысл *босохождения* заключается в закаливании кожи стоп к влиянию пониженных температур, которое осуществляется действием температуры пола и земли. Именно оно является определяющим, если не единственным, в закаливании, поскольку убедительных доказательств в отношении влияния других компонентов в научной литературе не имеется. В нашем ДООУ дети два раза в неделю ходят по «рижскому броду», наполненному растворенной в прохладной (18—20 °С) воде морской солью, происходят закаливание, массаж стоп (ходьба по гальке), и профилактика плоскостопия.

Одна из самых действенных закаливающих процедур в повседневной жизни — *прогулка*. Для повышения ее эффективности мы меняем последовательность видов деятельности, в зависимости от характера предыдущего занятия и погодных условий. Так, в холодное время года и после занятия, на котором дети сидели, прогулка начинается с пробежки, подвижной игры; в теплое время года или после

физкультурных и музыкальных занятий — с наблюдения и спокойных игр. Прогулка — один из важнейших режимных моментов, во время которого дети могут в достаточной степени реализовать свои двигательные потребности. Оптимальной формой для этого служат подвижные игры и физические упражнения на улице.

Подвижная игра занимает особое место в развитии дошкольника. Она способствует закреплению и совершенствованию двигательных навыков и умений, предоставляет возможность развивать познавательный интерес, формирует умение ориентироваться в окружающей действительности, что так важно для приобретения ребенком жизненного опыта. Потребность в движениях у дошкольников велика, однако неокрепший организм крайне чувствителен не только к недостатку, но и к избытку движений. Вот почему при выборе игр и игровых упражнений мы стараемся соблюдать оптимальный режим двигательной активности, регулируем допустимую нагрузку, изменяя игровую ситуацию, увеличивая или уменьшая количество повторений.

Кроме подвижных игр, в нашем детском саду широко используются разнообразные упражнения в основных видах движений: бег и ходьба, прыжки, метание, бросание и ловля мяча, упражнения на полосе препятствий.

Проводимые на свежем воздухе физические упражнения способ-

ствуют функциональному совершенствованию детского организма, повышению его работоспособности, развитию защитных сил по отношению к неблагоприятным факторам внешней среды. Безусловно, особое значение в воспитании здорового ребенка придается развитию движений и формированию физической культуры на физкультурных занятиях. Мы применяем следующие формы занятий:

- по традиционной схеме;
- состоящие из набора подвижных игр большой, средней и малой интенсивности;
- соревнования, на которых дети в ходе различных эстафет двух команд выявляют победителей;
- занятия из серии «Здоровье», которые могут быть включены и в сетку в качестве познавательного развития. Детям даются представления о строении собственного тела, назначении органов, о том, что полезно и вредно для человеческого организма. Прививаются элементарные навыки по уходу за собой и оказанию первой помощи. Эти занятия имеют огромное значение в воспитании у ребенка потребности в здоровом образе жизни.

Один из важнейших компонентов укрепления и оздоровления детского организма, а также организации двигательного режима ребенка, направленного на поднятие эмоционального и мышечного тонуса детей, — *ут-*

ренная гимнастика. Ежедневное выполнение физических упражнений под руководством взрослого способствует проявлению волевых усилий, вырабатывает полезную привычку начинать день с утренней гимнастики. Постепенно она вовлекает весь организм в деятельное состояние, укрепляет дыхание, усиливает кровообращение, содействует обмену веществ, вызывает потребность в кислороде, помогает развитию правильной осанки. Чтобы предупредить возникновение плоскостопия, предлагаются упражнения для укрепления свода стопы — поднимание на носки, пятки. Музыка, сопровождающая движения, создает бодрое настроение, оказывает положительное влияние на нервную систему ребенка. Утренняя гимнастика проводится ежедневно до завтрака, в течение 10–12 мин на воздухе или в помещении (в зависимости от погодных условий). Если гимнастика проходит в помещении, форточки остаются открытыми, дети занимаются в физкультурной форме и босиком.

В перерывах между занятиями, особенно в старших группах, проводится *двигательная разминка.* Ее цель — предотвратить утомление и снять эмоциональное напряжение, что способствует более быстрому восприятию программного материала. Двигательная разминка позволяет активно отдохнуть после умственной нагрузки и вынужденной статической позы. Игровые упражнения,

используемые в разминке, хорошо знакомы детям, просты по содержанию, с небольшим количеством правил, не длительны по времени (не более 10–12 мин), доступны детям с разным уровнем двигательной активности.

Для предупреждения утомления на занятиях, связанных с длительным сидением в однообразной позе, требующих сосредоточенного внимания и поддержания умственной работоспособности на хорошем уровне, в детском саду проводятся *физкультминутки.* Они повышают общий тонус, развивают моторику, способствуют тренировке подвижности нервных процессов, совершенствуют внимание и память, создают положительный эмоциональный настрой и снимают психоэмоциональное напряжение. Длительность физкультминутки составляет 3–5 мин. Используются различные формы: в виде упражнений общеразвивающего воздействия (движения головы, рук, туловища, ног), подвижной игры, дидактической игры с разными движениями, танцевальных движений и игровых упражнений. Физкультминутка может сопровождаться текстом, связанным или не связанным с содержанием занятия.

Наряду с различными оздоровительными мероприятиями в дошкольном учреждении проводится и *гимнастика после дневного сна,* которая помогает улучшить настроение детей, поднять мышечный тонус, способствует

профилактике нарушений осанки и стопы. Гимнастика проводится при открытых форточках 7—15 мин. В течение года используются различные варианты. Ходьба и бег по массажным дорожкам сочетаются с контрастными воздушными ваннами и проводятся два раза в неделю по 5—7 мин. Массажная дорожка состоит из колючих ковриков, пособий и предметов, способствующих массажу стопы. Дети занимаются босиком, идут в медленном темпе по дорожке и плавно переходят на бег (1—1,5 мин) и снова переходят на спокойную ходьбу с дыхательными упражнениями. Это развивает выносливость, координацию движений, формирует стопу и укрепляет организм детей.

Точечный массаж — элементарный прием самопомощи своему организму. Упражнения точечного массажа учат детей сознательно заботиться о своем здоровье, прививают им уверенность в том, что они сами могут улучшить свое самочувствие. Наряду с этим точечный массаж считается профилактикой простудных заболеваний. Во время проведения пальцевого массажа происходит раздражение рецепторов кожи, мышц, сухожилий, пальцев рук, импульсы от которых проходят одновременно в головной и спинной мозг, откуда поступает команда включиться в работу различным органам и структурам. Массаж повышает защитные свойства оболочек

носоглотки, гортани, трахеи, бронхов и других органов. Под его действием организм начинает вырабатывать свои собственные «лекарства» (например, интерферон), часто более эффективные и безопасные, чем таблетки.

Центральное место занимает *режим дня*, предусматривающий максимальное пребывание детей на открытом воздухе, соответствующую возрасту продолжительность сна и других видов отдыха. Вся деятельность, связанная с физическими нагрузками (подвижные игры, труд, занятия физической культурой), проводится в часы наименьшей инсоляции. При осуществлении летней оздоровительной работы наш коллектив придерживается следующих принципов:

- комплексное использование профилактических, закаливающих и оздоровительных технологий;
- непрерывное проведение профилактических, закаливающих и оздоровительных мероприятий;
- преимущественное использование немедикаментозных средств оздоровления;
- использование простых и доступных технологий;
- формирование положительной мотивации у детей к проведению профилактических, закаливающих и оздоровительных мероприятий;
- интеграция программы профилактики и закаливания в семью и др.

Наш детский сад ориентирован на физкультурно-оздоровительное направление, во второй половине дня инструктор по физкультуре проводит с детьми кружковую работу (занятия каждого кружка планируются 2 раза в неделю) по следующим программам.

«Дыхательная гимнастика по А.Н. Стрельниковой». От правильного дыхания во многом зависят здоровье человека, его физическая и умственная деятельность. Дыхательные упражнения увеличивают вентиляцию, лимфо- и кровообращение в легких, снижают спазм бронхов и бронхиол, улучшают их проходимость, способствуют выделению мокроты, тренируют умение произвольно управлять дыханием, формируют правильную биомеханику дыхания, осуществляют профилактику заболеваний и осложнений органов дыхания.

«Оздоровительная гимнастика по системе К. Ниши». Направлена на профилактику искривлений позвоночника, улучшение кровообращения, создание мышечного корсета.

«Китайская оздоровительная гимнастика» укрепляет здоровье, развивает мышцы, сухожилия, улучшает работу суставов и внутренних органов.

«Хатха-йога». Гармонично развивает и укрепляет все мышцы тела, улучшает кровообращение, снимает переутомление.

«Фитбол-гимнастика». Развивает двигательные качества, совершенствует координацию движений, укрепляет мышечный

корсет, улучшает кровоснабжение позвоночника, суставов и внутренних органов, нормализует работу нервной системы.

Анализ кружковой работы показал: у детей, занимающихся физическими упражнениями дополнительно, повышается потребность в ежедневных занятиях физкультурой, лучше формируется техника выполнения упражнений; они меньше болеют простудными заболеваниями, многие из них посещают спортивные школы и комфортнее чувствуют себя в начальной школе.

Реализация здоровьесберегающей деятельности в процессе непрерывного образования в детском саду и школе и разработка современных педагогических технологий по физическому воспитанию — одна из важнейших и все еще нерешенных задач. Работа в ДОУ в физкультурно-оздоровительном направлении повышает престиж детского сада, поднимает на более высокий уровень профессионализм педагогов, заставляет их глубже заниматься самообразованием, обеспечивает условия для перевода ребенка из объекта в субъект воспитания, организует учебно-воспитательную деятельность, создает условия для сохранения и укрепления здоровья детей. Главное, научить детей с самого раннего возраста ценить, беречь и укреплять свое здоровье. Только в этом случае можно надеяться, что будущие поколения станут более здоровыми и развитыми не только интеллектуально, духовно, но и физически.

Особенности оздоровительной работы в специализированном ДОУ

Кононова Е.А.,

заведующий МБСОУ «Детский сад IV вида № 37»,
г. Майкоп, Республика Адыгея

В настоящее время не только для нашей страны, но и для стран всего мира характерно увеличение количества детей с различными нарушениями развития. Зрение занимает в этом перечне одно из центральных мест. С каждым годом растет число дошкольников, входящих в группу риска по зрению, т.е. при появлении даже незначительных неблагоприятных факторов у них могут возникнуть проблемы. По данным медицинских осмотров, проводимых перед поступлением в школу, чаще всего встречается близорукость (от 25 до 80% всех случаев патологии органов зрения). В каждом 13—15-м случаях диагностируется миопия

высокой степени, ведущая к выраженному нарушению зрения, резко ограничивающая возможности ребенка. Одно из актуальных направлений работы по охране здоровья детей — предотвращение формирования и прогрессирования патологии органов зрения, а также коррекция уже имеющихся нарушений.

МБСОУ № 37 — единственный в Республике Адыгея детский сад для детей с нарушением зрения. В настоящее время мы работаем с дошкольниками, имеющими различные аномалии в развитии зрения (близорукость, дальнозоркость, астигматизм, косоглазие) (см. таблицу).

Таблица

**Качественные и количественные показатели
состава детей, посещающих МБСОУ**

Год	2009	2010	2011
Общее количество детей	87	89	82
Дети с амблиопией	71	68	60
Слабовидящие	11	13	13
Слепые на один глаз	3	5	5
Слепые на оба глаза	2	3	4
Инвалиды по зрению	9	8	6

Обучение и воспитание направлены на раннюю коррекцию и компенсацию вторичных отклонений в развитии детей, осуществление лечебно-восстановительной работы по исправлению зрительной патологии, подготовке детей к обучению в школе.

Воспитание и обучение ребенка с нарушениями зрения решает три основные задачи:

- помогать ребенку в социализации через развитие его личности,
- корректировать и компенсировать нарушения;
- проводить медико-социальную реабилитацию и психолого-педагогическую поддержку семьи в вопросах воспитания, коррекции и компенсации нарушений развития ребенка с тяжелыми нарушениями зрения.

Первичное обследование поступивших в детский сад детей осуществляется на основе комплекса офтальмологических, общеклинических и педагогических исследований.

После проведения комплексного обследования состояния зрительных функций и органа зрения каждого ребенка формулируется клинический диагноз. Данные диагностики заносятся в медицинскую офтальмологическую карту, даются рекомендации о необходимости занятий с тифлопедагогом.

Комплексное обследование детей при приеме их в специализированное ДОО показывает: у

многих имеются и некоторые общепатологические процессы (нарушение в опорно-двигательной системе, патология ЦНС, недостатки речевого развития и т.д.).

Распределяя дошкольников по группам здоровья, мы видим, что детей 1-й группы, т.е. здоровых, нет.

Педагогическое обследование проводят психолог, логопед, тифлопедагог, инструктор по физкультуре, музыкальный руководитель, воспитатель по изобразительной деятельности, воспитатели всех возрастных групп. На основе полученных данных, на заседаниях психолого-медико-педагогических комиссий МБСОУ разрабатывается индивидуальный план коррекции.

Объединение лечебно-восстановительного и коррекционно-педагогического процессов — основной принцип работы специализированного детского сада.

Оно позволяет быстрее восстанавливать зрительные функции, обеспечивает полноценное развитие детей и подготовку к обучению в школе.

Процессы эти взаимосвязаны: — во-первых, одним тематическим планированием для воспитателей и педагогов-специалистов. Воспитатели работают в тесном контакте с тифлопедагогом, психологом, логопедом, медсестрой-ортопедисткой по единому тематическому плану. На каждом занятии, помимо общеобразовательных, решаются и коррекционные задачи,

- предполагающие включение в работу всех сохранных анализаторов;
- во-вторых, учетом индивидуальных особенностей и зрительных возможностей каждого воспитанника. Воспитатели делят детей на подгруппы, изучают медицинскую информацию о зрительной патологии каждого ребенка, этапах лечения, зрительной нагрузке, физкультурной группе;
 - в-третьих, использованием специфических методов и приемов для коррекции и компенсации зрительной недостаточности. Педагоги планируют и проводят с детьми специальные коррекционные игры и упражнения для развития, тренировки зрительных функций, мелкой моторики и ориентировки в пространстве, опираясь на рекомендации медсестры-ортоптистки и тифлопедагога, внесенные в карту индивидуального развития ребенка;
 - в-четвертых, созданием необходимых условий для проведения занятий.

Большое внимание уделяется подготовке детей к проверке остроты зрения, формированию у дошкольников осознанного положительного отношения к ношению очков, окклюзии и аппаратному лечению.

Интеграция деятельности всех специалистов МБСОУ способствует успешной социальной адаптации детей с нарушением

зрения и поступлению выпускников в массовые школы и гимназии.

МБСОУ работает над моделью оздоровления с учетом комплексного подхода к улучшению здоровья детей через повышение качества медико-социальных условий.

Для лечения и коррекции зрения функционирует ортоптический кабинет, где проходят лечебные процедуры. *Врач-офтальмолог* проводит обследование и назначает лечение. *Медсестры-ортоптистки* осуществляют плеоптические, ортоптические и диплоптические процедуры по назначению врача. Кабинет оснащен всем необходимым оборудованием.

Врач-офтальмолог назначает массаж спины и воротниковой зоны, врач-невролог — общий массаж, врач-ортопед — массаж спины и ног.

При наличии фоновой ретинопатии и патологии шейного отдела позвоночника проводится электрофорез с лекарственными веществами на шейно-воротниковую зону, для часто болеющих детей предусмотрены профилактические и лечебные курсы УФО облучения носоглотки, водные и световоздушные закаливающие процедуры.

Физиотерапевтическое лечение включает в себя применение лекарственного электрофореза по Щербак (с никотиновой кислотой), Бургиньону (со спазмолитической смесью), Ратнеру (0,5% р-р эуфиллина, 1% р-р папаверина).

Врачом-офтальмологом разработана система медикаментозной «поддержки» аппаратного лечения детей.

Оздоровление детей в МБСОУ базируется на *принципах*:

- комплексности (профилактические и оздоровительные технологии используются с учетом состояния здоровья детей, структуры учебно-воспитательного процесса, экологических условий);
- непрерывности при проведении оздоровительных и профилактических мероприятий;
- максимального охвата всех нуждающихся;
- индивидуальности;
- формирования положительной мотивации у детей и сотрудников;
- использования простых и доступных средств оздоровления;
- соблюдения санитарных норм и правил.

Для наиболее эффективной организации оздоровительных и профилактических мероприятий используется *мониторинг состояния здоровья вновь поступивших воспитанников*, необходимый для своевременного выявления отклонений. С целью сокращения сроков адаптации и отрицательных реакций у детей при поступлении в дошкольное учреждение организовано медико-педагогическое сопровождение с учетом возраста, состояния здоровья, индивидуальных особенностей ребенка.

По мере необходимости устанавливается щадящий режим,

неполный день пребывания в МБСОУ, согласованный с родителями. В этот период важно обеспечить здоровый ритм жизни ребенка путем организации рационального двигательного режима, проведения занятий и режимных моментов, ориентированных на преобладание положительных эмоций и желания детей.

Забота о здоровье ребенка начинается с создания благоприятного психологического климата, который бережно поддерживается и охраняется всеми без исключения. Каждый сотрудник детского сада проявляет доброжелательное отношение, внимание и заботу ко всем детям, к их настроению, эмоциональному самочувствию, личностному благополучию, успешности и комфорту.

Нарушения речи у детей с патологией зрения встречаются значительно чаще, чем у нормально видящих сверстников. Они своеобразны по выраженности, симптоматике и структуре. В связи с этим значительное место в воспитательно-образовательном процессе отводится коррекционной работе по преодолению речевых нарушений. По заключению Центра диагностики и консультирования в логопедической помощи нуждается большая часть детей, некоторые имеют по несколько логопедических диагнозов.

Учитель-логопед планирует работу на основе результатов обследования, проведенного в первые две недели обучения.

Диагноз заносится в специальную речевую карту обследования, где отмечается состояние всех основных речевых и неречевых функций (речь, слух, зрение, моторика и др.), а также причины и этиология речевой и зрительной патологии.

Комплексный коррекционно-логопедический подход занимает существенное место во всей системе коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения речи и зрения, в целях компенсации последствий зрительной патологии и подготовки их к обучению в школе.

Для дошкольников с нарушением зрения характерны недостатки развития движений и малая двигательная активность; у них, по сравнению с нормально видящими сверстниками, значительно хуже развиты пространственные представления, возможности практической микро- и макроориентировки, словесные обозначения пространственных отношений. Нарушение глазодвигательных функций вызывает ошибки выделения детьми формы, величины и пространственного расположения предметов.

Ритмика — составная часть музыкального и физического воспитания детей с нарушением зрения. Музыкально-ритмические упражнения, игры, хороводы и пляски позволяют им преодолевать трудности зрительно-пространственной ориентировки, некоординированность двига-

тельных актов, их аритмичность и гиподинамию.

Дети знакомятся с характером музыки и учатся соотносить свои движения с ее темпом, ритмом, скоростью, плавностью и др. Музыкальное сопровождение движений учит быть ритмичными, отзывчивыми к различным музыкальным актам.

Занятия способствуют снятию двигательной скованности. Большое внимание уделяется развитию зрительно-двигательной ориентировки в пространстве, обеспечиваются условия для лучшего его восприятия за счет использования световых, цветовых атрибутов, сигналов и ориентиров.

Важная роль в организации *физкультурно-оздоровительной работы* отводится развитию скоростных, координационных качеств и выносливости детей. Для этого в МБСОУ созданы все условия: приобретено современное и нетрадиционное физкультурное оборудование (гимнастические валики, мягкие модули), постоянно пополняется спортивный инвентарь, необходимый для самостоятельной двигательной активности на улице и в группе (флажки, мячи, качели, скакалки, обручи, навесные качели, гимнастические кольца, турники, бадминтон, велосипеды, самокаты). Во всех возрастных группах имеется форма для занятия физкультурой и ритмикой; прогулочные веранды оснащены пособиями для формирования двигательных

навыков основных движений; оборудована спортивная площадка на участке детского сада. В группах с учетом возрастных особенностей оборудованы «Уголки двигательной активности». Проводятся спортивные праздники и развлечения. В каждой возрастной группе оформлены папки здоровья, где собран и систематизирован материал по оздоровительной работе в МБСОУ.

Физическое воспитание строится с учетом индивидуальной подготовленности детей. Проводится диагностика уровня развития физических качеств для прогнозирования и коррекции воспитательно-образовательной работы, осуществления дифференцированного подхода.

Основные принципы организации двигательной активности в МБСОУ:

- физическая нагрузка должна быть адекватна возрасту, полу ребенка, уровню его физического развития, биологической зрелости и здоровья;
- двигательная активность должна сочетаться с общедоступными закаливающими процедурами;
- обязательно включение в комплекс физического воспитания элементов дыхательной, зрительной, пальчиковой гимнастики и самомассажа;
- необходимо проведение медицинского контроля за физическим воспитанием и оперативной медицинской коррек-

ции выявленных нарушений в состоянии здоровья;

- организация физкультурных мероприятий с учетом медицинских ограничений и сроков медотводов;
- включение в гимнастику и занятия элементов корригирующей гимнастики для профилактики плоскостопия и искривления осанки.

Регулярно организуется *активный отдых* детей: развлечения, праздники, игры-забавы, дни здоровья, каникулы.

Оздоровительный эффект этих мероприятий сочетается с поддержанием бодрого, жизнерадостного настроения, формированием принципов и правил здорового образа жизни. При планировании учитываются интерес, увлеченность и настроение каждого ребенка, соответствие нагрузки уровню физического развития и подготовленности. Осуществляя физкультурно-оздоровительную деятельность, педагоги соблюдают индивидуально-дифференцированный подход к детям. Проводя упражнения, они развивают не только двигательные, но и зрительные и слуховые функции. Упражнения предусматривают развитие остроты зрения, фиксации взгляда, цветоразличения. Все упражнения выполняются в соответствии с рекомендациями врача-офтальмолога.

К нормативам основных движений воспитатели подходят с учетом индивидуальных особенностей зрения и движения детей.

В зависимости от степени нарушения функций снижаются нормы расстояний при метании в цель, прыжках, лазанье; некоторые виды прыжков отменяются.

Закаливающие и оздоровительные процедуры обеспечивают тренировку защитных сил организма ребенка и повышение его устойчивости к воздействию постоянно меняющихся факторов окружающей среды.

Создание щадящих, благоприятных условий для детей с нарушением зрения — одно из направлений деятельности медико-педагогического коллектива.

Богатый дидактический материал, сосредоточенный в кабинетах и группах, позволяет правильно организовать коррекционно-воспитательную работу в сочетании с лечебно-восстановительной.

Группы оборудованы с учетом санитарно-гигиенических требований.

При составлении плана образовательной деятельности учитывается динамика работоспособности в течение дня и недели.

Коррекционные паузы проводятся на протяжении всего времени пребывания воспитанников в образовательном учреждении, особенно они важны во время учебного процесса. Коррекционная гимнастика становится привычной и необходимой. Дети постепенно осознают, что они делают ее для укрепления своего здоровья.

В течение дня воспитатели проводят упражнения на разви-

тие центральной фиксации, зрительную гимнастику, пальминг, соларизацию для глаз.

Использование разнообразных видов массажа в коррекционно-восстановительной работе успешно влияет на коррекцию зрения, предупреждает переутомление детей во время учебного процесса и в конечном счете является эффективным приемом здоровьесберегающей педагогики.

Формирование невосприимчивости к определенным инфекциям и стимуляция неспецифических факторов защиты организма ребенка проводится через *лечебно-оздоровительную работу*, включающую:

- оздоровление фитонцидами: ароматизация помещений (чесночные киндеры), чесночно-луковые закуски;
- стимулирующая терапия: лечебное смазывание носа оксолиновой мазью;
- витаминотерапия: отвар шиповника;
- витаминный стол (сок, фрукты);
- физиопроцедуры: тепловые прогревания, ингаляции (по показаниям врача проводит медицинская сестра по физиотерапии);
- оздоровительный массаж.

Корректируя познавательные процессы и эмоциональную сферу детей педагоги используют комплекс приемов *охраны психического здоровья ребенка*:

- элементы аутотренинга и релаксации;

- минутки тишины;
- фитодизайн помещений;
- элементы арттерапии;
- сказко-, смехотерапию;
- музыкотерапию — музыкально-игровые минутки.

Воспитание осознанного отношения ребенка к своему здоровью, формирование элементарных базовых знаний и практических навыков по обеспечению жизнедеятельности проходит через валеологическое сопровождение образовательной программы и включает:

- физическое здоровье («Я сильный, у меня красивое, стройное тело»);
- соматическое («Я здоров, у меня ничего не болит»);
- психическое («Я счастлив, у меня хорошее настроение»);
- нравственное («Я всех люблю и никому не делаю зла»).

Формирование представлений и навыков здорового образа жизни реализуется через все виды деятельности. Известно, что решение задач этого направления путем простой передачи знаний невозможно, поэтому мы сознательно отошли от назидательного обучения и используем проблемный и игровой методы. Педагогами МБСОУ используются серия занятий познавательного цикла «Я и мое тело», программа «Безопасность».

Оздоровительную направленность имеют и *музыкальные занятия*. Цель проводимой работы: организовать музыкально-оздо-

ровительную деятельность в специализированном детском саду, обеспечивающую каждому ребенку укрепление психического и физического здоровья, выявление и развитие музыкальных и творческих способностей, формирование привычки к здоровому образу жизни.

Для полноценного развития музыкальных и физических способностей детей в МБСОУ созданы все необходимые условия. Музыкальный и физкультурный залы, спортивная площадка, музыкальные уголки в группах оснащены соответствующим оборудованием для проведения музыкально-оздоровительной работы и отвечают гигиеническим требованиям.

Система музыкально-оздоровительной деятельности предполагает использование разнообразных здоровьесберегающих технологий, среди которых валеологические песенки-распевки, дыхательная и артикуляционная гимнастика, оздоровительные и фонопедические упражнения, игровой массаж, пальчиковые и речевые игры, музыкотерапия.

Комплексная медико-педагогическая модель оздоровления в условиях дошкольного учреждения дает возможность успешно решать задачи по формированию фундамента физического и психического здоровья ребенка.

Педагогами и медиками проводится *работа с родителями* по лечению, оздоровлению детей и

приобщению их к здоровому образу жизни. Используются разные формы: общие и групповые собрания, индивидуальные консультации, наглядная информация. Безусловно, решать вопросы оздоровления детей возможно только при условии тесного взаимодействия с родителями (законными представителями).

По результатам лечебно-восстановительной работы в течение многих лет отмечается отчетливая положительная динамика в восстановлении зрения дошкольников. Большинство воспитанников МБСОУ идут в массовые школы и хорошо справляются с программой обучения. Вовремя начатое комплексное лечение патологии глаз позволяет улучшить, а во многих случаях пол-

ностью восстановить зрительные функции, адаптировать ребенка к имеющимся необратимым изменениям органов зрения. Нельзя недооценивать важность постоянного ношения нашими воспитанниками очковой коррекции и окклюзии, в обычном детском саду это проблематично.

Таким образом, система лечебно-восстановительных мероприятий в МБСОУ позволяет достигнуть улучшения функций органов зрения у 95—96% воспитанников.

Итог нашей работы мы видим в становлении того уровня социальной компетентности ребенка, при котором он сможет удовлетворять свои потребности, решать социальные проблемы, адекватно оценивать себя и окружающих людей и равноправно взаимодействовать с ними.

Профилактическая работа с часто болеющими детьми

Коломийцева Н.С.,

доцент кафедры медико-биологических дисциплин;

Макрушина И.В.,

заместитель директора по учебной работе, Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета;

Поломарчук Т.А.,

заведующий МБДОУ № 6, г. Майкоп, Республика Адыгея

Проблема часто и длительно болеющих детей (ЧБД) относится к разряду наиболее актуаль-

ных в практике детского здравоохранения. Ее значимость определяется не только высокой до-

лей ЧБД среди детского населения РФ, но и теми неблагоприятными последствиями, к которым приводят повторные острые респираторные заболевания. Дети, подверженные частым респираторным инфекциям, составляют от 15 до 75% детской популяции, причем $\frac{2}{3}$ заболеваемости приходится на первые семь лет жизни.

Термин «часто болеющие дети» достаточно широко известен среди врачей-педиатров, медицинских сестер, педагогов и родителей. Несмотря на серьезные исследования этой проблемы, проведенные ведущими педиатрами, физиологами нашей страны, до настоящего времени еще существует ряд разночтений как в терминологии, так и в вопросах этиологии, патогенеза, лечения, профилактики и диспансерного наблюдения за этой категорией детей.

Говоря о «часто болеющих детях» (иногда используют термин «часто и длительно болеющий ребенок»), во-первых, подразумевают детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, при этом «допустимая»

частота респираторных инфекций зависит от возраста ребенка, во-вторых, эти дети не имеют наследственных, врожденных или хронических заболеваний, способствующих частому развитию у них респираторных инфекций.

По определению национальной научно-практической программы «Острые респираторные заболевания (ОРЗ) у детей: лечение и профилактика» (2002), ««часто болеющие дети» (ЧБД) — это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них. Повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям у ЧБД не связана со стойкими врожденными и наследственными патологическими состояниями».

Отечественные педиатры до настоящего времени в группу ЧБД относят детей на основании критериев, предложенных А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким (см. таблицу).

Таблица

Критерии включения детей в группу ЧБД

Возраст	Частота ОРЗ (эпизодов / год)
Дети 1-го года жизни	4 и более
Дети до 3 лет	6 и более
Дети 4—5 лет	5 и более
Дети старше 5 лет	4 и более

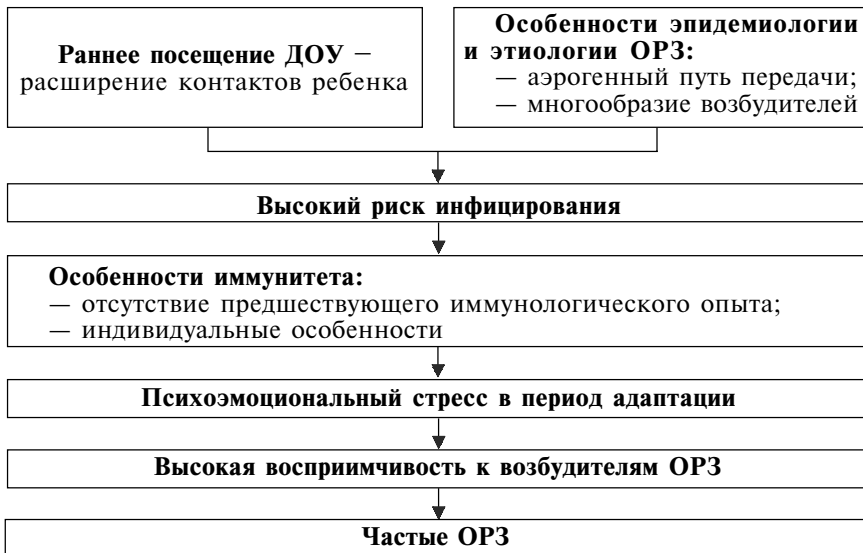


Рис. Основные причины и провоцирующие факторы рекуррентных ОРЗ при ранней социализации детей

В то же время некоторые клиницисты высказывают мнение: если у детей раннего возраста, особенно в период адаптации к детскому коллективу, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) протекают легко, то допустимая частота заболеваний может достигать 8 раз в год.

Хорошо известно, что острые респираторные инфекции являются самыми частыми заболеваниями как у детей, так и у взрослых. Однако наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. Частые ОРЗ у детей в настоящее время представляют не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему, а также затрагивают психолого-педагогический аспект.

С другой стороны, контакт и взаимодействие с респираторными инфекциями — необходимые условия становления иммунной системы ребенка, приобретения им иммунологического опыта, необходимого для адекватного реагирования на микробную агрессию. Однако частые респираторные заболевания, следующие одно за другим, безусловно, оказывают негативное воздействие (см. рисунок).

Таким образом, выделение группы ЧБД является своевременным и актуальным, однако в каждом конкретном случае необходимо проводить комплексное обследование ребенка для уточнения причин у него высокого уровня респираторной заболеваемости.

Своевременное проведение профилактических мероприятий

может существенно уменьшить частоту респираторных инфекций.

Наилучшей системой профилактики острых респираторных заболеваний у ЧБД, безусловно, считается формирование собственного адекватного иммунного ответа. Способствуют этому здоровый образ жизни, рациональный режим дня, полноценное питание, разнообразные программы закаливания.

Профилактика респираторных инфекций часто болеющих детей предусматривает ограничение контактов ребенка с больными гриппом и ОРВИ, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, сокращение использования городского транспорта и удлинение времени пребывания ребенка на воздухе. Частая респираторная заболеваемость тесно связана с пассивным курением, поэтому прекращение его — важное условие лечения и профилактики. Все дети, склонные к частым респираторным инфекциям, должны быть осмотрены и, при необходимости, пролечены ЛОР-врачом.

Основным методом повышения сопротивляемости ребенка инфекционным агентам служит *закаливание*. Систематическое контрастное воздушное или водное закаливание способствует повышению устойчивости организма к температурным колебаниям окружающей среды и повышению иммунологической реактивности организма. Адаптационные возможности ребенка

хорошо поддаются тренировке. Использование любых методов закаливания совершенствует работу аппарата терморегуляции и расширяет возможности приспособления организма к изменившимся температурным условиям. Закаливание не требует очень низких температур, важна контрастность воздействия и систематичность проведения процедур. Хорошо закаливают воздействия на подошвы ноги, постепенно — на всю кожу туловища и конечностей. Максимальная длительность закаливающих процедур не должна превышать 10–20 мин, гораздо важнее его регулярность и постепенность. Доказано, что у часто болеющих детей сочетание местных закаливающих процедур стоп и носоглотки через 3–4 мес. восстанавливало цитологические показатели носового секрета. Закаливающие процедуры хорошо сочетать с проведением гимнастики, массажа и самомассажа. Закаливание после нетяжелого ОРЗ можно возобновлять (или начинать) через 7–10 дней, при заболевании с длительностью температурной реакции более 4 дней — через 2 недели, а после 10-дневной лихорадки — через 3–4 недели. Эффективность можно оценить не ранее чем через 3–4 мес., а максимальный эффект наблюдается через год от начала регулярных процедур.

Отмечено, что при использовании различных методов закаливания происходят реципрокные изменения в кровотоке внутрен-

них органов, изменяется частота дыхания, повышается артериальное давление. Это ведет к улучшению состояния нервно-психической сферы, активации обмена веществ, повышению сопротивляемости детского организма. Многие из указанных методов закаливания используются при организации семейных оздоровительных физкультурных групп с положительной динамикой результатов оздоровления.

Анализируя варианты закаливания, нельзя не упомянуть о важной роли рационально организованной *двигательной активности*. Наибольшим закаливающим и оздоровительным эффектом обладают циклические, длительные, регулярно повторяющиеся упражнения, такие как массаж, гимнастика, подвижные игры, широкий круг физических упражнений. Представляют интерес данные об использовании с целью профилактики и оздоровления детей босохождения в помещении, в сочетании с воздушными ваннами, гимнастикой и упражнениями на микростадии, с элементами водных процедур. Авторы регистрируют снижение частоты острых респираторных заболеваний.

Учитывая ведущую роль дисфункций иммунитета в развитии повышенной восприимчивости детского организма к респираторным инфекциям, кроме комплекса общеукрепляющих мероприятий, с целью профилакти-

ки используется целый ряд *иммуномодулирующих средств*. При этом большинство исследователей подчеркивают, что использование иммуномодулирующих препаратов, в том числе из группы растительных адаптогенов с целью предупреждения респираторных инфекций у часто болеющих детей должно проводиться на фоне обязательного соблюдения общих принципов профилактики и оздоровления.

Так, существуют рекомендации по сезонному курсовому (1–2 раза в год) применению иммуномодулирующих препаратов с целью повысить неспецифическую резистентность часто болеющих детей к острым респираторным заболеваниям. Из средств неспецифической профилактики хорошо известны растительные адаптогены: китайский лимонник, элеутерококк, женьшень, эхинацея, левзея. Наиболее часто применяются препараты, полученные из эхинацеи (Иммунал, Иммуном, Эхинацин ликвидум). Хорошо зарекомендовал себя Биоарон С (сочетание алоэ и черноплодной рябины). Однако данные препараты применяются строго в соответствии и по назначению врача-педиатра.

Группа ЧБД достаточно многочисленна среди дошкольников, проживающих в экологически неблагоприятных регионах и посещающих детские дошкольные учреждения. Эти дети нуждаются в проведении регулярных

комплексных профилактических мероприятий, а при развитии острой респираторной инфекции — в своевременной и адекватной терапии.

В системе средств естественной профилактики ведущее место принадлежит оздоровительной физической культуре, обеспечивающей удовлетворение биологической потребности ребенка в двигательной активности. Дозированные физические нагрузки обладают общетонизирующим воздействием на растущий организм, что приводит к стимуляции деятельности жизненно важных систем и улучшению показателей физической подготовленности.

Авторская модель, направленная на реализацию здоровьесберегающих технологий и организацию профилактической работы с ЧБД в МБДОУ № 6 г. Майкопа включает оптимальный двигательный режим детского сада, сочетающий различные формы занятий физическими упражнениями с оздоровительными мероприятиями. Это создает условия для реабилитации детей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата и заболевания дыхательной системы.

Здоровьесберегающие технологии имеют структуру и содержание, описание особенностей развития здоровых и часто и длительно болеющих детей дошкольного возраста; классификацию технологий сохранения и укрепления здоровья детей; рекомендации по

проведению мониторинга и оценке эффективности здоровьесберегающих технологий в детском саду; врачебно-педагогический контроль и рекомендации по проведению технологии оздоровления детей дошкольного возраста.

Здоровьесберегающие технологии можно определить как качественную характеристику любой образовательной технологии, ее «сертификат безопасности для здоровья», и как совокупность тех приемов, принципов, методов, которые дополняют традиционные технологии обучения, воспитания и развития.

Цель данной работы в детском саду: укреплять здоровье воспитанников. Совокупность воздействий и взаимодействий, т.е. технологий в педагогической системе, оказывающих влияние на здоровье ребенка, обозначены как педагогические факторы обеспечения здоровья.

Для реализации цели были решены следующие *задачи*:

- разработать и апробировать оздоровительные мероприятия и структуру двигательного режима, отвечающего возрастным возможностям детей дошкольного возраста и содержащего различные формы оздоровительной физической культуры;
- модель сочетания занятий физическими упражнениями с оздоровительными мероприятиями;
- оценить эффективность и влияние двигательного режи-

ма с включением оздоровительных мероприятий на повышение показателей физического развития и физической подготовленности дошкольников, реабилитацию и коррекцию нарушений здоровья.

Главное условие оздоровления образовательной среды — внедрение системы комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья детей, разработанной авторским коллективом Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, педагогическим коллективом и медицинскими работниками МБДОУ № 6 г. Майкопа. Эта система имеет научно-обоснованную концепцию здоровьесберегающих технологий и комплекс научных разработок для организационного и научно-методического обеспечения деятельности дошкольных учреждений по охране и укреплению здоровья детей, формированию у них здорового и безопасного образа жизни.

Реализация здоровьесберегающей технологии осуществляется по блокам.

Здоровьесберегающая инфраструктура:

- состояние и содержание здания детского сада и помещений в соответствии с гигиеническими нормативами;
- оснащенность спортивного зала, спортплощадок необходимым оборудованием и инвентарем;
- наличие и оснащение медицинского кабинета;
- организация качественного питания;
- необходимый (в расчете на количество воспитанников) и квалифицированный состав специалистов, обеспечивающий работу с детьми (медицинские работники, специалист по физической культуре, психолог, логопед и т.п.).

Ответственность и контроль за реализацию этого блока возлагается на администрацию детского сада.

Рациональная организация здоровьесберегающей деятельности воспитанников, направленная на снижение чрезмерного функционального напряжения и утомления, уменьшения количества детей, относящихся к группе «ЧБД», создание условий для снятия перегрузки, чередования труда и отдыха, включает:

- соблюдение гигиенических норм и требований к организации и объему нагрузки на занятия;
- использование методов и методик обучения, адекватных возрастным возможностям и особенностям воспитанников;
- введение любых инноваций в образовательный процесс только под контролем специалистов;
- строгое соблюдение всех требований к использованию технических средств в обучении (компьютер, аудио-визуальные средства);
- рациональную и соответствующую требованиям организа-

- цию занятий физической культурой и занятий активнo-двигательного характера;
- индивидуализацию обучения (учет индивидуальных особенностей развития);
 - ведение систематической работы с детьми с ослабленным здоровьем и с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Эффективность реализации этого блока зависит от деятельности всех сотрудников дошкольного учреждения.

Рациональная организация физкультурно-оздоровительной работы, направленная на обеспечение двигательного режима воспитанников, нормального физического развития и двигательной подготовленности детей всех возрастов, повышение адаптивных возможностей организма, сохранение и укрепление здоровья воспитанников, и формирование культуры здоровья, включает:

- полноценную и эффективную работу с детьми всех групп здоровья (в том числе ЧБД);
- организацию работы групп коррекционной гимнастики;
- динамических перемен, физкультурминуток на занятиях;
- регулярное проведение оздоровительных мероприятий.

Реализация этого блока зависит от деятельности администрации образовательного учреждения, специалистов по физической культуре, медицинских работни-

ков, психологов, всего педагогического коллектива.

Просветительско-воспитательная работа с воспитанниками, направленная на формирование культуры здорового и безопасного образа жизни, включает:

- образовательные программы, направленные на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни;
- проведение дней здоровья, конкурсов, праздников и других мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни, профилактическую работу.

Просветительская и методическая работа с воспитателями, специалистами, направленная на повышение квалификации работников образовательного учреждения и уровня знаний родителей (законных представителей) по проблемам охраны и укрепления здоровья детей, включает:

- проведение соответствующих лекций, семинаров, круглых столов;
- приобретение для педагогов, специалистов и родителей (законных представителей) необходимой научно-методической литературы;
- лекции, семинары, консультации, курсы по различным вопросам роста и развития ребенка, его здоровья, факторам, положительно и отрицательно влияющим на здоровье детей, и т.п.;
- организацию совместной работы педагогов и родителей (за-

конных представителей) по проведению спортивных соревнований, дней здоровья, занятий по профилактике вредных привычек.

Реализация этого блока зависит от активности администрации образовательного учреждения, воспитателей и родителей.

Организация динамического наблюдения, проведение профилактики и систематического мониторинга здоровья. *Показатели мониторинга:*

- использование рекомендованных и утвержденных методов профилактики заболеваний, не требующих постоянного наблюдения врача;
- регулярный анализ и обсуждение на педсоветах данных о состоянии здоровья дошкольников, доступность сведений для каждого педагога;
- регулярный анализ результатов динамических наблюдений за состоянием здоровья детей, их обсуждение с педагогами и родителями, ведение «Карты здоровья ребенка»;
- создание системы комплексной педагогической, психологической и социальной помощи детям.

Для внедрения здоровьесберегающих технологий и методов профилактической работы с ЧБД в образовательный процесс дошкольного учреждения необходимы мониторинг и оценка физического развития, физической подготовленности. Они проводятся с целью выявления закономер-

ностей роста и развития детей, индивидуальной оценки их уровня развития, степени гармоничности; оценки состояния здоровья; изучения влияния внешних факторов окружающей среды и различных видов деятельности; оценки эффективности оздоровительных мероприятий.

Оздоровительная программа включает рациональную двигательную активность детей наряду с их самостоятельной деятельностью, которая обеспечивает многообразные формы работы и виды занятий по физической культуре. Каждое занятие решает задачи: оздоровление детей, обучение и тренировка, активный отдых и рекомендации для организации семейного досуга.

Физкультурно-оздоровительные технологии являются логическим продолжением профилактической, воспитательно-оздоровительной и организационно-педагогической деятельности в детских учреждениях.

Целенаправленная и эффективная система профилактической работы с детьми, реализация физкультурно-оздоровительных технологий в условиях ДОУ является одним из резервов снижения детской заболеваемости. Поиск новых неординарных подходов решения данной проблемы, принадлежащей к числу актуальных задач педиатрии и педагогики, побуждает исследователей вести интенсивную работу в этом направлении.

Литература

Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети. Нижний Новгород, 2003.

Макарова З.С., Голубева Л.Г. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольных учреждениях. М., 2004.

Мартинов С.М. Нетрадиционные методы реабилитации часто болеющих детей: Кн. для родителей. М., 2005.

Марушков Ю.В. Профилактика и терапия частых респираторных заболеваний у детей — актуальная проблема педиатрии // Современная педиатрия. 2006. № 2 (11). С. 32—36.

Мельникова Н.Л. Взаимодействие дошкольного учреждения и

семьи в образовательном и оздоровительном процессе // Физическая культура и спорт в системе воспитания юных петербуржцев: Мат-лы науч.-практ. конф. СПб., 2000. С. 18—19.

Мозалевский А.Ф. Этапная реабилитация и оздоровление детей, часто болеющих респираторными заболеваниями: метод. рекомендации. Киев, 1992.

Назаренко Л.Д. Оздоровительные основы физических упражнений. М., 2002.

Панкратова И.В. Растим здоровое поколение // Управление дошкольным образовательным учреждением. 2004. № 1. С. 66.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Дети чувствуют вкус овощей иначе

Многие дети не любят овощи из-за повышенной чувствительности к горькому вкусу, считают исследователи из университета Темпл в США. Они выяснили, что такая особенность может быть очень распространенной среди малышей. Исследования показали, что неприязнь к вкусу некоторых пищевых продуктов может быть связана с наличием гена TAS2R38, который отвечает за повышенную чувствительность к горькому. Ученые полагают, что такие зеленые овощи, как брокколи или листовой салат, могут показаться горькими на вкус 70% малышей.

Исследователи проверили, как вкусовые добавки к овощным блюдам влияют на выбор детей. Выяснилось, что даже небольшое количество йогуртового соуса позволяет увеличить потребление брокколи на 80% среди малышей с чувствительностью к горькому вкусу. «Мы знаем, что дети могут научиться любить овощи, если предлагать их часто, без понукания и наказаний, — говорят ученые. — Они могут отказываться от некоторых овощей, но, добавляя нежирные заправки, эти продукты можно сделать постоянной частью детского рациона». Исследователи рекомендуют заправлять овощи яблочным пюре без сахара или обезжиренным несладким йогуртом — дополнительным источником кальция. Это поможет каждый день кормить ребенка полезными овощами.

<http://www.takzdorovo.ru>

Последствия укороченной подъязычной связки глазами логопеда и стоматолога

Терентьева М.А.,

учитель-логопед ГБОУ д/с № 2183;

Терентьев С.П.,

стоматолог-хирург, стоматологическая клиника
«Дента—Вита», Москва

Подъязычная уздечка — перепонка, которая находится под языком и соединяет язык с подъязычным пространством. Разглядеть ее во рту не так-то просто. Даже не пытайтесь хвататься за язык и поднимать его! Ребенок вряд ли это потерпит. К тому же можно серьезно травмировать слизистую оболочку языка. Продемонстрировать подъязычную связку может сам малыш, причем совершенно добровольно. А вы используйте маленькие хитрости. Широко раскройте свой рот и потяните кончик языка к нёбу. Затем скажите: «У меня язык поднимается высоко-высоко! А у тебя?»

И вот тут ловите момент, чтобы рассмотреть подъязычную уздечку крохи.

Как определить, достаточной ли длины подъязычная связка?

Действительно, у разных людей она может быть разной длины. Если ребенок может высунуть изо рта язык и при этом его кончик не раздваивается в форме двух полукруглых лепестков из-за того, что снизу его тянет подъязычная связка, если он может облизать блюдце, поцокать языком, у него скорее всего не будет препятствий для постановки звуков, требующих подъема языка к нёбу.

У ребенка 5 лет уздечка в растянутом состоянии должна быть не менее 8 мм.

Практикующие учителя-логопеды в своей работе нередко сталкиваются с механической (органической) *дислалией*, очень часто причиной которой является короткая подъязычная связка. При этом затруднены движе-

ПЕДИАТРИЯ



ния языка, так как слишком короткая уздечка не дает ему возможности высоко подниматься, что нарушает произношение так называемых верхних звуков [ш], [ж], [л], [р].

Если вы не знаете о состоянии подъязычной связки вашего ребенка и самостоятельно определить это не можете, обратитесь за консультацией к стоматологу-хирургу или логопеду. Если же вам известно о подобной особенности речевого аппарата ребенка, целесообразно как можно раньше начать выполнять упражнения по растяжению подъязычной связки. Они достаточно просты и в ряде случаев помогают избежать обращения к хирургу в старшем дошкольном возрасте.

Многие упражнения можно начинать делать с самого раннего возраста. Помните! Малыш не сможет сесть с вами перед зеркалом и выполнять упражнения по инструкции. Превратите все в игру. Тогда ребенок с пользой и удовольствием проведет время. *Самым маленьким* можно посоветовать такие упражнения.

«Оближи блюдце». Предложите ребенку, как котенку вылизать блюдце. Можно тянуться языком за ложечкой.

«Дотянись языком до подбородка».

«Дотянись языком до носа».

«Качели».

«Лошадка». Улыбнуться, открыть рот. Пощелкать кончиком языка, как цокают лошадки. Рот

при этом открыт, язык должен быть широким. Следить, чтобы кончик языка не подворачивался внутрь, а нижняя челюсть оставалась неподвижной.

Детям постарше, наряду с предыдущими, можно давать следующие упражнения.

«Вкусное варенье». Слегка приоткрыть рот, язык двигается по верхней губе сверху вниз, но не из стороны в сторону (как будто слизывает варенье). Нижняя челюсть должна быть неподвижна.

«Маляр». Предложите ребенку языком, как «кисточкой», покрасить в «доме» — ротике потолок. Для этого надо открыть рот и широким кончиком языка погладить нёбо, делая движения вперед-назад (от зубов в глубь ротовой полости и обратно).

«Барабан». Покажите ребенку, как можно изобразить барабан, отбивая дробь с помощью языка. Для этого надо открыть рот, слегка улыбнуться и напряженным кончиком языка постучать по альвеолам (бугоркам за верхними резцами), многократно и отчетливо, на одном дыхании, произнося: «Д-д-д». Сначала стучать следует медленно, затем увеличить темп.

Попросить ребенка повторить. Следите за тем, чтобы во время выполнения упражнения он не закрывал рот. Посоревнуйтесь, чей барабан дольше стучит.

«Грибок». Широко открыть рот, прижать широкий язык всей плоскостью к нёбу и присосать его. Удерживать язык в таком

положении 5—10 с. Язык будет напоминать шапку грибка, а растянутая подъязычная связка — его тоненькую ножку. Затем «отклеить» язык и закрыть рот.

Повторить упражнение 2—3 раза.

«Гармошка». Покажите ребенку, как можно изобразить с помощью языка гармошку. Для этого надо присосать широкий кончик языка к нёбу, как в упражнении «Грибок», а затем, не отклеивая язык, открыть и закрыть рот. Подъязычная связка (уздечка) будет выполнять роль гармошки, которая то растягивается на всю длину, то сжимается.

Упражнения необходимо делать систематически, постепенно увеличивая время выполнения (количество повторений каждого упражнения), только в этом случае будет достигнут нужный эффект. Чем раньше вы начнете занятия с ребенком, тем быстрее достигнете нужного результата. Чем старше ребенок, тем сложнее растянуть подъязычную уздечку (целенаправленное растягивание с применением логопедического массажа — процедура неприятная, довольно болезненная для ребенка). Растягивание наиболее успешно до 5 лет.

Но, к сожалению, не всегда можно добиться желаемого результата артикуляционными упражнениями. Ох, как не любят родители слушать доводы в пользу операции на подъязычной уздечке. Поверьте, и логопеды до последнего тянут с ее рассечени-

ем. Но есть случаи, когда операция необходима. Знаем, родители будут говорить о психической травме, стрессе и т.д. Не станем спорить, а лишь перечислим основные последствия нашего с вами бездействия при укороченной подъязычной связке.

Итак, *короткая подъязычная уздечка*:

- может вызывать затруднение движений языка, так как не дает ему возможности высоко подниматься. Слишком короткая уздечка ограничивает положение языка. Он лежит на дне полости рта, таким образом нарушаются функция глотания, произнесение звуков, а в дальнейшем и возникновение ряда зубочелюстных аномалий;
- может приводить к смещению центра языка, его несимметричному развитию;
- может быть и причиной нарушения дикции — ясности, разборчивости речи.

В некоторых случаях может провоцировать проблемы с формированием нижней челюсти, т.е. зубы могут отклоняться и оголяться шейки зубов. Есть риск развития пародонтита и гингивита.

Поспешим вас успокоить, подрезание (подсечение) подъязычной уздечки не так уж и болезненно, как об этом говорят. Операция по своей сути не сложная, данный вид операции, как правило, проводится под местной анестезией. Эту процедуру проведет стоматолог-хирург в детской стоматологической поликлинике. Лучше бы

подрезать уздечку в самом раннем возрасте, до 3 мес., иногда это делают даже в роддоме. Но и в полтора года это сделать совсем не поздно, но нужно.

Для принятия решения о подсечении стоит рассмотреть и оценить следующие параметры:

- правильность произнесения шипящих (не являются ли они «нижними»), т.е. не мешает ли укороченная уздечка правильно произносить эти звуки. Если шипящие искажены, это аргумент в пользу подсечения или растяжки уздечки;
- степень поднятия кончика языка к верхним зубам и плотность уздечки, степень и площадь поверхности приращивания уздечки к языку (если она очень плотная, растягивание не решит этой проблемы).

Существует *лазерное подсечение*, занимающее несколько ми-

нут, не требующее анестезии, боли при этом ребенок не чувствует.

В последнее время уменьшилось количество людей, которым показана *пластика уздечек языка*. Связано это, в первую очередь, с хорошей работой неонатологов, а также с улучшением организации детской стоматологической службы. Что очень приятно сознавать.

С пластикой уздечек не стоит тянуть, поскольку, являясь мерой профилактической, она предотвращает возникновение других, более серьезных заболеваний. Нуждается ли ваш ребенок в подобной процедуре, может определить лишь квалифицированный специалист. Поэтому слушайте рекомендации вашего логопеда. Если в достаточной мере растянуть подъязычную связку на логопедических занятиях и дома не удалось, следует обращаться к стоматологу-хирургу.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу
по оздоровительной работе в ДОУ



КАК СДЕЛАТЬ ОСАНКУ КРАСИВОЙ, А ПОХОДКУ ЛЕГКОЙ

Автор — Бабенкова Е.А.

Книга посвящена воспитанию навыков правильной осанки и походки у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Представлены рекомендации по определению нарушений опорно-двигательного аппарата, комплексы упражнений корригирующей гимнастики, лечебной физической культуры, вопросы и ответы для проверки знаний и деятельности обучающихся по формированию правильной осанки и походки.



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.**

Профилактика и коррекция плоскостопия у дошкольников средствами физического воспитания

Латышева Р.А.,

воспитатель;

Хайбатова М.З.,

воспитатель ГБОУ д/с № 2567, Москва

В настоящее время проблема профилактики и коррекция отклонений в состоянии здоровья детей дошкольного возраста приобрела особую актуальность. Это обусловлено прежде всего наличием большого числа дошкольников (84,9%) с различными отклонениями в состоянии здоровья. В связи с этим возрастает значение организации работы профилактической и коррекционной направленности непосредственно в условиях дошкольного образовательного учреждения (ДОУ), где ребенок находится практически ежедневно и где, следовательно, имеется возможность обеспечить своевременность и регулярность воздействий. Однако, по мнению Л.Б. Лебедевой, М.А. Митрохиной, система реабилитации детей в условиях ДОУ практически не сформирована. Отмечается разобщенность деятельности медицинского и педагогического персонала в оказании коррекционной помо-

щи детям, наблюдается явно недостаточная осведомленность педагогов и родителей в коррекционно-профилактических вопросах развития, воспитания и обучения. Несмотря на традиционное декларирование важности раннего выявления и коррекции недостатков в психическом и физическом развитии коррекционно-педагогическая деятельность так и не стала приоритетной в реальной практике системы образования, хотя она должна рассматриваться как обязательная составная часть государственного стандарта образования.

В процессе организации работы профилактической и коррекционной направленности в условиях ДОУ особое внимание необходимо уделять профилактике и коррекции нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата (дефектов осанки, плоскостопия), поскольку среди функциональных отклонений они имеют наибольший удельный вес.

В частности, исследованиями установлено, что 67,3% детей старшего дошкольного возраста имеют плоскостопие.

Плоскостопие рассматривается как нарушение функций стопы, которое внешне проявляется в опущении сводов стопы, что вызвано ослаблением мышц и растяжением ее связок. Другие авторы под плоскостопием понимают деформацию стопы, заключающуюся в уменьшении высоты ее сводов в сочетании с пронацией пятки и супинационной контрактурой переднего отдела стопы. В результате опускается ее медиальный край, патологически растягивается связочный аппарат, изменяется положение костей; мышцы-супинаторы, играющие важную роль в поддержании свода стопы, ослабевают и атрофируются.

Стопа — опора, фундамент тела, поэтому естественно, что нарушение этого фундамента обязательно отражается на формировании подрастающего организма. Изменение формы стопы не только вызывает снижение ее функциональных возможностей, но и, что особенно важно, изменяет положение таза, позвоночника. Это отрицательно влияет на функции последнего и, следовательно, на осанку и общее состояние ребенка. Недостаточное развитие мышц и связок стоп неблагоприятно сказывается на развитии многих движений у детей, приводит к снижению двигательной активности и может стать серьезным

препятствием к занятиям многими видами спорта. Таким образом, укрепление опорно-двигательного аппарата, и в частности стопы, имеет большое значение.

Ежегодная диагностика состояния сводов стопы у детей дошкольного возраста должна осуществляться медицинским персоналом ДООУ с использованием объективных методов исследования. На основе результатов диагностики формируются рекомендации по использованию средств физического воспитания в целях профилактики и коррекции деформации стоп. С детьми, у которых выявлены функциональная недостаточность стоп, или плоскостопие, должна проводиться индивидуальная работа, включая занятия ЛФК.

Создание полноценной развивающей физкультурно-оздоровительной среды предусматривает наличие оборудования и инвентаря, способствующих укреплению мышц стопы и голени и оказывающих положительное влияние на формирование сводов стопы (ребристые и наклонные доски, скошенные поверхности, гимнастическая стенка, веревочные лестницы, обручи, мячи, скакалки, массажные коврики, гимнастические палки и маты, велосипеды, педали которых имеют конусообразный валик, предназначенный для формирования свода стопы, специальные тренажеры). Следует предоставить детям возможность применения указанно-

го оборудования. Кроме того, в теплое время года необходимо обеспечить возможность систематического использования природно-оздоровительных факторов, например оборудовать на групповых участках естественные грунтовые дорожки (из песка, гальки, мелкой щебенки и т.п.).

Успешное решение оздоровительных задач физического воспитания возможно на основе *совместной деятельности педагогического коллектива образовательных учреждений и родителей*. Для привлечения родителей к активному участию в работе профилактической и коррекционной направленности можно использовать различные формы общения с семьей: родительские собрания, тематические консультации, педагогические беседы, дни открытых дверей, открытые занятия по физической культуре, стенды (уголки) для родителей, папки-передвижки и т.п. Это позволит обеспечить преемственность в развитии и обучении ребенка в условиях ДОУ и семьи, а также повысить осведомленность родителей в коррекционно-профилактических вопросах воспитания детей.

В сохранении и укреплении здоровья подрастающего поколения особое место отводится *валеологическому образованию* человека. Одна из его задач — формировать необходимые знания, умения и навыки по использованию средств физического вос-

питания, и в частности гигиенических факторов, естественных сил природы, физических упражнений в целях профилактики различных заболеваний и функциональных отклонений. В связи с этим целесообразно в процессе занятий по валеологии уделить внимание изучению темы *«Строение и функции стопы. Профилактика и коррекция плоскостопия»*.

Представленная методика организации работы по профилактике и коррекции плоскостопия, предусматривающая комплексное использование средств физического воспитания, достаточно эффективна и позволяет добиться значительного снижения числа детей, имеющих деформацию стоп.

Ниже приводятся комплексы специальных упражнений, направленных на укрепление мышц стопы и голени и формирование сводов стоп. Они могут применяться в различных частях занятия по физической культуре, а также в других формах работы по физическому воспитанию — в процессе утренней зарядки, гимнастики после дневного сна, в качестве домашних заданий и т.п. Наибольший эффект достигается, когда упражнения выполняются босиком.

Дозировка упражнений зависит от возраста и уровня подготовленности детей и может составлять от 4—5 раз на этапе разучивания упражнений до 10—

12 раз на этапе закрепления и совершенствования комплекса.

С целью создания положительного эмоционального фона следует выполнять упражнения под музыку (например, для комплекса «Утята» в качестве музыкального сопровождения можно использовать «Танец маленьких лебедей» из балета П.И. Чайковского «Лебединое озеро» в современной обработке). Кроме того, необходимо использовать наглядные пособия (различные картинки, рисунки), а также загадки, песни, стихотворения, соответствующие сюжету комплекса. Все это будет способствовать повышению интереса и активности детей и, следовательно, более качественному выполнению упражнений.

Комплекс «Утята»

1. «Утята шагают к реке»

И.п. — сидя, согнув ноги, руки в упоре сзади.

Ходьба на месте без отрыва носков от пола.

2. «Утка ходит вразвалочку-спотыкалочку»

И.п. — то же.

1—2 — поднимая внутренние своды, опереться на наружные края стоп.

3—4 — и.п.

3. «Утята встретили на тропинке гусеницу»

И.п. — то же.

Ползающие движения стоп вперед и назад с помощью пальцев.

4. «Утка крикает»

И.п. — то же.

1—2 — отрывая пятки от пола, развести их в стороны, «клюв открылся», произнести «кря-кря».

3—4 — и.п.

5. «Утята учатся плавать»

И.п. — сидя руки в упоре сзади, носки натянуть.

1 — согнутую правую стопу выставить вперед.

2 — разгибая правую стопу, согнутую левую стопу выставить вперед.

Комплекс с гимнастической палкой

1. И.п. — сидя, согнув ноги врозь, стопы параллельно, руки в упоре сзади, палка на полу под серединой стоп.

Катать палку вперед-назад двумя стопами вместе и поочередно.

2. И.п. — то же.

1—2 — сгибая пальцы ног, обхватить ими палку.

3—6 — держать.

7—8 — и.п.

И.п. — то же.

1—2 — поднять пятки, опираясь пальцами ног о пол.

3—4 — и.п.

4. И.п. — сидя по-турецки, палка вертикально на полу между стопами, хватом двумя руками поддерживать ее за верхний конец.

Движениями стоп вперед-назад вращать палку вокруг вертикальной оси.

5. И.п. — то же.

Стараясь обхватить палку стопами, поочередно перемещать их по палке вверх и вниз.

6. И.п. — стоя ноги вместе на палке, лежащей на полу, руки на пояс.

Ходьба по палке приставным шагом вправо и влево, палка под серединой стоп; то же, но пятки на палке, а носки на полу; то же, но носки на палке, а пятки на полу.

Примечание. Лучше всего использовать деревянные гимнастические палки длиной 80, диаметром 2 см.

Комплекс «Матрешки»

(на основе элементов русских народных танцев)

1. «Мы — веселые матрешки, на ногах у нас сапожки»

И.п. — стоя ноги вместе, руки на пояс.

1 — правую ногу выставить вперед на пятку.

2—3 — покачать носком вправо-влево.

4 — приставляя правую ногу, и.п.

5—8 — то же с левой ноги.

2. «Красные сапожки, резвые ножки»

И.п. — то же.

1 — правую ногу вперед, в сторону на пятку.

2 — правую ногу на носок.

3 — правую ногу на пятку.

4 — с притопом, приставляя правую ногу, и.п.

5—8 — то же с левой ноги.

3. «Танец каблучков»

И.п. — то же.

1—2 — поочередно шаг правой, затем левой вперед на пятку, руки в стороны ладонями вверх.

3—4 — поочередно шаг правой, затем левой назад на носок, полуприсед, руки на пояс.

4. «Гармошка»

И.п. — стоя пятки вместе, носки врозь, руки на пояс.

1 — слегка приподнять пятку правой, носок левой ноги и скользящим движением перевести вправо.

2 — опуская пятку правой, носок левой ноги на пол, стойка носки вместе, пятки врозь.

3 — слегка приподнять носок правой, пятку левой ноги и скользящим движением перевести вправо.

4 — опуская носок правой, пятку левой ноги на пол, и.п.

5—8 — то же, что 1—4.

1—8 — то же, передвигаясь влево.

5. «Елочка»

И.п. — то же.

1 — слегка приподняв носки, скользящим движением перевести их вправо и опустить на пол.

2 — слегка приподняв пятки, скользящим движением перевести их вправо и опустить на пол.

3—8 — таким образом продолжать передвигаться вправо.

1—8 — то же влево.

6. «Присядка»

И.п. — то же.

1 — присед на носках, колени в стороны, руки вперед — в стороны ладонями вверх.

2 — и.п.

3 — правую ногу в сторону, опустить на пятку.

4 — приставляя правую ногу, и.п.

5—8 — то же с другой ноги.

7. «Шаг с припаданием»

И.п. — стоя на правой ноге, левую в сторону книзу, руки на пояс.

1 — шаг левой ногой в сторону, с носка перекатом на всю стопу в полуприсед.

2 — встать на правый носок скрестно за левой ногой, левую в сторону книзу.

3—4 — то же, что на счет 1—2.

То же в другую сторону.

Формирование правильной осанки у детей

Осанка — положение тела при движении и в неподвижном состоянии, к которому человек привык. Правильная, красивая осанка является залогом здоровья, успеха и уверенности в себе. Формируется осанка в основном в детстве, пока растет скелет, исправлять ее с годами становится все сложнее. Как же сформировать правильную осанку у вашего ребенка и сохранить ее?

Причины нарушения осанки

Факторы, послужившие нарушению осанки, могут быть самы-

ми разными. У детей позвоночник искривляется чаще всего из-за нездорового образа жизни: ребенок мало двигается, неправильно питается, не имеет правильно организованного рабочего места. Причиной нарушения осанки может быть плохое зрение — ребенок склоняется над книгами или тетрадями все больше и больше.

Как формировать осанку

Чтобы осанка ребенка была красивой, позаботьтесь о его рабочем месте. Оно должно быть хорошо освещено, чтобы свет падал слева. Мебель должна строго соответствовать росту ребенка, ребенок должен чувствовать себя комфортно — ноги не висят, колени не упираются в столешницу, локти не приходится задиравать.

Также немаловажен правильно подобранный ранец с жесткой спинкой. Научите ребенка складывать книги и тетради так, чтобы вес ранца распределялся равномерно по спине.

Профилактика

Регулярно посещайте офтальмолога и остеопата, так вы сможете препятствовать развитию сколиоза у ребенка. Если же позвоночник никак не желает привыкать к правильному положению — купите корсет, корректирующий осанку, или специальный кулон на шею, который питтит, когда ребенок сутулится. Не забывайте про физическую нагруз-

ку — лучше всего будет, если вы запишите ребенка в спортивную секцию. Особое внимание следует уделять мышцам спины и живота, они должны быть крепкими, чтобы поддерживать прямое положение спины.

Упражнения для коррекции осанки

1. Встать спиной к стене. Со стеной соприкасаются пять точек тела: макушка, плечи, ягодицы, икры, пятки. Стоять в таком положении 3—4 мин. Время постепенно увеличивать.

2. Ходить по дому с небольшим предметом на голове по 5—10 мин в день. Предмет выбирать лучше нетяжелый, но и не слишком легкий.

3. Висеть на турнике. Упражнение хорошо вытягивает позвоночник, поможет не только выработать правильную осанку, но и вырасти. Спрыгивать надо очень осторожно, лучше всего — спускаться по лесенке.

4. Ходить или сидеть с гимнастической палкой, зажатой локтями на лопатках, по 5—10 мин в день, время можно увеличивать.

Эти несложные упражнения помогут скорректировать осанку. Если у ребенка уже искривлен позвоночник — обратитесь к специалисту за специальным комплексом упражнений. Желаем вам здоровья и успехов!

Одно из основных средств, хорошо укрепляющих организм и способствующих формированию правильной осанки у детей, — *ут-*

ренняя зарядка. С последующим обтиранием или обливанием прохладной водой.

После дневного сна также очень полезно выполнять комплекс упражнений, направленный на укрепление так называемого мышечного корсета, удерживающего туловище в правильном положении.

В этой статье приведены примерные комплексы упражнений для предупреждения нарушения осанки у малышей.

При подборе и использовании упражнений необходимо учитывать уровень физического развития, подготовленность и состояние здоровья каждого ребенка и в соответствии с этим продумывать объем и интенсивность нагрузок.

Наиболее эффективными, на наш взгляд, упражнениями для формирования навыка правильной осанки считаем:

- упражнения у вертикальной плоскости (стена, шведская стенка);
- с мешочком на голове;
- специальные физические упражнения.

Выполняя упражнения у вертикальной плоскости, необходимо стоя у стены, соприкасаться с ней пятью точками: затылком, лопатками, ягодицами, икроножными мышцами и пятками. За поясничный прогиб должна плотно проходить ладонь. При этом сохраняется правильное положение головы, спины, таза, стоп. Мышечные ощущения при таком по-

ложении ребенок должен почувствовать и запомнить.

Не меняя этого положения сделать несколько шагов вперед, в сторону, опять вернуться к стене и принять исходное положение. Затем необходимо присесть с прямой спиной, не отрывая затылка и спины от стены и повторить приседание, сделав шаг вперед, вернуться в исходное положение.

Стоя у стены, поднять руки вперед, вверх, в стороны. Поочередно поднимать согнутые в коленях ноги и, захватив колено руками, прижать его к туловищу.

Сохранить правильную осанку в движении детям очень сложно. Особенно трудно запомнить правильное положение головы. Правильно держать голову помогают упражнения с предметами, развивающие статическую выносливость мышц шеи. Можно использовать деревянный кружок, а лучше мешочек весом 150—200 г, наполненный песком или солью.

Выполняя упражнения с мешочком на голове, необходимо, стоя у стены, положить мешочек на голову, руки опустить. Пройти по комнате и вернуться обратно к стене. Обойти какие-либо предметы, перешагнуть через препятствия. Отойдя от стены на 1—2 шага, присесть, сесть «постурецки», встать на колени и вернуться в исходное положение. Встать на скамейку и сойти с нее.

На занятиях по формированию правильной осанки предлагаем также использовать специальные физические упражнения с «волшебной» гимнастической палочкой. Стоя прямо, ноги на ширине плеч, стопы параллельно, держа гимнастическую палку за концы внизу перед собой, предложите ребенку прямыми руками поднять палку вверх над головой, сгибая руки опустить ее на лопатки, поднять палку над головой, вернуться в исходное положение, проделать повороты с палкой за спиной, наклоны в стороны, ходьбу по палке приставным шагом и «елочкой» и др.

Комплекс 1

«Поймай комарика»

1. «Поймай комара над головой» — поднимание рук через стороны вверх.

И.п. — ноги поставить на ширине ступни, руки вниз.

Руки поднимаем через стороны вверх, смотрим на них, делаем хлопок в ладоши над головой (вдох).

Опускаем руки через стороны вниз (выдох).

Повторяем 5—6 раз, не спеша, в медленном темпе.

2. «Поймать комара перед грудью» — хлопок в ладоши перед грудью.

И. п. — то же.

Хлопаем в ладоши перед грудью согнутыми руками.

Опускаем руки вниз.

Движения выполняем энергично, дыхание равномерное. Повторяем 6—8 раз чуть быстрее, в среднем темпе.

3. «Поймай комара возле ног» — наклоны туловища вперед.

И. п. — то же.

Наклоняемся вперед, хлопаем в ладоши возле колен (выдох).

Выпрямляемся в и.п. (вдох).

Ноги в коленках стараться не сгибать. Повторить 6 раз в среднем темпе.

Комплекс 2

1. «Березка — елочка» — поднимание рук вверх.

И.п. — ноги ставим на ширине ступни, руки опущены вниз.

Поднимаем руки через стороны вверх, прогибаемся в пояснице — «березка» (вдох).

Опускаем руки вниз и в стороны — «елочка» (выдох).

Повторить 6 раз, не спеша, в медленном темпе.

2. «Насос» — наклоны туловища в стороны.

И.п. — ноги врозь.

Наклоняемся влево, руки скользят вдоль тела.

То же самое делаем в правую сторону.

Пятки стараться от пола не отрывать, дышать равномерно. Повторить 3—4 раза в каждую сторону.

3. «Пружинка» — полуприседания.

И.п. — ноги ставим на ширине ступни, руки на пояс.

Пружинистые полуприседания.

Спину держать ровно, голову не опускать. Повторять 8 раз в среднем темпе.

Комплекс 3 «Погреемся»

1. «Погреем руки» — хлопок в ладоши перед грудью.

И.п. — ноги ставим на ширине ступни, руки на пояс.

Вытягиваем руки вперед, хлопаем в ладоши прямыми руками перед грудью.

И.п.

Дыхание равномерное. Повторить 6—8 раз в среднем темпе.

2. «Наруби дров» — наклоны туловища вперед.

И. п. — ноги врозь, руки поднимать над головой, ладони соединить.

Наклониться вперед, руки опустить между коленями (выдох).

И.п. (вдох).

Ноги в коленях стараться не сгибать, руки прямые. Повторить 6 раз в среднем темпе.

3. «Погреем руки» — приседания.

И. п. — ноги ставим на ширине ступни, руки на пояс.

Делаем приседания, при этом дважды хлопаем ладонями по своим коленям.

И.п.

Стараться приседать на всей ступне, дыхание равномерное. Повторять 4—6 раз не спеша, в медленном темпе.

Формирование правильной осанки у детей — залог их крепкого здоровья!

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».

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.

ФИЗКУЛЬТУРНЫЕ СЮЖЕТНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 3—4 ЛЕТ

Автор — Анферова В.И.

В пособии представлены конспекты занятий по физкультуре на весь учебный год для детей второй младшей группы. Данное пособие поможет научить детей 3—4 лет свободно двигаться и ориентироваться в пространстве, приобретать двигательные навыки, раскрыть природные способности.

ФИЗКУЛЬТУРНЫЕ СЮЖЕТНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 5—6 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

В пособии представлены сюжетные оздоровительные занятия для детей старшей группы ДОУ. В них включены авторские подвижные игры, пальчиковые упражнения, различные виды самомассажей, оригинальные комплексы общеразвивающих упражнений. В приложении даны комплексы ритмической гимнастики и силовых упражнений.



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

Учет психофизиологических особенностей развития детей 6 лет в учебном процессе

Шаехова Р.К.,

канд. пед. наук., доцент, заведующий отделением дошкольного и начального образования Приволжского межрегионального центра повышения квалификации и переподготовки работников образования Казанского (Приволжского) федерального университета, г. Казань

ПЕДАГОГИКА



Приближается тот день, когда выпускники детских садов впервые войдут в школьный класс. Но еще раньше начинается этап подготовки детей к обучению в школе. Среди прочих важных забот одна тревожит больше других: «Все ли дети имеют одинаковые стартовые возможности при поступлении в первый класс? Как они справятся с первыми школьными трудностями?»

Эффективность подготовки к школе зависит от того, чему и как мы учим детей, что требуем от них, в каком темпе идет их обучение и, главное, от того, насколько методы и технологии обучения соответствуют возрастным и индивидуальным возможностям каждого ребенка.

Если внимательно посмотреть на группу шестилетних детей, легко заметить, насколько они разные. Одни выглядят и ведут себя как пятилетние, другие — взрослее сверстников. Почему так происходит? Дело в том, что кроме так называемого «паспортного» возраста, у ребенка есть еще и «биологический». А биологические часы у каждого свои.

К сожалению, в школу детей принимают по паспортному возрасту. Значит, они оказываются не в равных условиях. Естественно, сложнее будет тому, кто мал. В этом возрасте каждый месяц значит очень много.

По мнению Л.С. Выготского, «ребенок дошкольного возраста по своим особенностям способен к тому, что-

бы начать какой-то новый цикл обучения, недоступный для него до этого. Он способен это обучение проходить по какой-то программе, но вместе с тем саму программу он по природе своей, по своим интересам, по уровню своего мышления может усвоить в меру того, в меру чего она является его собственной программой».

Сложность приспособления организма к новым условиям и новой деятельности — та цена, которую «платит» ребенок за достигнутые успехи. Разберемся во всем по порядку. Сначала рассмотрим *психофизиологические особенности* шестилетних детей.

Ребенок в этом возрасте обычно слегка дальнозорок. При нормальном развитии органа зрения он должен обладать дальнозоркой рефракцией определенной величины (+1,0 диоптрия), так называемый запас дальнозоркости. Если же такого запаса нет, в процессе обучения возникает риск развития близорукости. Специальные исследования показывают, что около 4% детей, поступающих в первый класс, уже имеют близорукую рефракцию, и год от года зрение таких детей продолжает ухудшаться, увеличивая их число до 26% и более.

Кроме того, у шестилеток низкие резервы аккомодации. Это значит: если первоклассник смотрел в тетрадь или книгу, а потом

перевел взгляд на доску, какое-то время он видит нечетко, расплывчато. То же самое происходит, если взгляд переводится с доски или с учителя на книгу. Ребенок не может начать читать или писать, пока его глаза не перестроятся на ближнее зрение. Не надо его торопить.

Очень важно, чтобы поверхность, на которой лежит тетрадь или книга, была наклонной и параллельной той плоскости, в которой находятся глаза. Если этого нет, возникает эффект «оптической перспективы», нарушается четкость. Ребенок пытается выйти из положения, наклонив голову и все туловище. Одновременно сидеть прямо и четко видеть буквы он не может. Поэтому взрослые часто требуют от ребенка невозможного.

Состояние зрения детей непосредственно связано с состоянием их осанки. Очень часто дети с плохой осанкой страдают и близорукостью. Это тем более актуально, что каждый третий ребенок поступает в первый класс с нарушением в этой области.

У шестилетнего ребенка очень слабая мускулатура, управляющая сохранением определенной позы. Это значит, он может без усталости бегать и прыгать, а вот оставаться без движения ему сложно. Первоклассник устает, у него возникают неприятные ощущения в спине, шее, руках. Ему срочно

нужно подвигаться, сменить позу. Поэтому так важны физкультминутки.

Для нормального роста и развития ребенок должен много двигаться. В противном случае вместо крепкого здорового тела он получит некое хлипкое сооружение, которое может «рухнуть» при любой неординарной ситуации. Больше всего при этом пострадает самый тонко устроенный человеческий орган — мозг.

В исследованиях профессора В.Д. Еремеевой, заведующей кафедрой педагогики детства СПбАППО, доказывается, что мозг шестилетнего ребенка кардинально отличается от мозга семилетнего. Напомним, шестилетним считается ребенок от 5 лет 5 мес. и 29 дней до 6 лет 5 мес. и 29 дней, а семилетним — от 6 лет 5 мес. и 29 дней до 7 лет 5 мес. и 29 дней.

Рассмотрим особенности развития двух, наиболее сложно организованных ассоциативных областей: лобной и нижнетеменной. Обе они начинают функционировать очень рано, но достигают зрелости позже других. Один из скачков развития приходится на семь лет. На семь, а не на шесть!

Лобные области отвечают за программирование и прогнозирование деятельности, за выстраивание гипотез и сличение того,

что было задумано. У ребенка лобные области еще незрелы: ему трудно составлять программу деятельности, удерживать в памяти порядок действий и поэтапно их выполнять. Учителя начальных классов утверждают, что 60% детей в возрасте шести лет не могут организовать свою деятельность. В начальной школе часто задают целую цепочку инструкций и того, кто пропустил какое-то звено, начинают ругать за невнимательность. Первоклассник в силу своего возраста просто затрудняется это сделать. Он импульсивен и часто не способен прогнозировать результаты своих действий. Для шести лет это нормально.

Взрослые волевым усилием могут заставить себя сосредоточиться, если очень устали, не выспались или дело неинтересное. Для ребенка это невероятно трудно, а часто совершенно невозможно, так как его лобные области еще недостаточно развиты.

Нижнетеменные области выполняют массу сложных функций, но мы рассмотрим лишь одну — восприятие пространства и пространственное мышление. Нередки случаи, когда шестилетки плохо различают правое и левое, пишут буквы или цифры зеркально. В шесть лет это нормально. *Не следует сердиться на ребенка за то, что его мозг находится в развитии.*

Наша речь во многом построена на пространственных отношениях. В таких выражениях, как «сестра отца» и «отец сестры» или «платье задело колышек» и «колышек задел платье», одинаковые слова в разном порядке имеют совершенно другой смысл. Неудивительно, что ребенок этой разницы не чувствует.

Взрослые, объясняя что-то ребенку, уверены: он все понимает. Оказывается, понимает, но не всегда все — просто догадывается по ситуации. Так, учителя начальных классов утверждают, что только 80% первоклассников понимают объяснение учителем новой темы. Значит, для шестилеток это нормальное явление.

Мозг первоклассника еще незрел, его восприятие, мышление, память, эмоции организуются по другим законам. В силу этого ребенок плохо понимает юмор: его нельзя поддразнивать, подшучивать над ним надо очень осторожно. Бесспорно, чувство юмора надо развивать, но так, чтобы не обидеть.

Мы по-разному чувствуем, видим, слышим, осязаем, из-за этого не всегда способны понять ребенка. Возьмем такой пример: ребенок неторопливо выводит в тетради палочки. Он по-прежнему старается, но уже устал и не видит, что палочки эти неровные. Доказано, только в четыре года ребенок начинает четко чувство-

вать параллельность вертикальных линий, в пять лет — горизонтальных и только в шесть — наклонных. Счет идет по «биологическому» возрасту, а не по «паспортному», когда же ребенок устает, он как бы спускается на одну возрастную ступеньку.

Движения при письме осложняются:

- у детей в возрасте 6—7 лет слабо развиты мелкие мышцы кисти;
- не закончено окостенение костей запястья и фаланг пальцев;
- несовершенна нервная регуляция движений;
- недостаточно развиты механизмы программирования сложнокоординированных двигательных действий;
- низкая выносливость к статическим нагрузкам.

Низкая скорость письма объясняется необходимостью осознанного выполнения каждого элемента, а физиологических резервов для ускорения самого движения у детей этого возраста просто нет.

Специальное изучение процесса письма показало, что дети выполняют письменное задание на вдохе. При этом ребенок задерживает дыхание, пока безотрывно пишет. Естественно, чем длиннее безотрывное письмо, тем дольше задержка дыхания, отрицательно сказывающаяся на фун-

кциональном состоянии организма.

Очень важно, чтобы ребенок «чувствовал» форму и пропорции любого графического элемента, умел его правильно располагать на линии. Копирование фигур, моделирование из деталей — прекрасная тренировка зрительно-моторной координации. Если ребенок знает порядок цифр, можно использовать усложняющиеся задания. Так, можно предложить ребенку у каждой точки поставить цифру (от 1 до 10) и соединить их прямыми линиями. При этом тренируется способность планировать свое движение. Хороша и штриховка (правая, левая) сверху вниз, слева направо. Дети с нарушениями моторики не очень охотно выполняют это задание, боясь того, что у них «плохо получится». Для детей, имеющих нарушения или задержку в развитии моторики и зрительно-моторных координаций, лучше использовать тетрадь с высотой строки 10 мм.

До поступления в первый класс *важнее создавать условия для развития моторики, и особенно движений руки и пальцев, чем учить ребенка письму. Создавать условия для развития речи, способность различать звуки, чем учить чтению.*

В шесть лет все большую роль в жизни и деятельности ребенка начинает играть слово. Идет

дальнейшее накопление словарного запаса, развивается и совершенствуется грамматический строй речи, усваивается морфологическая система языка. Шестилетка может пересказать, прочитанную ему книгу и объяснить смысл прочитанного, участвовать в коллективном разговоре, задавать вопросы, отвечать на них, рассказать о факте или событии. Большое значение для развития речи имеют среда, в которой он живет, и работа взрослых.

Очень важно, чтобы ребенок при поступлении в первый класс правильно произносил звуки родного языка, проводил звуковой анализ слов, определял их порядок в предложении. Следует заметить: порог слышимости и острота слуха достигнут своего пика лишь в подростковом возрасте, а в шесть-семь лет тоны и звуки воспринимаются хуже, чем слова. Поэтому взрослым нужно следить за своей речью: «не глотать» окончания, четко произносить все звуки, быть точным в эмоциональной окраске и помнить о том, что темп речи должен быть доступным и понятным.

Маленькие дети не бывают ленивыми. На их лень взрослые обычно списывают свои педагогические ошибки. Если кажется, что ребенок ленив и поэтому не успевает, скорее всего требования взрослых превышают его возможности.

Причина неуспеваемости может быть связана и с временной задержкой психического развития детей. Такие дети с трудом понимают, что от них требуется. Трудности обучения бывают связаны с речевым, моторным и психическим недоразвитием.

При задержке речевого развития на первый план выступают нарушения фонетико-фонематического восприятия. В последующем они обязательно проявят себя при освоении навыков чтения и письма.

Для детей с задержкой развития моторных функций характерны общая моторная неловкость, медлительность. Дома их обычно кормят и одевают взрослые, у которых не хватает терпения. Медлительность детей может быть связана с наследственностью, темпераментом, а может оказаться результатом плохого воспитания. На уроках такие дети бывают настолько медлительными, что успевают выполнить только треть задания и получают неудовлетворительные оценки. Они с трудом входят в деятельность, не могут сразу переключиться с одного задания на другое. Попытка учителя торопить подобного ученика, как правило, приводит к увеличению ошибок, резкому нарастанию утомления и падению умственной работоспособности.

Многие дети страдают от комплексной несформированности познавательных функций, которая диагностируется как «задержка» психического развития. При этом у ребенка выражено отставание «биологического» возраста от «паспортного» примерно на 0,5—1,5 года. Более позднее начало систематического обучения было бы естественным для таких детей и помогло бы снять многие проблемы. Фактически это даже не «задержка», а индивидуальный темп биологического развития. Дети могут учиться в своем темпе, по индивидуальной программе и в щадящем режиме. Самой целесообразной остается индивидуальная систематическая работа за год или два до школы, направленная на компенсацию и формирование значимых функций.

Ребенок — вечный экспериментатор. Ему все интересно, он все хочет знать: «Почему крапива жжется? Почему сахарный песок растворяется в воде, а речной нет? Растут ли растения корнями вверх?» *Но желание знать и желание учиться — это не одно и то же.* Не надо обольщаться: ребенок хочет в школу не для того, чтобы учиться, а потому что «надоело в детском саду спать», потому что «поскорее хочется стать школьником». Шестилетний ребенок не может ставить познавательных целей, не спосо-

бен оценить себя и результаты своей деятельности. *Он оценивает только свои усилия.* Уж если он постарался, то все сделанное ему нравится. Когда его оценка совпадает с оценкой взрослых, все в порядке. Если проявились разногласия — у ребенка есть два выхода. Первый — не замечать поставленной оценки. Второй — поверить ей, это значит — признать, что он «не совсем хороший». Такая ситуация может привести к психологической травме. *Шестилетний ребенок не умеет проигрывать.*

Психологи провели такой эксперимент. Шести- и семилетним детям показывали одну и ту же серию картинок, где был изображен мальчик, который пытается поднять, но не может, корзину с яблоками. Детям задавали один и тот же вопрос: «Почему мальчик не может поднять корзину с яблоками?» Семилетние отвечали: «Потому что мальчик слабый», а шестилетние: «Потому что корзина с яблоками тяжелая».

Не надо удивляться, если ребенок во всех своих промахах обвиняет кого угодно или что угодно, кроме себя. Оценивая результаты детской деятельности, нужно быть очень осторожным. Это не значит, что детей всегда нужно хвалить. Напротив, *следует дать почувствовать, что оценивается результат, а не личность ребенка.*

Взрослому трудно понять ребенка, он живет с ним в разных мирах. Человек строит свою модель мира на основе опыта, в определенной степени оберегая ее от изменений. Модели мира у взрослого и у ребенка разные: взрослые отсекали ненужные детали, разбили весь мир на блоки, присвоив каждому название, а у ребенка целостное восприятие мира. Взрослый воспринимает только то, на что настроен, все остальное мозг фильтрует и не допускает в сознание. У ребенка же фильтровой. К примеру, взрослые уверены: если к одному прибавить один всегда будет два. Однако представим себе такую картину: две небольшие речки сливаются в одну большую реку. В этом случае ребенок может утверждать: $1+1=1$. *Взрослые видят мир таким, каким его принято видеть, а ребенок таким, какой он есть на самом деле.* Отсюда часто возникает непонимание.

В жизни ребенок постоянно включается в решение задач, которые ему пока не по силам. Получилось — хорошо, не получилось — тоже не страшно: в этом случае все равно идет развитие мозга и психики. Взрослые этого не замечают, видят только, что у ребенка «не получилось». Ребенок на то и ребенок, чтобы чего-то не знать и не уметь. И это нормально.

Особенности психолого-педагогического сопровождения адаптации детей раннего возраста в ДОУ

Маслова Л.П.,
заведующий;

Разина Н.В.,
канд. психол. наук, педагог-психолог МАДОУ д/с № 61 «Ромашка»,
г. Мытищи Московской обл.

«Когда отдать ребенка в детский сад и надо ли вообще это делать?» — данный вопрос беспокоит большинство родителей. Ответ на него — всегда компромисс между психологическими возрастными особенностями развития ребенка и социальными факторами, модой, реалиями повседневной жизни. Перед родителями открывается множество вариантов: кто-то сидит с ребенком дома или полагается на помощь родственников, кто-то предпочитает начать с совместного посещения групп кратковременного пребывания или отдельных занятий в центрах, другие же приводят малыша в ясельную группу детского сада.

Поступление в детский сад — событие всегда волнующее, как для ребенка, так и для родителей. «Как он будет себя чувствовать там? Не обидят ли его?» — закономерные вопросы, отражающие их тревогу. Здесь очень важна роль психолога и воспитателей. Адекватная и своевременная пси-

хологическая помощь помогает существенно облегчить адаптационный период.

Проблемы адаптации, на наш взгляд, должны рассматриваться в более широком контексте понятия социализации. В социологии **социализация** понимается как процесс усвоения ценностей и норм общества, правил поведения в нем. Предполагается, что изначально ребенок не социален и необходимо организовать процесс «вхождения в общество». Таким образом, результатом процесса социализации будет произвольное поведение человека, подчиненное принятым в обществе правилам и нормам.

Такой подход не учитывает психологических особенностей развития ребенка. Л.С. Выготский считал, что младенец является «максимально социальным существом». Это в корне противоречит принятому в социологии определению понятия социализации, ведь ребенок не обладает произвольным поведением, не знает норм общества. Он — социальное существо,

потому что находится в постоянной близости к взрослому, активно участвует в его жизни. С первых минут общения ребенка со взрослым реализуется особая позиция «пра-мы», выделенная Л.С. Выготским. По сути, ребенок еще ничего не умеет делать сам, но уже включен в совместную деятельность с мамой. Именно поэтому так часто можно услышать от мам и близких родственников малыша: «Мы скоро пойдем спать» или «Мы сейчас будем кушать». В ситуации «пра-мы» ребенок получает необходимую ему психологическую защиту и поддержку.

На последующих этапах развития это единство раскалывается и сменяется все большей самостоятельностью ребенка. Он постепенно отделяется от взрослого, становится отдельной личностью со своей собственной психической жизнью, которой учится управлять. Такой подход к определению понятия социализации позволяет наполнить его новым содержанием. Социализация, по Л.С. Выготскому, — процесс, направленный не на внешние правила и обстоятельства, а на самого субъекта. Он последовательно овладевает своими психическими функциями и процессами. При этом социальность ребенка проявляется в средствах, при помощи которых он становится субъектом своей психики. Основным средством развития является общение с окружающими людьми. Психологическое содержание понятия социализации в культурно-историческом подходе непосредственно связано со способ-

ностью субъекта к осмыслению и переосмыслению, направленному на овладение субъектом собственной психикой и личностью.

К сожалению, понимание социализации как процесса насаждения, привития норм и правил общества и подчинения им поведения ребенка лежит в основе многих образовательных программ. Это искусственный, внешний процесс, который распадается, когда исчезает контролирующая инстанция. Например, в группах детского сада распространена такая ситуация: во время тихого часа стоит только воспитателю отлучиться из спальни, дети начинают кричать, бегать и кидаться подушками. Многие воспитатели делятся особой технологией, выработанной ими за время работы: они весь тихий час сидят на краю кровати самого шумного ребенка и таким образом добиваются тишины в спальне. Ребенок при этом не спит, он лежит с закрытыми глазами и периодически подглядывает, чтобы выяснить, здесь ли воспитатель. Еще одной распространенной особенностью является разница поведения детей у разных воспитателей (более или менее строгих). При этом в качестве мер контроля за поведением используют крик и наказания детей, прилюдное осуждение их поведения. Это отнюдь не способствует закреплению правильных моделей, часто порождает сопротивление ребенка, негативизм, ведет к формированию двойных стандартов.

Таким образом, подлинное вхождение ребенка в общество не может сводиться к пассивному усвоению норм и правил и слепому подчинению им. Это всегда активный процесс, предполагающий, что ребенок подчиняет себе внешние обстоятельства путем их осмысления или переосмысления. Е.Е. Кравцова в качестве преимуществ такого процесса социализации выделяет следующие:

- выдвигая свою социальную норму, ребенок оказывается психологически готовым воспринять чужую норму;
- ребенок с самого начала чувствует себя полноценным членом общества, а не «винтиком» в сложной системе социальной иерархии.

Процесс социализации, построенный на основе экстерииоризации, обеспечивает индивидуальный подход. Именно такое понимание, учитывающее возрастные психологические особенности, позволяет взрослому проявить должное уважение к личности ребенка, отказаться от давления и принуждения, создать все условия для гармоничного развития и кардинально изменить подход к воспитанию.

Али-ибн Аби-Талиб писал, что «самое лучшее наследство — это воспитание». Роль взрослого в этом процессе трудно переоценить, именно он создает условия, задает зону ближайшего развития.

Е.Е. Кравцова выделяет несколько стадий социализации, начиная с 3 лет. Мы работаем с детьми ран-

него возраста от 2 до 3 лет: это указывает на необходимость рассмотрения предпосылок к началу социализации, что должно быть сформировано к этому возрасту. Е.Е. Кравцова пишет: до кризиса 3 лет ребенок черпает свою социальность у взрослого, а начало процесса социализации связано с развитием воображения как самостоятельной психической функции. Также важно умение ребенка создавать мнимые ситуации, способность выделять и осознавать некий социум и формирование модели «Я сам», происходящее после кризиса 3 лет. Таким образом, задача взрослого — способствовать развитию этих особенностей, создавая все необходимые условия.

Мы рассматриваем адаптацию как активный процесс вхождения человека в новую для него среду и приспособления к ее условиям. Основными критериями успешной адаптации являются внутренний комфорт (эмоциональная удовлетворенность) и способность легко и точно выполнять требования среды.

В процессе подготовки к работе мы тщательно изучили и проанализировали программы по адаптации для детей раннего возраста. Анализ показал, что многие из них не учитывают возрастные особенности, например, в них включены игры с правилами и задания на классификацию. По нашему мнению, спорными оказываются некоторые темы занятий (например, занятие про божью коровку вызвало страх у детей, многие от-

казывались трогать мягкую игрушку и называли ее «жуком», а черная краска, предлагаемая автором, вызвала ассоциации с грязью, что повлекло за собой отказ от игры). На наш взгляд, недопустимо затрагивать на втором занятии тему разлуки с мамой, она слишком болезненна и вызывает много негативных эмоций, ребенок может отказаться от дальнейшей работы. Такие темы важны, однако не стоит включать их в первые занятия, цель которых — установить контакт между психологом и детьми, сформировать атмосферу доверия и принятия в группе, создать позитивный настрой на дальнейшую работу.

Некоторые программы слишком сложны и насыщены подвижными играми, в то же время в них не уделяется должное внимание формированию у детей навыков расслабления. В занятиях не соблюдаются допустимые временные рамки: они очень насыщены и рассчитаны на 20—30 мин, что превышает возможности раннего возраста. Несмотря на интересные игры, дети устают и выключаются из процесса.

Некоторые из программ не учитывают того, что в раннем возрасте ведущей является предметно-манипулятивная деятельность. Предметная сторона (используемые материалы и их особенности) занятий обеднена (иногда внимание этому аспекту не уделяется вовсе, в то время как подбор материалов и музыки очень важен).

Сомнительной нам кажется идея о создании особого помещения для занятий вне группы: лишение привычной обстановки может повысить тревожность и ухудшить состояние ребенка. Некоторые программы достаточно хорошо составлены и структурированы, но направлены на совместную работу с родителями, т.е. все адаптационные занятия проводятся в парах родитель—ребенок. Это, безусловно, облегчает ход адаптационного периода, но в условиях обычного детского сада реализация такой программы затруднена. Родители отказываются посещать совместные занятия, ссылаясь на занятость и отсутствие времени. Применение таких программ целесообразно в группах кратковременного пребывания и после подготовительной работы с родителями.

Оценив плюсы и минусы уже существующих программ, мы решили создать собственную компилированную программу, отвечающую потребностям детей раннего возраста и возможностям ДОО.

Цель программы: создать условия, облегчающие адаптационный период при поступлении ребенка в дошкольное учреждение.

Задачи:

- помочь детям раннего возраста преодолеть стрессовые состояния в период адаптации к детскому саду;
- сплотить группу и создать положительный эмоциональный настрой;

- снизить импульсивность, излишнюю двигательную активность, тревогу и агрессию;
- развивать игровые навыки, навыки общения, стремление сопереживать, помогать, поддерживать друг друга;
- помогать изучать новые движения, развивать координацию, общую и мелкую моторику, проводить профилактику гиподинамии.

При проведении коррекционно-развивающих занятий в малых группах мы ориентировались в первую очередь на возрастные особенности и придерживались *индивидуального подхода* к каждому ребенку.

Ведущей деятельностью в раннем возрасте является *предметно-манипулятивная*. Социальная ситуация развития такова: «ребенок — предмет — взрослый». Каждое занятие тематическое. Мы тщательно подбирали игры и упражнения, связанные единой тематикой. К каждому занятию отбирались разнообразные материалы, отвечающие тематике и привлекательные для ребенка.

В раннем возрасте центральная психическая функция — *восприятие*. Под его влиянием происходит развитие всех других психических процессов. Эта особенность детей раннего возраста учитывалась при разработке программы: были включены упражнения и материалы, способствующие развитию восприятия:

- тактильного: шершавые и гладкие, холодные и теплые

поверхности игрушек и расходных материалов, гофрированная и глянцевая бумага, кусочки шелка или твида, задания найти предмет на ощупь, пальчиковое рисование;

- зрительного: использование разных цветов и форм, задания на их различение;
- слухового: использование различной музыки (ритмичной и спокойной, тихой и громкой), звуков природы и голосов животных, интонированной речи.

У детей раннего возраста *наглядно-действенное мышление*. Они очень конкретны, поэтому каждое занятие должно быть тематическим, последовательность игр четко продумана и связана с особенностями жизни горожан, временем года и временем суток. Каждое действие показывается ребенку на максимально конкретном и приближенном к реальности материале.

Обучение ведет за собой *развитие*. При построении и реализации программы мы опираемся на зону ближайшего развития каждого ребенка. Занятия постепенно усложняются, повторяясь 2—3 раза. Если на первом ребенок испытывает трудности при выполнении заданий, взрослый помогает, делая это вместе с ним, всячески поощряя самостоятельные действия. На следующем занятии (повторе) ребенок уже сам может выполнить то, что раньше вызывало у него трудности. Особенно ярко эта особенность проявляется в пальчиковом рисовании. На каждом блоке (2—3 занятия) дети овладевают новым

способом или новым средством рисования. В первый раз психолог использует прием «рука в руке», проговаривая совместные действия. На повторном занятии такой необходимости уже не возникает, дети рисуют сами.

Работа с родителями. Особенно важно взаимодействие семьи и детского сада как институтов социализации ребенка. Мы придерживаемся *модели сотрудничества* педагогического коллектива и родителей. Ребенок приходит в детский сад именно из семьи, где существуют свои правила, часто противоречащие правилам ДОО, что только усиливает стресс малыша. В группе воспитатели могут не учитывать индивидуальные и возрастные особенности каждого ребенка, используя, например, фронтальные методы обучения, недопустимые для раннего возраста, но более простые по организации. Такая разрозненность и отчужденность не позволяет создать благоприятные условия для адаптации и последующей социализации ребенка. Несоответствие распорядка дня, принятых правил поведения, моделей воспитания в группе и дома усугубляют негативные проявления адаптационного периода. Часто приходится сталкиваться с установкой семьи: развитие ребенка — задача исключительно детского сада как образовательного учреждения. По итогам диагностики и индивидуальных консультаций была выявлена крайне низкая степень осведом-

ленности родителей о возрастных особенностях детей, их потребностях. К сожалению, родители могут проявлять низкую степень заинтересованности, не соблюдать рекомендации, жаловаться на просьбу забирать детей пораньше. Воспитатели же склонны обвинять родителей и порицать их действия. Наша работа носит системный характер и направлена на создание диалога, преодоление отчужденности родителей от жизни ребенка в группе, повышение родительской компетентности посредством проведения тематических собраний, индивидуальных встреч, распространения памяток об особенностях протекания адаптационного периода и способах помощи ребенку, приглашения родителей на занятия с детьми, создания фотоотчетов о занятиях. Мы стремимся объяснить родителям, что именно они — самые важные люди в жизни ребенка, только они способны поддержать, сохранить и закрепить позитивные изменения, происходящие с ребенком на занятиях в группе.

Работа с воспитателями. В работе с воспитателями мы ориентируем их на взаимодействие с семьей, показываем существенные плюсы именно такого подхода: например, воспитатель от мамы может узнать, как лучше успокоить малыша, порадовать его, это позволит избежать многих сложных ситуаций и улучшит самочувствие ребенка. Проводится анкетирование воспитателей с целью выявить наиболее острые проблемы в группе. Организуют-

ся индивидуальные консультации, направленные на взаимодействие и слаженную работу всех специалистов, работающих с детьми.

Основные формы работы:

- диагностика;
- коррекция;
- индивидуальное консультирование;
- просветительская деятельность.

Диагностика

Цели:

- определить степень тяжести адаптации ребенка через наблюдение за параметрами, определяющими успешность адаптации;
- выявить особенности ребенка, облегчающие адаптационный период **с помощью анкетирования родителей.**

Методики:

- диагностика уровня адаптированности ребенка к дошкольному учреждению. Адаптационный лист, включающий такие параметры, как настроение, сон, аппетит, активность, взаимоотношения с детьми и взрослыми. Адаптационные листы заполняются воспитателями группы;
- прогноз адаптации. Анкета для родителей, направленная на выявление особенностей протекания беременности, психического и физического состояния ребенка, режима, особенностей взаимоотношений с матерью, особенностей взаимоотношений в семье, степени осведомленности родителей в вопросах адаптационного периода.

Коррекция

Этап коррекционной работы включает проведение развивающих занятий по адаптации с детьми раннего возраста: 7 тематических занятий продолжительностью 10—15 мин, каждое повторяется 2—3 раза, всего 14. Занятия проходят 1 раз в неделю в течение 3 месяцев. Вместе с родителями они более эффективны в период адаптации. В нашем случае родители не могли посещать совместные занятия, поэтому работа проводится с детьми в малых группах.

Основные принципы работы:

принятие ребенка таким, какой он есть. Во время адаптационного периода он очень уязвим, часто испытывает противоречивые чувства, детям свойственно проявлять регрессию к более ранним формам поведения. Задача взрослого — поддерживать их и принимать все их чувства;

учет возрастных особенностей и специфики протекания адаптационного периода. Знание особенностей поведения детей в течение этого периода необходимо для оказания адекватной помощи;

ритуальность. Для детей, проходящих адаптацию, важна ритуальность деятельности. Это снижает тревожность, в знакомой ситуации дети чувствуют себя более комфортно и охотнее принимают участие в играх;

принцип свободного участия. Ребенок в любой момент может

выйти из игры и вернуться в нее. Некоторые игры способны вызывать негативные чувства, ребенок может устать и ему понадобится время на отдых. Взрослый ни в коем случае не должен заставлять ребенка участвовать в занятии, однако необходимо предоставить возможность в любой момент снова включиться в игру. Взрослый не игнорирует чувства и желания ребенка, но если малыш не хочет участвовать в игре, ведущий не должен переключать все свое внимание на него и забывать о других детях. Отсутствие интереса к играм — это не показатель отклонения в развитии, а сигнал необходимости изменений в программе;

опора на зону ближайшего развития. В трудных ситуациях психолог помогает ребенку, делает что-то не вместо, а вместе с ним, поощряя самостоятельность;

системный подход. Ориентация на сотрудничество с родителями и воспитателями. Специфика работы с семьей и педагогическим коллективом была описана нами выше. Здесь же особо подчеркнем важность системности и последовательности воспитания. Работа станет максимально эффективной только в том случае, если изменения, произошедшие с ребенком, будут поддержаны и приняты в семье.

В программу включены элементы пальчикового рисования, пальчиковой гимнастики, психогимнастики, музыка- и игроте-

рапии, дыхательной гимнастики и самомассажа. Мы выбрали именно эти техники, поскольку они отвечают возрастным особенностям и потребностям детей раннего возраста;

пальчиковое рисование развивает мелкую моторику и нервную систему ребенка. Это значит, у ребенка лучше будет развиваться речевой аппарат, он научится более ловко управлять своим телом. Пальчиковое рисование дает наиболее сильное восприятие цвета, обостряет ощущения и позитивно влияет на настроение, снижает тревожность и помогает снять отрицательные эмоции. Рисование пальчиковыми красками безопасно: они нетоксичны и не принесут вреда, даже если ребенок решит попробовать их на вкус. Пальчиковое рисование привлекает детей, являясь для них абсолютно новой деятельностью.

пальчиковая гимнастика. Тренировка пальцев рук стимулирует умственное развитие и способствует выработке основных элементарных умений: одевание, раздевание, застегивание и расстегивание пуговиц, манипулирование ложкой и т.д. Пальчиковые игры очень эмоциональны, увлекательны, захватывают ребенка своей непосредственностью и предполагают наличие ситуации успеха. Они способствуют развитию речи, творческой и мыслительной деятельности;

психогимнастика. Такие игры направлены на развитие и кор-

рекцию различных сторон психики, обучение элементам техники выразительных движений, использование их в воспитании эмоций и высших чувств, приобретение навыков саморасслабления. Дети изучают различные эмоции, возможности их выражения и управления ими. Эмоции очень важны в процессе общения. Эмоциональная холодность в семье может привести к тому, что ребенок окажется неспособным различать эмоции другого человека и выражать свои собственные, это провоцирует серьезные проблемы в межличностных отношениях и накладывает отпечаток на развитие. М.И. Чистякова подчеркивает: основная цель психогимнастики — преодоление барьеров в общении, развитие лучшего понимания себя и других, снятие психического напряжения и создание возможностей для самовыражения;

музыкотерапия. Использование различной музыки на занятиях делает их более интересными, позволяет ребенку научиться соотносить свои движения с ритмом музыки, знакомит с новыми звуками. На занятиях мы используем энергичную музыку со словами и четким ритмом (детские песни) для подвижных игр, звуки природы и классическую музыку для упражнений на расслабление и рисования. Музыка помогает обеспечить ритуальность занятия: в начале и конце звучит определенная композиция,

помогающая детям ориентироваться в структуре, занятие обретает целостность и завершенность.

В программу включены различные *подвижные игры*, помогающие детям снять мышечное напряжение и отрицательные эмоции, лучше ориентироваться в собственном теле, развивают координацию движений, способствуют сплочению группы и формированию благоприятной атмосферы в ней. Все игры сопровождаются потешками или ритмичной музыкой;

дыхательная гимнастика и самомассаж считаются эффективными техниками расслабления для детей. В нашей программе эти техники используются после подвижных игр и проводятся под медленную расслабляющую музыку.

Структура каждого занятия включает в себя ритуал приветствия, знакомство с новым гостем, психогимнастическое упражнение, подвижные игры под музыку, релаксационные упражнения, пальчиковое рисование, ритуал завершения занятия и прощания с гостем. При разработке занятий мы учитываем важность постепенного усложнения заданий и разнообразия, чередования различных видов активности (речевой и двигательной, спокойных и подвижных игр, активности взрослого и детей). Повторение занятий способствует уменьшению тревожности, запоминанию игр и потешек, закреплению новых навыков.

Технология биоуправления «БОСЛАБ-ЛОГО» в коррекции речевых нарушений дошкольников

Высочина О.Р.,

учитель-логопед высшей категории;

Сердюкова А.В.,

учитель-логопед высшей категории;

Харламова С.В.,

учитель-логопед высшей категории МАДОУ ЦРР — д/с № 2,
г. Усть-Лабинск Краснодарского края

Одна из актуальных задач специальной педагогики — повысить эффективность процесса коррекции нарушений языкового и речевого развития детей. Необходимость ее решения определяется, во-первых, тем, что речевые нарушения часто встречаются в дошкольном возрасте. Во-вторых, своевременное проведение коррекционной работы позволит устранить причины потенциальной неуспеваемости детей в школе.

В настоящее время в системе дошкольного образования происходят значительные изменения. Успех этих изменений связан с обновлением научной, методической и материальной базы обучения. Одним из важных условий обновления является использование новых информационных

технологий в образовании, в частности применение компьютерного биоуправления «БОСЛАБ-ЛОГО», которое решает следующие *диагностические и коррекционные задачи*.

1. Диагностика функции речи, ее качества.

2. Коррекция патологии речи:
— нарушения речи и голоса различного генеза;
— заикания различной степени;
— афазии, алалии;
— дизартрии и дислалии;
— ринолалии и ринофонии;
— нарушения темпа речи;
— речевой тревоги (логофобия);
— расстройства речи у детей с нарушением слуха;
— функциональной дисфонии.

3. Обучение технике чтения и речи дошкольников и школьников.

4. Профилактика нарушений речи и голоса.

Наш детский сад — базовое учреждение, федеральная стажировочная площадка программы «Модернизация муниципальных систем дошкольного образования». В рамках дополнительного финансирования были приобретены комплексы БОС логотерапевтические. Это современная компьютерная лечебно-оздоровительная технология, базирующаяся на принципах адаптивной («биологической») обратной связи. Основная задача биоуправления — обучить навыкам саморегуляции, поскольку обратная связь облегчает процесс обучения детей физиологическому контролю, а оборудование делает доступной информацию, в обычных условиях не воспринимаемую. «БОСЛАБ-ЛОГО» представляет собой комплекс процедур, при проведении которых логопеду с помощью специальных технических устройств передается информация о состоянии той или иной функции организма ребенка. На ее основе с помощью специальных приемов и аппаратуры ребенок развивает навыки саморегуляции. Адаптивная обратная связь принимает участие во всех функциях человеческого организма, начиная от самых элементарных и заканчивая крайне сложными видами деятельности.

Методика занятий основывается на принципе целостного функционирования, как речево-

го аппарата, так и нервной системы человека. Результаты ее применения: организация фонационного дыхания, формирование навыков четкой артикуляции и произнесения, развитие интонационной выразительности речи, стабилизация темпа ритма речи и преодоление логофобии. «БОСЛАБ-ЛОГО» контролирует следующие физиологические параметры: электромиограмму (напряжение мышц), длительность дыхательного цикла и выдоха, амплитуду звуковой волны, регистрируемую при речевых упражнениях, что позволяет вырабатывать навыки самоконтроля дыхания, артикуляции, темпа, ритма речи. Дыхание, голосообразование и артикуляция — единые взаимосвязанные процессы. Таким образом, тренировка дыхания, улучшение голоса и уточнение артикуляции проводятся одновременно. Задания усложняются постепенно: тренировка длительного речевого выдоха проводится сначала на отдельных звуках, потом — на словах, затем — на короткой фразе, при чтении стихов и прозы.

В зависимости от характера нарушений определяется *цель* тренинга биоуправления и выбирается коррекционная программа: «Артикуляционная гимнастика», «Длительность выдоха», «Плавный выдох», «Речевой выдох», «Фразовая речь», «Логозвучки», «Игры для Тигры». Процесс восстановления функции физи-

ологических параметров ребенка постоянно отображается на экране монитора учителя-логопеда, а на экране монитора ребенка — игровой сюжет, что создает условия для высокого уровня мотивации на коррекционных занятиях. Ее поддержанию способствуют возможность сравнивать свои результаты с достигнутыми на предыдущем сеансе и наличие большого набора игровых экранных представлений.

Все логопеды знают, какую важную роль в формировании правильного произношения звуков играет четкая, точная, координированная работа артикуляционного аппарата (губ, языка, нижней челюсти, мягкого нёба). Для выработки полноценных движений необходима артикуляционная гимнастика, которую мы отрабатываем сначала перед зеркалом. Выполнение упражнений требует от ребенка больших энергетических затрат, усилий и терпения. Эффективность логопедической работы по развитию артикуляционной моторики в значительной мере определяется тем, как сам ребенок участвует в процессе ее проведения, какая ему отводится роль, какова степень его инициативности. Закрепление любого навыка требует систематического повторения. Предпосылка успеха — создание благоприятных условий. Параллельно с использованием традиционных игровых моментов, для достижения хоро-

ших результатов, мы применяем «БОСЛАБ-ЛОГО» (закладка библиотеки «Артикуляционная гимнастика»), в котором выполнение артикуляционной гимнастики представлено в виде разнообразных занимательных игровых сюжетов. Игровое биоуправление осуществляется с помощью датчиков, прикрепленных вокруг рта ребенка, которые измеряют активность мышц языка. На данном этапе тренируется функция согласованной работы парных мышц. Поочередное их напряжение и расслабление подкрепляются развитием игрового сюжета. Логопед видит на своем мониторе согласованную или несогласованную работу парных мышц речедвигательного аппарата ребенка. В случае ослабленности одной из сторон лица подаваемый сигнал отображается с помощью сигналов интегральных ЭМГ (напряжения мышц), чего мы не можем увидеть при работе у зеркала. Одновременно на экране монитора ребенка при правильном выполнении упражнения появляются игровые сюжеты: при каждом правильно выполненном артикуляционном упражнении «вырастает и распускается цветок», и так постепенно появляется «цветочная поляна». Если же ребенок выполняет задания неправильно, цветы не растут или не расцветают. При формировании артикуляции биоуправление регулирует основной принцип постепенного перехода

от легкого упражнения к более сложному. «БОСЛАБ-ЛОГО» располагает значительным количеством мультимедийных слайдов со звуковым и музыкальным сопровождением, видеоэффектов при проигрывании анимационных файлов с помощью компьютерной логопедической программы «Игры для Тигры» отрабатывается положение органов артикуляционного аппарата на исправляемый звук.

Важно отметить, что работа по артикуляции проводится одновременно с дыхательной гимнастикой. Речевое дыхание отличается от обычного. При обыкновенном физиологическом дыхании вдох и выдох чередуются непрерывно, выдох равен вдоху. Речевое дыхание — управляемый процесс, предполагающий паузу между вдохом и выдохом и удлинение выдоха. В процессе речи существенно увеличивается функциональное значение фазы выдоха. Обычно перед началом речи делается быстрый и более глубокий, чем в покое, вдох. Речевой вдох осуществляется через рот и нос, а при выдохе поток воздуха идет через рот. Большое значение для озвучивания высказывания имеет рациональный способ расходования воздушной струи. Выдох удлиняется на время, необходимое для произнесения интонационно-логически завершенного отрезка фразы. Правильное речевое дыхание, четкая ненапряженная артикуляция яв-

ляются основой для звучания голоса. Неправильное дыхание приводит к его форсированности и неустойчивости.

Чтобы ребенку было интересно выполнять дыхательную гимнастику, мы используем разнообразные игровые моменты: «Ветерок», «Загнать мяч в ворота», «Кто дальше загонит мяч?», «Поющий пузырек», «Фокус». Формирование правильного речевого дыхания трудно контролировать на обычных занятиях, ребенок быстро утомляется, отказывается выполнять упражнения. На этом этапе хорошо помогает аппаратно-программный комплекс «БОСЛАБ — ЛОГО», где есть специальные закладки библиотеки: «Длительность выдоха», «Плавный выдох», «Речевой выдох», «Фразовая речь».

Длительность выдоха

Регулярные занятия дыхательной гимнастикой способствуют формированию правильного речевого дыхания с удлиненным, постепенным выдохом, что позволяет получить запас воздуха для произнесения различных по длине речевых отрезков. Вначале мы проводим дыхательные упражнения, направленные на координацию ротового и носового дыхания. Правильный выдох должен происходить без толчков, ровной длинной струей. Работу над формированием правильного выдоха проводим поэтапно:

- после спокойного вдоха делаем правильный выдох через рот. На выдохе изменяем величину открытия губ. Щеки не надуваем. Следим за правильной осанкой и свободой мышц плечевого пояса, шеи, лица;
- после спокойного вдоха делаем плавный выдох через рот и распределяем длину выдоха на 3—10 с в зависимости от возраста;
- длину выдоха в процессе тренировки постепенно увеличиваем, при этом мысленно используем счет или пение гласных: а, о, и, э, у, ы.

Некоторое время тренируем ребенка без речи. Постепенно в эти упражнения включаем речевой материал. Упражнения проводим в порядке освоения их детьми.

Для формирования правильного выдоха мы используем разные элементы сессий игрового биоуправления. На мониторе логопеда регистрируются показатели: длительность дыхательного цикла, выдоха. На мониторе ребенка при этом сменяются картинки. Тренинг увеличения длительности выдоха — игра «Полоски». Задача ребенка — открыть всю картинку. Во время выдоха полоска открывается; если длительность выдоха правильная, полоска открывается до конца. И так постепенно на мониторе ребенка появляется вся сюжетная картинка. По мере увеличения дли-

тельности выдоха усложняются логопедические тренинги: «Цветы», «Коллекционер».

Плавный выдох

Для развития плавного выдоха со звуком и слогом мы используем сессии биоуправления:

- для выполнения плавности выдоха делаем спокойный вдох и медленный выдох через рот, сочетая выдох с произнесением звуков: с-с-с, х-х-х, ш-ш-ш. Звук протягиваем как можно дольше. Особое внимание обращаем на ровность дыхания;
- постепенно переходим от очень тихого к громкому звучанию, сохраняем плавность выдоха;
- начинаем произносить слоговые цепочки сначала с глухими, а затем со звонкими звуками, делая глубокий вдох носом и постепенно на выдохе:
сас, сас-сас, сас-сас-сас, сас-сас-сас-сас,
зам, зам-зам, зам-зам-зам, зам-зам-зам-зам.

При выполнении данного раздела мы автоматизируем поставленный звук изолированно и в словах.

На мониторе логопеда регистрируются длительность дыхательного цикла и выдоха, амплитуда звуковой волны, сигналы дыхания, ЭМГ (электромиограмма). Управляемый показатель — амплитуда звуковой волны. Уп-

ражнение выполняется с микрофоном. Одновременно на мониторе ребенка, по мере правильности им выполнения данного задания, появляется сюжетная картинка.

Речевой выдох

Следующий этап дыхательной гимнастики — закладка библиотеки «Речевой выдох». Здесь формируется навык эмоционально окрашенной речи, фразы различной степени сложности. При выполнении упражнения обращаем внимание на ровное распределение выдоха на протяжении всего дыхания, соблюдаем умеренность темпа речи с четким договариванием слова в полном его объеме.

Учим ребенка делать добор дыхания (неполный вдох). Добираем воздух достаточно быстро.

Произносим небольшие речевые отрезки на выдохе:

Кормит Шурочка
Просом курочку.
Кормит пеструшку
Просом из кружки.

Далее увеличиваем количество слов на выдохе постепенно:

Лодка плоская плыла,
В лодке было два весла.
А на веслах лягушата...
Плыли весело куда-то.

Мама поставила лампу на стол.
Вымыла лавку, вымыла пол.
После детишек за стол позвала
И молока малышам налила.

Мы используем для тренировки речевого выдоха сессии биоправления, отличающиеся от предыдущих лишь картинкой на экране ребенка (здесь используется игра «Мозаика», в которой картинка открывается по одному квадратику после каждой строки стихотворения).

Фразовая речь

Завершающий этап в формировании речевого дыхания — работа над фразовой речью (закладка библиотеки «Фразовая речь»). При выполнении мы следим, чтобы воздушная струя плавно распределялась по всей длине фразы разной степени сложности (стихи, сказки, прозаические тексты). Особое внимание уделяем выделению смысловых фрагментов речи, пауз, умению свободно, эмоционально выразительно общаться. Целесообразно до начала выполнения упражнения согласовать количество фраз, отрабатываемых на занятии, и количество клеток мозаики, открываемых при правильном произнесении фразы в игровом представлении «Коллекционер». Разнообразие сюжетных игровых заставок (пейзажи, города, автомастер, забавные зверюшки, цветы) активизирует ребенка на занятии. Работая в разделе «Фразовая речь», мы сочетаем дыхательную гимнастику с автоматизацией и дифференциацией звуков в связной речи. При правильном произнесении ребенком фразы в заданном темпе,

загорается зеленый индикатор и открывается часть картинки. Если задание выполнено неверно, загорается красный индикатор, и фрагмент картинки не открывается.

Логозвук

Большое внимание в коррекционной работе логопеда уделяется развитию фонематического восприятия, звукового анализа, различению парных звонких и глухих согласных в произношении и на письме, усвоению на практике правописания слов с сомнительными звонкими / глухими согласными. Для формирования четкого произнесения звонких и глухих звуков мы используем сессии биоуправления (закладки библиотеки «Лого-звуки»). При помощи смены картинок с изображением букв учим зрительно распознавать глухие и звонкие звуки и произносить их правильно. Каждая пара звуков представлена в отдельной сессии: [б]—[п], [в]—[ф], [г]—[к], [д]—[т], [ж]—[ш], [с]—[з]. Произносим звуки сначала в медленном темпе, затем — в ускоренном.

На экране в случайном порядке появляются буквы, ребенок должен произнести соответствующий звук. Если правильно произносится звонкий звук, на экране появляется колокольчик, если глухой звук, на экране появляется колокольчик, подчерк-

нутый красным крестом. За правильное произнесение звуков начисляются очки.

Несмотря на короткий период (5 мес.) работы на программно-аппаратном комплексе «БОС-ЛАБ-ЛОГО» мы увидели положительную динамику. Дети с большим удовольствием идут на занятия к логопеду, зная, что будут заниматься на БОСе, потому что их очень привлекают игровые сюжеты. Мы заметили сокращение подготовительного этапа коррекционной работы по постановке звуков и увеличение эффективности автоматизации и дифференциации звуков. Эффективность коррекционной работы повышается с помощью технологии биоуправления.

Литература

Буденная Т.В. Логопедическая гимнастика. Метод. пособие. СПб., 2001.

Джафарова О.А., Сарайкина Н.В. Коррекция нарушений речи средствами технологии биоуправления. Метод. руководство. Новосибирск, 2011.

Коноваленко В.В., Коноваленко С.В. Артикуляционная, пальчиковая гимнастика и дыхательно-голосовые упражнения. М., 2001.

Куликовская Т.А. Логопедические скороговорки и считалки. М., 2008.

Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.А. Основы логопедии. М., 1989.

«Будем мы всегда здоровы!»

Театрализованное логопедическое занятие

Гуськова А.А.,

учитель-логопед МБДОУ д/с комбинированного вида № 46,
г. Самара

Программно-образовательные задачи

- 1. Коммуникативная область:*
- развивать свободное общение логопеда и детей;
 - диалогическую и монологическую формы речи;
 - практически овладевать нормами речи.

2. Восприятие художественной литературы:

- формировать целенаправленное восприятие и анализ стихотворений К. Чуковского «Мойдодыр», «Доктор Айболит», загадок, пословиц о личной гигиене и здоровье.

3. Здоровье:

- прививать навыки личной гигиены;
- формировать здоровый образ жизни.

4. Коррекция недостатков речевого развития:

- активизировать и обогащать словарь по лексической теме «Предметы личной гигиены. Наше тело»;
- закреплять навыки грамматически правильного оформления высказываний.

5. Познавательная-исследовательская деятельность:

- развивать операции мышления (обобщение, анализ), внимания, слуховой памяти.

6. Двигательная деятельность:

- развивать общую и мелкую моторику, координацию движений, темпа и ритма речи.

Подготовительная работа:

- изучение лексической темы «Предметы личной гигиены. Наше тело»;
- чтение художественных текстов, стихотворений К. Чуковского «Мойдодыр», «Доктор Айболит», пословиц по данной лексической теме;
- ознакомление с иллюстрациями.

* * *

М а л ы ч к. Здравствуйте, ребята! А у меня случилась беда.

Одеяло убежало,
Улетела простыня.
И подушка,
Как лягушка,
Ускакала от меня.
Я за свечку,
Свечка — в печку!
Я за книжку,

Та — бежать
И вприпрыжку под кровать!
Я хочу напиться чаю,
К самовару подбегаю,
Но пузатый от меня
Убежал, как от огня.
Что случилось не пойму!?

Л о г о п е д. Ребята, а вы знаете, почему от мальчика убежали все вещи?

Д е т и. Он был грязнуля и никогда не умывался.

Л о г о п е д. Ребята, покажем мальчику, как нужно умываться.

Пальчиковая гимнастика «Умывайся!»

Д е т и. Кран, откройся!

Дети выполняют движения в соответствии с текстом.

Нос умойся!
Мойтесь сразу, оба глаза!
Мойтесь, уши, мойся, шейка,
Шейка, мойся хорошенько!
Мойся, мойся,
Грязь, смывайся!

Л о г о п е д. Ребята, сегодня к нам пришел Мойдодыр.

М о й д о д ы р
Я — Великий Умывальник,
Знаменитый Мойдодыр,
Умывальников начальник
И мочалок командир.

Л о г о п е д. Здравствуй, Мойдодыр! Вот у этого мальчика случилось несчастье. От него сбежали все вещи. Помоги, пожалуйста, их вернуть.

М о й д о д ы р. Что ж, помогу, но для этого нужно выполнить задания. Ребята тоже могут помогать.

Л о г о п е д. Ребята, поможем мальчику.

Д е т и. Да!

М о й д о д ы р. А какие правила личной гигиены вы знаете?

Д е т и. Руки мыть как можно чаще.

М о й д о д ы р. А как вы это делаете?

Пальчиковая гимнастика «Моем руки»

Д е т и

Если руки мыли Вы,

Дети выполняют упражнение «Пальчики здороваются».

Если руки мыли Мы,
Если руки моешь Ты,
Значит, руки вымыты.

Дети показывают чистые ладони.

М о й д о д ы р. Молодцы, а какие еще правила гигиены вы знаете?

Д е т и. Не реже одного раза в неделю мыть тело мылом и мочалкой.

Лицо и шею мыть два раза в день.

Не трогать чужих кошек и собак.

Не надевать чужую одежду и обувь и не давать надевать свою.

Загадки

М о й д о д ы р. А теперь отгадайте мои загадки.

Хвостик из кости.
А на спинке — щетинка.
(Зубная щетка.)

Я не сахар, не мука,
Но похож на них слегка.
По утрам всегда я
На зубы нападаю.
(Зубной порошок.)

Вытирало я, старалось
После баньки паренька.
Все намокло, все измялось —
Нет сухого уголка.
(Полотенце.)

Резинка Акулинка
Пошла гулять по спинке.
А пока она гуляла,
Спинка розовою стала.
(Губка.)

Там, где губка не осилит,
Не домоет, не домылит,
На себя я труд беру:
Пятки, локти с мылом тру.
И коленки оттираю —
Ничего не забываю.
(Мочалка.)

На нем пена поднялась,
Смыла с рук
И пыль, и грязь,
Краски, и чернила.
Узнаёте? Это ...
(Мыло.)

Хожу-брожу не по лесам,
А по усам и волосам,
И зубы у меня длинней,
Чем у волков и медведей.
(Расческа.)

Дождик теплый и густой,
Этот дождик не простой.

Он без туч, без облаков
Целый день идти готов.
(Душ.)

Мой до дыр. А теперь помо-
гите мальчику правильно закон-
чить предложения.

Д е т и. Чистят зубы ... (щеткой).

Моют руки ... (мылом).

Расчесывают волосы ... (расчес-
кой).

Моют тело ... (мочалкой, губкой).

Вытирают тело ... (полотенцем).

Моют голову ... (шампунем).

Игра «Что лишнее?»

Мой до дыр. А теперь выпол-
ните задание и скажите, что лиш-
нее?

Душ, ванна, мыло, иголка.

Шампунь, панамка, мочалка,
полотенце.

*Вата, духи, дезодорант, одеко-
лон.*

Зеркало, карандаш, ножницы,
расческа.

Молодцы, ребята. Вы правильно
выполняли все задания, и я могу
вернуть мальчику его вещи.

М а л ь ч и к. Спасибо, Мойдо-
дыр, спасибо, ребята.

Л о г о п е д. А к нам пожаловали
гости из леса.

Входят Лиса, Белка и Мед-
ведь. У Лисы перевязано горло, у
Белки — зубы, Медведь держится за
живот.

Дыхательная гимнастика

Выполняют дети и лесные гости.

«Испугались»

И. п. — стоя. Ноги на ширине плеч.

1 — поднять руки через стороны вверх — вдох.

2 — присесть, обхватить колени и произнести на выдохе: «Ох!»

Упражнение повторить 3—4 раза.

«Болит живот»

И. п. — о. с.

1 — скрестить руки на животе, вдох носом.

2 — на выдохе произносим: «О-о-о! О-о-о!»

Упражнение повторить 3—4 раза.

«Зуб болит»

И. п. — о. с.

1 — обхватить ладонью правую щеку, вдох носом.

2 — на выдохе произносить: «Ой! Ой! Ой!»

Упражнение повторить 3—4 раза.

Л о г о п е д. Милые звери, что с вами случилось?

Л и с а

Мне трудно очень говорить,
Горло у меня болит.

Глотать совсем я не могу...

Б е л к а

Не ела я уже два дня:

Болят так зубки у меня...

М е д в е д ь

Ой, ой, ой, я умираю

Так у меня живот болит,

Что даже в голове шумит...

Л и с а, Б е л к а и М е д в е д ь
(вместе)

Не мил, друзья, нам белый свет.

Кто нам поможет, даст совет?

Л о г о п е д. Нужно срочно вызывать доктора Айболита.

Координация речи, моторики, ритма и темпа движений «Айболит»

Добрый доктор Айболит,

Дети делают «очки» — соединяют большой и указательный пальцы обеих рук. Подносят их к глазам.

Он под деревом сидит.

Поднимают обе руки ладонями к себе, широко расставив пальцы.

Приходи к нему лечиться

Упражнение «Пальчики идут».

И корова, и волчица,

«Корова» — пальцы сжимают в кулак, а указательный и мизинец раздвигают в разные стороны — получают «рога». «Волчица» — соединяют ладони так, чтобы большие пальцы оказались поднятыми вверх и слегка разведенными в сторону. Это волчьи «уши». Сгибают указательные пальцы — это волчий «лоб». Остальными пальцами образуют «морду».

И жучок, и паучок,

«Жучок» — пальцы сжимают в кулак. Указательный и мизинец выпрямляют, разводят в сторону,

шевелият ими — это «усы» жука. «Паучок» — широко разводят и ставят на стол все пять пальцев — это «ноги» паука. Мелкими шажками двигают пальцами по столу.

И медведица!

«Медведица» — опираются всеми пальцами, кроме среднего, на стол — это «ноги» медведя. Средний палец сгибают — получается медвежья «голова».

Всех излечит, исцелит
Добрый доктор Айболит.

Хлопают.

Логопед. Здравствуй, Доктор Айболит! Наши лесные гости просят помочь им.

Доктор Айболит (*обращается к Лисе*)

Воду ты пила, ледяную из ручья?

Лиса. Да.

Доктор Айболит
Дам тебе микстуру я.
Но запомни, что опять
Будешь плакать и страдать,
Если будешь ты, Лисица,
Пить холодную водицу.

Лиса

Ой, спасибо, уж не знаю,
Как тебя благодарить,
Никогда теперь не буду
Ледяную воду пить.

Доктор Айболит
Что ты, Белочка, вздыхаешь,
Щеки лапкой подпирaeшь?

Белка

Зубки у меня болят
Вот уже два дня подряд,
Ничего совсем не ела,
Видишь, даже похудела.

Доктор Айболит

Вот тебе из трав настойка,
Пусть немного будет горько,
Положи ты ей рот,
И зубная боль пройдет.
Если ж вдоволь хочешь кушать.
Ты должна меня послушать:
Перед сном и после сна
Чистить зубки ты должна.

Белка

Спасибо за совет...
Так вот в чем кроется секрет!
Я обещаю вам, друзья,
Что чистить зубы буду я.

Доктор Айболит
Дядя Миша, твой черед...

Медведь

У меня болит живот.

Доктор Айболит
Расскажи, да только внятно,
Чем позавтракать успел?

Медведь

Я с куста малину ел...

Доктор Айболит
И не мыл?

Медведь

Конечно, нет.

Доктор Айболит
Вот тебе на все ответ.
Надо овощи и фрукты

Мыть всегда перед едой.
Да и лапы мыть почище...

Игра «Плохо — хорошо»

Доктор Айболит. А теперь, ребята, я проверю, хорошо ли вы знаете правила гигиены и заботитесь о своем здоровье. Вы должны ответить «хорошо», если это хорошо, и «плохо», если это плохо.

Читать лежа.
Смотреть на яркий свет.
Оберегать глаза от ударов.
Смотреть близко телевизор.
Не ковырять в ушах.
Мыть уши каждый день.
Чистить зубы два раза в день.
Часто есть сладкое.
Грызть ручку или карандаш.
Содержать ноги в чистоте.
Закаляться.
Есть много перед сном.
Сидеть прямо.

Игра «Здоровый — это...»

Логопед. А я предлагаю поиграть еще в одну игру. Хлопните в ладоши, если я говорю слова-признаки здорового мальчика.

Красивый, сутулый, сильный, ловкий, бледный, румяный, веселый, плаксивый, стройный, толстый, крепкий, неуклюжий, подтянутый.

«Скороговорки — чистоговорки»

Логопед. Доктор Айболит, ребята знают скороговорки-чистоговорки о чистоте, послушай.

Дети

Милая Мила мылась мылом,
Мыло мылится, Мила моется.
Милый, милый Михаил
Мыться с мылом не любил.
Говорил: «Не надо мыла!
Я без мыла очень милый!»
Не жалела мама мыла,
Мама Милу мылом мыла.
Мила мыло не любила.
Миле в глаз попало мыло.
— Что ты плачешь, наша Мила?
— Я выплакиваю мыло.

Пословицы

Логопед. А теперь, ребята, кто знает, какие пословицы сложил народ о здоровье и чистоте. Объясните, чему они учат.

Дети. Береги платье снову, а здоровье смолоду.

В здоровом теле здоровый дух.
Здоровому врач ненадобен.
Коли болен — лечись,
А здоров — берегись.
Чистота — лучшая красота.
Чистая вода для хвори беда.
Вода не любит грязных людей.
Грязного и пчелы не подпускают.

Доктор Айболит. Молодцы, ребята. Много знаете о гигиене, чистоте и здоровье. А теперь мне пора в лес, лечить зверей.

Вы будете здоровы,
Когда всегда, везде, во всем
Вы помнить будете о личной
гигиене.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

По итогам 2011 г. было проверено 22 328 партий игрушек (в 2010 г. — 19 625 партий, рост показателя на 12,2%) и 333 144 штуки игрушек (в 2010 г. — 104 185, рост показателя более чем в 3 раза).

Анализ представленных материалов показал, что государственный санитарно-эпидемиологический надзор за производством и реализацией детских игр и игрушек, в том числе импортируемых, планомерно осуществляется во всех регионах Российской Федерации.

Удельный вес проверенных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, реализующих детские игры и игрушки на территории Российской Федерации, составил 13,6%.

Из общего количества проверенных в Российской Федерации образцов игр и игрушек (333 144 штуки) — 64% (213 487 образцов) приходится на 3 федеральных округа (Сибирский — 31,8%, Северо-Западный — 18,3%, Центральный — 13,9%).

Однако, несмотря на принимаемые меры, качество и безопасность значительной части игрушек, реализуемых на потребительском рынке страны, не соответствует требованиям санитарного законодательства.

В ходе надзорных мероприятий:

- из оборота изъята 1 591 партия игрушек (7,1%), в том числе 65 430 единиц игрушек (6,3%) на сумму свыше 3 млн руб. Из общего числа изъятых из оборота детских игр и игрушек 62 976 образцов были импортного производства, преимущественно Китайской Народной Республики (62 118 игрушек);

- приостанавливалась реализация 2 201 партии игрушек (72 483 игрушки) на сумму свыше 4 млн руб.

При проведении проверок предприятий, реализующих игры и игрушки, проводился отбор проб игрушек, вызывающих обоснованное сомнение в качестве.

В период рейдовых проверок из торговой сети осуществлялся отбор образцов детских игр и игрушек, вызывающих сомнения в их качестве.

Результаты многолетнего мониторинга позволяют сказать, что наибольшая доля результатов, не соответствующих установленным гигиеническим нормативам по санитарно-химическим (30%), физико-гигиеническим (20%), органолептическим (17—18%), токсиколого-гигиеническим (до 3%) показателям безопасности была отмечена при исследовании игрушек для детей младше 3 лет.

Из Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2011 году»

**Постановление Правительства РФ
от 22.10.2012 № 1074**

«О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемую Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

2. Министерству здравоохранения Российской Федерации:

а) внести в установленном порядке в Правительство Российской Федерации:

до 1 июля 2013 г. — доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год;

до 15 сентября 2013 г. — проект Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов;

б) давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, в том числе совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования — в части,

АКТУАЛЬНО



касающейся формирования и экономического обоснования территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов;

в) привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим постановлением.

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 25 декабря 2012 г. территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

**Председатель Правительства
Российской Федерации
Д. Медведев**

**Программа
государственных
гарантий бесплатного
оказания гражданам
медицинской помощи
на 2013 год и на плановый
период 2014 и 2015 годов**

I. Общие положения

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее — Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно,

категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования,

установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (далее — территориальная программа).

В рамках территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

II. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Понятие «медицинская организация» используется в Программе в значении, определенном в Федеральных законах «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специали-

стами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым

Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи

с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет

за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

III. Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи

Территориальная программа, включая территориальную программу обязательного медицинского страхования, в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

условия реализации установленного законодательством Российской Федерации права на

выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;

порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи;

перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы;

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования;

сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диаг-

ностических обследований, а также консультаций врачей-специалистов;

условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста — при наличии медицинских показаний;

условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

порядок предоставления транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований — при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

условия и сроки диспансеризации населения для отдельных

категорий населения, включая подростков и студентов, обучающихся по очной форме на бюджетной основе;

целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы.

При формировании территориальной программы учитываются:

порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;

уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;

климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;

сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

IV. Источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета,

бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи в 2013 и 2014 годах) в следующих страховых случаях:

инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

новообразования;

болезни эндокринной системы; расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения;

болезни мочеполовой системы;

болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

врожденные аномалии (пороки развития);

деформации и хромосомные нарушения;

беременность, роды, послеродовой период и аборт;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского

страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В составе территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливаются нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспече-

ния в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицин-

ской помощи, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, за исключением медицинской помощи, осуществляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования (до 1 января 2015 г.);

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, в том числе путем предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации (до 1 января 2015 г.);

предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук;

дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;

закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболева-

ний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации (в 2013 году).

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура в 2014 и 2015 годах субвенций на обеспечение лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной со-

циальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

При оказании в 2013 и 2014 годах медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в объеме, превышающем объемы медицинской помощи, установленные решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи — в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не

включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ), а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, правила финансового обеспечения которой определяются высшим исполнительным органом государственной власти субъек-

та Российской Федерации (до 1 января 2015 г.).

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется:

обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемым Правительством Российской Федерации;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.

За счет средств местных бюджетов может предоставляться

предусмотренная Программой медицинская помощь в муниципальных системах здравоохранения в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) в установленном порядке оказывается медицинская помощь и предоставляются иные государственные и муниципальные услуги (работы) в федеральных медицинских организациях, медицинских организациях субъектов Российской Федерации и муниципальных медицинских организациях соответственно, за исключением видов медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах планирования семьи

и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), центрах профессиональной патологии, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, домах ребенка, включая специализированные, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также стимулирование эффективности реализации территориальных программ осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

V. Средние нормативы объема медицинской помощи

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования — на 1 застрахованное лицо. Средние

нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013—2015 годы — 0,318 вызова на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год — 2,44 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 2,04 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год — 2,64 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 2,24 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год — 2,7 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2013 год — 2,1 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицин-

ского страхования 1,9 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год — 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год — 2,2 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 2 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2013 год — 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год — 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год — 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2013 год — 0,63 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,52 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, 2014 год — 0,665 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,55 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год — 0,71 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2013

год — 2,558 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 1,74 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2014 год — 2,463 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 1,66 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год — 2,35 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 1,59 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год — 0,077 койко-дня на 1 жителя, на 2014 год — 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год — 0,112 койко-дня на 1 жителя.

Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государствен-

ной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления).

VI. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2013 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования — 1435,6 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (далее — соответствующие бюджеты) — 271 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования — 266,3 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими органи-

зациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов — 771,8 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования — 772,3 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования — 340,9 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов — 508,3 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) — 570 рублей;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования — 106253,9 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов — 1657 рублей, за счет средств обязательного медицинского страхования — 1756,2 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказываю-

ших паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов — 1537,1 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2014 и 2015 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования 1507,4 рубля на 2014 год, 1582,8 рубля на 2015 год;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 360 рублей на 2014 год, 448,9 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 318,4 рубля на 2014 год, 348,4 рубля на 2015 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 1044 рубля на 2014 год, 1256,9 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 923,4 рубля на 2014 год, 1010,3 рубля на 2015 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в не-

отложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования 407,6 рубля на 2014 год, 445,9 рубля на 2015 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов 559,4 рубля на 2014 год, 610,5 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) 590 рублей на 2014 год, 620 рублей на 2015 год;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования 113109 рублей на 2014 год, 119964,1 рубля на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов 1714,8 рубля на 2014 год, 2231,1 рубля на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 2034,2 рубля на 2014 год, 2428,8 рубля на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных

условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов 1654,3 рубля на 2014 год, 2137 рублей на 2015 год.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, устанавливаются в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Средние подушевые нормативы финансирования устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных разделом V Программы и настоящим разделом, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2013 году — 9032,5 рубля, в 2014 году — 10294,4 рубля, в 2015 году — 12096,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году — 5942,5 рубля, в 2014 году — 6962,5 рубля, в 2015 году — 8481,5 рубля.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае установления органом государственной власти субъекта Российской Федерации дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования. Финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в указанных случаях осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования и нормативом финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников и формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепив-

шихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи — за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи — за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, — за законченный случай лечения заболевания;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

за вызов скорой медицинской помощи;

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

VII. Критерии доступности и качества медицинской помощи

Критериями доступности и качества медицинской помощи являются:

удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных);

смертность населения (число умерших на 1000 человек населения);

смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных (число умерших от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от дорожно-транспортных происшествий (число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения);

смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);

смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);

материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми);

младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми);

смертность детей в возрасте 0—14 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);

удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных на ранних стадиях, в общем количестве впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями; количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;

количество медицинских организаций, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и информационно-справочных сенсорных терминалов;

обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

средняя длительность лечения в медицинской организации,

оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

эффективность деятельности медицинских организаций на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда;

полнота охвата патронажем детей первого года жизни;

полнота охвата профилактическими осмотрами детей;

удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

удельный вес детей с улучшением состояния здоровья в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней на 1 жителя, на 1 застрахованное лицо);

уровень госпитализации населения, прикрепившегося к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (на 1000 человек населения);

удельный вес госпитализаций в экстренной форме в общем объеме госпитализаций населения, прикрепленного к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

количество вызовов скорой медицинской помощи в расчете

на 1 жителя, число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь;

доля лиц, которым скорая медицинская помощь оказана в течение 20 минут после вызова, в общем числе лиц, которым оказана скорая медицинская помощь.

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики.

Территориальной программой могут быть установлены дополнительные критерии доступности и качества медицинской помощи и их целевые значения.

Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями за счет средств федерального бюджета, являются:

удельный вес объема специализированной медицинской помощи (в условиях стационара и дневного стационара), оказанной жителям, проживающим в других субъектах Российской Федерации, в объеме указанной помощи, оказанной жителям субъекта Российской Федерации, в котором расположена федеральная медицинская организация;

доля расходов, осуществляемых за счет предоставления платных услуг, в структуре всех расходов на медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских организациях.

Советы педагогам и родителям детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью

Лункина Е.Н.,

коррекционный педагог, логопед высшей квалификации, автор серии книг «Растим малыша», Детский центр «Сказочный замок», Москва

«Не знаю, что делать с сыном. Не может усидеть ни секунды на месте, сосредоточиться на каком-нибудь занятии. Ему осенью в школу, а он ведет себя как трехлетний ребенок: на занятиях вертится, беспричинно смеется или бывает агрессивен, мешает другим. Ничем не интересуется и никого не слушает. Подскажите, как быть?»

Часто приходится выслушивать подобное от родителей. Практически в каждой группе детского сада или в классе есть, по крайней мере, один такой ребенок. Российские и западные психиатры и психологи считают, что около 20% детей в начальной школе попадают под диагноз: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (в русской аббревиатуре — СДВГ, в других странах — *ADHD*), причем 90% среди них составляют мальчики (организм девочек генетически сильнее).

Это состояние относится к так называемым ММД — минимальным мозговым дисфункциям, причиной которых являются

незначительные нарушения в ЦНС из-за патологии беременности, микротравм во время родов, гипоксии плода (кислородное голодание), черепно-мозговых травм, инфекции и интоксикации в первые годы жизни. Многие специалисты доказывают генетическую природу заболевания. Факторы риска — асфиксия новорожденного, употребление матерью во время беременности алкоголя, лекарственных препаратов или курение. Нередко близкие родственники детей с синдромом дефицита внимания сталкивались в детстве с такими же проблемами. Наряду с наследственностью риск развития заболевания высок и при низком культурном уровне семьи или тяжелых разногласиях между родственниками. Однако точные причины возникновения этого заболевания изучены недостаточно. Предполагается, что СДВГ связано с нарушением функций центральной нервной системы, в частности структур мозга, ответственных за координацию обучения и памяти, обработке посту-

пающей информации и спонтанное поддержание внимания. Невозможность нормальной обработки информации приводит к тому, что различные, даже минимальные, зрительные, звуковые и эмоциональные стимулы становятся для ребенка избыточными, вызывая у него беспокойство, раздражение и агрессивность.

Родители видят эту проблему сами, о ней говорят воспитатели и учителя. Ребенок не сидит на месте, внимание его рассеянно, он неуправляем, не умеет общаться со сверстниками и играть с ними, истерики переходят в агрессивное поведение. Выражены быстрая утомляемость, беспокойный сон, плохой аппетит, ребенок импульсивен, гипертрофированно подвижен, но неловок, часто падает и ушибается; развитие фразовой речи задерживается, на занятиях отвлекается сам и отвлекает других; новую игрушку или любой другой объект он не исследует, а бегло осматривает его и переключается на следующий. Дошкольник находится в постоянном лихорадочном движении, не имеющем ничего общего с нормальной исследовательской активностью. Любая деятельность быстро надоедает, из-за невнимательности он как бы отсутствует на занятиях и, как следствие, отстает от сверстников. У такого ребенка наблюдаются быстрая истощаемость внимания, слабая регуляция контроля своего пове-

дения с низкой способностью подавления импульсивного поведения в неподходящей обстановке; плохое запоминание отрицательного подкрепления при воспитании.

Пики проявления этого синдрома совпадают с пиками психоречевого развития: 1—2 года, 3 года, 6—7 лет.

Эти дети не «лентяи» и не «плохо воспитаны» — они другие. Им трудно учиться, у них часто неправильная речь, в школе плохой почерк, трудности со счетом, чтением. Интеллект иногда бывает выше, чем у сверстников, но они отстают в развитии из-за невнимательности, неспособности сосредоточиться на чем-то одном. Гиперактивные дети не умеют дружить с одноклассниками, а те, в свою очередь, не хотят играть с ними, поэтому приходится дружить с малышами.

Родители измучены такими детьми, а для воспитателя и учителя они становятся «головной болью». Как помочь родителям, педагогам и маленькому человеку, которому, на самом деле, труднее всего?

Помочь детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью возможно, но эта помощь должна быть комплексной, не замыкаться только на семье или только на педагоге.

Родителям нужно поговорить с педагогом, рассказать о трудностях своего ребенка, и в таком

тесном содружестве помогать ему учиться и развиваться. Сопутствующие поведенческие нарушения поддаются лечению, но процесс улучшения занимает длительное время. Каждый случай требует индивидуального подхода специалистов.

Что же такое СДВГ и как с этим жить?

СДВГ (гиперактивность) — очень «модный» диагноз. Название «СДВГ» объединяет сразу два диагноза, что чаще всего и встречается. Но бывает и просто «дефицит внимания» или только «гиперактивность».

У большинства детей проявления синдрома становятся очевидными к 5—7 годам, когда начинается процесс обучения и подготовки к школе. Однако они могут отмечаться и ранее, иногда даже на первом году жизни. Малыши, у которых позднее наблюдаются явления гиперактивности (Г), часто страдают нарушениями сна и гипервозбудимостью. В дальнейшем они становятся крайне непослушными и гиперактивными, их поведение с трудом контролируется родителями. Вместе с тем дети, имеющие синдром дефицита внимания (ДВ) без гиперактивности, в младенчестве могут умеренно отставать в двигательном и речевом развитии, они пассивны и эмоционально бедны. По мере роста ребенка становятся очевид-

ными нарушениями внимания, которые родители обычно не замечают. Трудности в обучении, отмечающиеся позднее у всех детей с синдромом ДВ, объясняются в первую очередь недостатком концентрации внимания. Нарушения внимания, явления гиперактивности и импульсивности приводят к тому, что у школьника при нормальном интеллекте плохо формируются навыки чтения и письма, он не справляется с заданиями, делает много ошибок и не прислушивается к советам взрослых.

Такой ребенок с трудом адаптируется в коллективе, из-за своей импульсивности и нетерпимости часто вступает в конфликты со сверстниками и взрослыми, усугубляя уже имеющиеся проблемы. Неспособность предвидеть последствия своего поведения, непризнание авторитетов могут привести к антиобщественным и антисоциальным поступкам.

Как же помочь им? Такие дети бывают остроумны и одновременно невыносимы, плаксивы и смешливы, неугомонны и забавны. А может быть они больны? За годы работы часто приходилось встречаться с родителями, дети которых отличались своим поведением от сверстников.

У ребенка есть дефицит внимания, если он:

— с трудом поддерживает внимание в работе и игре;

- не обращает внимания на детали и допускает ошибки;
- не слушает, что ему говорят;
- часто теряет вещи;
- бывает забывчив;
- часто и легко отвлекается;
- не в состоянии следовать инструкциям;
- не может организовать игру или любую деятельность;
- имеет сложности в выполнении заданий, требующих длительной концентрации внимания.

Ребенок гиперактивен, если он:

- совершает суетливые движения руками и ногами;
- часто вскакивает со своего места;
- гиперподвижен в ситуациях, когда в этом нет необходимости;
- не может играть в «тихие» игры;
- очень много говорит и всегда находится в движении.

Рассмотрим, как выражается в жизни каждый из этих диагнозов.

Дети с дефицитом внимания, но без гиперактивности

Недостаток внимания — неспособность ребенка сосредотачиваться на определенных действиях или какой-либо деятельности. Само по себе произвольное внимание характеризуется:

- 1) длительностью;
- 2) распределением внимания;

3) степенью концентрации;

4) способностью к переключению внимания с объекта на другой объект или с действия на другое действие.

У детей с ДВ это может выражаться любыми из четырех нарушений произвольного внимания. Пример: быстрая истощаемость внимания и неумение его распределять, при этом ребенок не отвлекается и без труда переключается на другой объект. С другим объектом происходит то же, т.е. внимание ребенка скользит с объекта на объект, но нигде не задерживается, его ничто не заинтересовывает. А вот другой пример ребенка с ДВ: постоянно отвлекается, но при этом не может переключиться на другой объект, на что-то новое. При этом он может достаточно долго сохранять внимание на определенном объекте.

Дети с гиперактивностью, но без дефицита внимания

Ключевой признак гиперактивности — неспособность сосредотачивать внимание на достаточно долгое время (в соответствии с возрастом) и чересчур импульсивное поведение.

Гиперактивный ребенок совершает много излишних движений и действий, перепрыгивает с одного вида деятельности на другой. Однако он может достаточно долго и плодотворно заниматься любимым делом. Если же

на занятии воспитатель попросит выполнить определенное задание, ребенок из-за своей «дейательной суеты» и желаний сделать все сразу и быстро, окажется в числе отстающих. Такие дети без размышлений (бездумно), импульсивно реагируют даже на простые вещи. Подобные импульсивные реакции не только ставят родителей в неловкое положение, но могут быть опасны для жизни самих детей. Гиперактивное поведение характеризуется несколькими составляющими:

- поведение ребенка не соответствует принятым в обществе нормам (он может ломать, бросать из окна предметы, бегать по мебели в гостях и пр.). При этом некоторые из детей демонстрируют незаурядные способности к концентрации и высокий интеллект;
- необычное поведение ребенка выражается в криках, визгах, быстрой смене настроения (то плачет, то хохочет, то дерется и кричит). Особенно трудно родителям с такими детьми в общественных местах или в гостях: прилавки в магазинах могут быть испорчены, окружающие будут делать замечания, а в гостях обязательно что-нибудь будет разбито;
- повышенная психофизическая активность.

Диагноз «гиперактивность» может быть поставлен при лю-

бом сочетании вышеперечисленных признаков.

Дети с дефицитом внимания и гиперактивностью

Эти дети сразу выделяются среди сверстников: они «не слышат», что им говорят, не понимают, что от них хотят, а если и услышали просьбу, то, отвлекаясь на что угодно, перепутают и принесут совсем не то, что просили. Именно у таких детей возникают большие трудности в обучении и поведении. Родителям, воспитателям и педагогам необходимо знать и воплощать в жизнь определенные постулаты для коррекции поведения ребенка и адаптации его в социуме.

Во-первых, правильное воспитание в семье, помощь в детском коллективе (детском саду или школе).

Во-вторых, помощь психолога и логопеда-дефектолога (он поможет исправить нарушения речи, чтения, письма). Начинать надо с наблюдения у врача-психоневролога и, если он настоятельно рекомендует, применять медикаментозное лечение.

Для наглядности приведем несколько примеров. Детский сад, подготовительная к школе группа, детям 5,5 — 6 лет. На занятии по конструированию воспитатель просит построить дом по чертежу и поселить в нем домашних животных.

Обычные дети, прежде чем начать строить дом, рассмотрят вни-

мательно чертеж и тот набор кубиков, который у них есть. Далее они выберут кубики, которые понадобятся соответственно чертежу. Некоторые вслух порассуждают о том, что надо делать вначале, а что потом. Выполняют задание, построив дом и расселив в нем домашних животных. Таких детей не интересует, что в это время делают другие, так как они заняты своей игрой.

Как же в такой ситуации поведет себя *ребенок с дефицитом внимания, но без гиперактивности*? Он с большим энтузиазмом примется за работу, но вскоре его внимание отвлечется на птичку за окном. Он будет тихо сидеть и смотреть в окно, пока оклик воспитателя не вернет его опять к работе. Но он уже успел забыть, что надо делать и попытается начать выполнение задания заново, сломав уже построенное. Когда вся группа выполнит задание, ребенок с ДВ будет все строить и строить, про чертеж он забудет, а дом его будет обрастать ненужными частями (пока не кончатся все кубики). Вселить в свой домик животных он может забыть, или вселить всех подряд, хотя воспитатель просил — только домашних.

Ребенку с *гиперактивностью без дефицита внимания* задание кажется интересным, он полностью им поглощен, уже фантазирует дальше, даже чересчур вошел в работу. Он хватается сразу и за

животных, и за кубики, и за чертеж — за все вместе. Он быстро строит и заселяет животных в дом, затем все ломает и строит заново. Задает вопросы воспитателю и мешает другим. Ему кажется, что у него мало кубиков, и он берет их у других детей, вмешивается в их работу, хочет им помочь.

Поведение *ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью* будет примерно следующим. С самого начала он ведет себя очень странно. Даже после того как воспитатель уже индивидуально ему объяснил, в чем состоит задание, ребенок будто его не понял и начинает спрашивать у других детей, что они делают. Он никак не может начать выполнять задание, так как отвлекается то на других детей, то на свои фантазии, то на птичек за окном. Затем все-таки начинает строить домик, но тут же забывает о построенном первом этаже и не помнит, что надо делать дальше. Про задание поселить в дом домашних животных он будто и не слышал. Если воспитатель попросит его опять начать и уже правильно по чертежу построить дом, это превратится в бесконечное топтание на месте.

Эти наглядные примеры показывают не только, насколько все дети разные, но и то, что подходы к каждому должны быть индивидуальные, исходя из личности самого ребенка.

Одна американская мама, психолог по образованию, записала то, что каждый ребенок с СДВГ мог бы сказать нам, взрослым, которые его окружают. Мне кажется, это очень важно знать родителям и воспитателям. Звучит это примерно так.

1. Поверьте, я на самом деле многое забываю. Но я не дурак!

2. Я честно делаю домашние задания! Но если оно на отдельных листах, я его теряю. Мама иногда находит его в хлебнице, когда я уже ушел. Тетрадь лучше для меня! Хотя и ее я могу забыть...

3. Я задаю много вопросов, переспрашиваю триста раз одно и то же. Я делаю это, чтобы понять. Я не издеваюсь над вами. Будьте терпеливы!

4. Я стараюсь! Я воюю с этими уроками уже долгие годы, и мне это ужасно трудно. Я хочу сделать все как можно лучше, честное слово!

5. Я по себе знаю: СДВГ — не выдуманный диагноз, чтобы оправдаться перед вами. Эта проблема существует и влияет на мое мышление. Я очень хотел бы уметь все быстро запоминать и быстро обрабатывать... Но я не могу, и мне не нравится, когда смеются над тем, что я не такой, как все...

6. Мне нужна ваша помощь. Просить помощи трудно, и часто мне кажется, что я просто глупый. Будьте терпеливы, помогите мне!

7. Я бы хотел, чтобы мое поведение и мои ошибки не обсуждали при всех. Мне не хочется, чтобы меня унижали при других.

8. Мне легче справиться с заданием, если оно разбито на небольшие части. Тогда мне ясно, чего от меня ждут. Если вы хотите изменить задание, помогите мне. Мне трудно приспособиться к новому. Мне нужна четкая организация и руководство.

9. Я не люблю, когда мне делают скидки, когда специально облегчают задания для меня. Не напоминайте мне об этом, лучше помогите справиться с обычным заданием.

10. Почитайте про СДВГ. Узнайте, как мы учимся и как нам помочь.

Помните, пожалуйста: я — Человек, со своими чувствами, желаниями, целями. И они важны для меня так же, как ваши — для вас.

Именно родители должны прислушиваться к своему ребенку и пытаться понять его, не унижая и не усугубляя его проблемы. Родители обязательно должны поговорить с педагогом, рассказать о трудностях своего ребенка и в таком тесном содружестве помогать ему учиться и развиваться.

Если жалобы воспитателей и педагогов могут быть односторонними, родители, которые проводят с ребенком большую часть времени и лучше его знают, помогут

в определении характера проблем. Для последующей коррекционной работы очень важно знать, в чем именно состоит природа трудностей, как она выражается, чем можно помочь.

**Основные направления
в коррекционной работе
с детьми, или Чем помочь
ребенку с СДВГ
(или с ДВ, или с Г)**

В коррекционных мероприятиях под руководством специалиста должны принимать активное участие не только родители и педагоги, но и сам ребенок. Взрослым необходимо изменить свое отношение ко многим особенностям поведения дошкольника. На основе этого нового отношения и понимания проблемы под руководством специалиста нужно изменить среду, в которой живет и развивается ребенок, в доме и в детском саду. Необходима система, которая поддержит малыша и послужит продвижению общих целей со стороны родителей и педагогов. Мы видим эту систему в выполнении следующих рекомендаций.

Рекомендации родителям:

- необходимо стремиться к тому, чтобы Ваше отношение к ребенку изменялось в сторону лучшего его понимания, тем самым Вы снимаете излишнее напряжение;
- в воспитании ребенка с гиперактивностью нужно избегать

крайностей: с одной стороны, проявлений чрезмерной жалости и вседозволенности — с другой, постановкой перед ним завышенных требований, которые ребенок не в состоянии выполнять, в сочетании с излишней обязательностью и жесткостью наказания;

- учитывайте недостатки своего ребенка, а не его злой умысел;
- помните: частое изменение указаний и колебание настроения родителей оказывает на такого ребенка более глубокое негативное воздействие, чем на здоровых детей;
- помните, что психическое развитие ребенка происходит не только в умственной (или интеллектуальной) сфере, но в большей мере в эмоциональном отношении к явлениям и деятельности;
- совместно с ребенком в позитивной форме создайте «Правила»: что можно и нужно делать, а чего делать нельзя. Ваш малыш должен знать, какого поведения от него ожидают;
- слабое место таких детей — планирование своих действий, их последствия, реакции окружающих. Особенно важно поддерживать четкий распорядок дня. Время приема пищи, выполнение домашних обязанностей и заданий каждый день должно соответствовать этому распорядку. Приучайте его к последовательности, целеуст-

- ремленности, педантичности, пониманию необходимости;
- вместе с ребенком ведите календарь погоды, прося его ежедневно делать отметки;
 - научите ребенка определять время и по часам планировать свои действия;
 - в своих отношениях с ребенком придерживайтесь «позитивной модели»;
 - хвалите его всегда, когда он этого заслуживает, поддерживайте успехи;
 - каждое задание или деятельность должны заканчиваться на положительной ноте, это помогает укрепить уверенность в собственных силах;
 - избегайте повторений слов «нельзя», «нет», достаточно запретить один раз;
 - говорите всегда сдержанно, спокойно, мягко. При эмоциональном напряжении сдерживайте ребенка, молчите, прижимайте его к себе, отвлекайте, переключайте его внимание;
 - давайте только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы ребенок мог его завершить. Если видите, что он переутомился, переключите внимание на другую деятельность, затем снова вернитесь к исходному;
 - для укрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию. Помните, что у ребенка снижена функция активного внимания, оно

нуждается в постоянном подкреплении;

- поощряйте за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (например, конструирование, лепка, раскрашивание, настольные игры, чтение);
- избегайте скопления людей, пребывания в крупных магазинах и других шумных местах;
- во время игр, общения, ограничивайте количество партнеров, избегайте шумных друзей;
- не переутомляйте: это приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности;
- чтобы дать ребенку возможность расходовать избыточную энергию, полезна ежедневная физическая нагрузка на свежем воздухе: длительные прогулки, спортивные игры, бег.

Детям с СДВГ присущи недостатки в поведении, но с помощью перечисленных мер Вы сможете удерживать их под разумным контролем.

Рекомендации педагогам:

- работа с детьми, страдающими СДВГ, должна строиться, по возможности, индивидуально вследствие медленного темпа психических интеллектуальных процессов, низкой продуктивности, сниженного осмысления материала. При этом основное внимание нужно уделять их отвлекаемости и слабой саморегуляции;

- игнорируйте вызывающие выпады и поощряйте хорошее поведение. Постарайтесь обойтись без негативных оценок, так как они только усиливают проблемное поведение;
- посадить такого ребенка лучше в центре перед педагогом и доской, так он будет меньше отвлекаться на других детей. Во время занятий целесообразно ограничивать до минимума отвлекающие факторы (дверь должна быть закрыта, лишние пособия убраны), чему как раз и способствует оптимальный выбор места;
- ребенку должна быть предоставлена возможность быстрого обращения за помощью к преподавателю в случаях затруднения;
- учебные занятия необходимо строить по четкому, стереотипному плану;
- задания лучше ярко иллюстрировать, писать на доске, расставлять акценты, использовать меньше слов. На определенный отрезок времени дается лишь одно задание, большое разбивается и предлагается в виде последовательных частей с возможностью переключения. Педагог контролирует ход работы над каждой из них, внося необходимые коррективы;
- если ребенок теряет внимание, предложите выполнить конкретное задание;

— в течение дня необходимо предусмотреть возможность двигательной разрядки (игры на свежем воздухе, занятия спортом и пр.);

— если эти рекомендации невозможно выполнять в детском коллективе, переведите ребенка в группу, где не более 10 человек или на домашнее обучение.

Долгосрочный прогноз для детей с СДВГ зависит от многих условий. Неблагоприятный возможен при сочетании с психическими и другими тяжелыми хроническими заболеваниями, наличии психопатологии у родителей. На некоторые факты мы повлиять не можем, но очень многое можно сделать. Социальная адаптация будет достигнута только при условии заинтересованности и сотрудничества семьи, детского коллектива и близкого окружения. Такой ребенок нуждается в любви, терпении и понимании.

Дети растут, осознают, что с ними происходит, и тоже ищут пути борьбы с недугом. В конце пубертатного периода (12—15 лет) многие из тех, кому помогли на ранних этапах, сами смогут решать, какая помощь им нужна: психологическая, медикаментозная, учебная. Давайте же поможем детям, пока это зависит только от нас. Наш постоянный труд будет вознагражден.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги



ЗАНЯТИЯ В БАССЕЙНЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ

Автор — Рыбак М.В.

В издании представлена образовательная программа по плаванию «Морская звезда» для детей старшего дошкольного возраста.

В программе предложена структура занятий и специфика обучения плаванию. Ее содержание построено на интеграции образовательных областей: «Физическая культура», «Здоровье», «Безопасность», Труд», «Художественное творчество» и др.



ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ В ДЕТСКОМ САДУ Игровой стретчинг

Автор — Сулим Е.В.

Цель данного издания — повысить интерес детей к физкультурным занятиям за счет введения увлекательных упражнений игрового стретчинга. Книга содержит конспекты-сценарии сюжетно-игровых занятий, спортивных сказок и более 80 разнообразных упражнений по игровому стретчингу. Также представлены загадки и стихотворения, необходимые для выполнения упражнений.



ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ С ДЕТЬМИ 3—7 ЛЕТ

Авторы — Вареник Е.Н., Кудрявцева С.Г., Сергиенко Н.Н.

Предложена система физкультурных занятий, направленных на коррекцию нарушений функций опорно-двигательного аппарата и укрепление здоровья часто болеющих детей дошкольного возраста. Структура организации оздоровительной работы в ДОУ, конспекты физкультурных занятий и примерное планирование.



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ Для детей от 5 до 7 лет

Авторы — Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.

В методическом пособии представлены критерии оценки физического и психического здоровья детей старшего дошкольного возраста, дано описание разнообразных упражнений и оздоровляющих подвижных игр. Классификация игр и упражнений приводится в соответствии с состоянием здоровья, уровнем физического развития ребенка и режимом дня и охватывает все разновидности игровой деятельности детей.



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.

РАСТУ ЗДОРОВЫМ Программно-методическое пособие для детского сада. В 2 ч.

Автор — Зимолина В.Н.

В программно-методическом пособии представлены программа и методическое обеспечение модуля «Расту здоровым», с помощью которых в дошкольных организациях решаются задачи реализации образовательных областей «Физическая культура» и «Здоровье». В книге приводятся материалы по двигательной деятельности, развитию эмоциональной сферы ребенка-дошкольника, методические рекомендации, перспективное планирование и др.

СПОРТИВНЫЕ ПРАЗДНИКИ В ДЕТСКОМ САДУ

Автор — Харченко Т.Е.

Материал книги представляет собой сценарии спортивных праздников и развлечений, подвижных игр, КВН и викторин для детей 3—7 лет. Все мероприятия разделены по временам года — зимние праздники и развлечения, весенние, летние и осенние. Представлены также и праздники различной тематики для любого времени года. В основе пособия — опыт успешной реализации на практике образовательных областей «Физическая культура» и «Здоровье». Книга адресована инструкторам по физической культуре и воспитателям ДОУ, заместителям заведующих по учебно-воспитательной работе, студентам педагогических вузов и неравнодушным родителям.



Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

по E-mail: sfera@cni.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.

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.

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.

И конечно, мы всегда рады посетителям сайтов наших журналов: <http://www.udou.ru>; www.vdou.ru; www.mrdou.ru; www.logoped-sfera.ru.

С материалами журнала «Медработник ДОУ»
можно познакомиться на сайте www.mrdou.ru



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

Подписаться на наши журналы можно с любого месяца

2013

2-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

Роспе-
чать

36804

Подписка
только
в первом
полугодииПресса
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

42120

42122

39755

39756

10395

10396

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного
воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**

36804, 80899, 18036 — Роспечатать

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!

Ранняя диагностика психических расстройств у детей

Требования к организации освещения жилища

Вирусные кишечные инфекции — о них нужно помнить всегда

Логопедическая работа с детьми с ДЦП в условиях Лекотеки

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.



МЕДРАБОТНИК ДОУ
2013, № 3 (39)

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, М.Д. Котова

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: dou@tc-sfera.ru; www.tc-sfera.ru
www.mrdou.ru

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 20.03.13. Формат 60×90¹/₁₆. Усл. печ. л. 8,0. Тираж 5000 экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2013

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2013

© Т.В. Цветкова, 2013



4 607091 440263



0 0037

«ЛОГОПЕД»

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ С БИБЛИОТЕКОЙ И УЧЕБНО-ИГРОВЫМ КОМПЛЕКТОМ

Для логопедов, специалистов
образования и здравоохранения



НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА СВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ!

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» – 82686,
18036 (в комплекте)
«Пресса России» –
39756 (в комплекте)
«Почта России» –
10396 (в комплекте)

Наш адрес: Москва,

Сельскохозяйственная ул., д. 18, к. 3

Тел.: /495/ 656-7505, 656-7255

E-mail: dou@tc-sfera.ru

Интернет-магазин:

www.tc-sfera.ru

