



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№4/2013



Ранняя диагностика
психических
расстройств у детей

Требования
к освещению
жилища

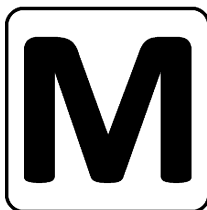
Вирусные
кишечные инфекции

Паспорт здоровья
воспитанника ДОУ

Готовность к школе:
норма и отклонения



ГОСТЬ НОМЕРА
Владимир
Владимирович
ЧУБАРОВСКИЙ



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 4/2013



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>В.В. Чубаровский</i>	6

ГИГИЕНА

Здоровье дошкольника

Левина Е.А.

Паспорт здоровья воспитанника дошкольного учреждения	14
--	----

Факторы окружающей среды

Калинина Н.И.

Требования к организации освещения жилища	25
---	----

Оздоровительная работа

Сальникова Л.И.

Закаливающая процедура «Растирание сухой варежкой» с детьми 5—7 лет	33
--	----

Зюзгина Л.А., Трофимова Н.Н.

Формы организации двигательной активности детей 3—4 лет	35
--	----

Федотова Н.И.

Программа «Я и мое здоровье»	42
------------------------------------	----

Гигиеническое воспитание

Григорян О.В., Дудина Е.В.

Совместная образовательная деятельность

«Наши зубки»	46
--------------------	----

Здоровый образ жизни

Белая С.Г.

Использование игровых компьютерных приемов
для формирования у детей представления

о здоровом образе жизни	51
-------------------------------	----

ПЕДИАТРИЯ

Инфекционные заболевания

Кудацкая М.А.

Вирусные кишечные инфекции. О них нужно помнить
всегда 54

Лекотека

Попова С.С.

Логопедическая работа с детьми с ДЦП в условиях
лекотеки 61

ПЕДАГОГИКА

Физическое воспитание

Байрамалова Г.В., Демина Г.А.

Необычные физкультурные занятия для дошкольников
в соответствии с ФГТ 66

Развитие ребенка

Ованова Т.Н., Рязанцева Г.П.

Интегрированные занятия для детей-сирот и детей,
оставшихся без попечения родителей, с ОНР и ЗПР 77

Психологическая помощь

Симомян А.Г.

Готовность к школе: норма и отклонения 84

Педагогическая копилка

Бочкарева Н.П.

Творческий проект «Умелые пальчики» 89

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Указ Президента РФ от 01.06.2012 № 761

«О национальной стратегии действий в интересах детей
на 2012—2017 годы» (Извлечения) 98

Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012

№ 366н «Об утверждении Порядка оказания
педиатрической помощи» (Извлечения) 105

Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ

«Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего
табачного дыма и последствий потребления табака»
(Извлечения) 112

Советы родителям

Лункина Е.Н.

Психолого-педагогические советы родителям и педагогам 119

Книжная полка 13, 24, 65, 124

Роспотребнадзор сообщает 45, 50, 53, 76, 118, 123

Памятка авторам 126

Как подписаться 127

Анонс 128

Редакционный совет журнала «Медработник ДОУ»

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

Горелова Жанетта Юрьевна — д-р мед. наук, зав. лабораторией эпидемиологии питания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков 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

ГБДОУ д/с № 43 комбинированно-го вида, Санкт-Петербург	42	МБДОУ д/с № 152, г. Рязань	14
ГБДОУ ЦРР — д/с № 38, Красносельский р-н, Санкт-Петербург	46	МБДОУ д/с общеразвивающего вида «Ромашка», пос. Уньюган, Октябрьский р-н Тюменской обл., ХМАО—Югра	33
ГБОУ № 1550, Москва	35	МКДОУ ЦРР — д/с № 27 «Малыш», г. Богданович Свердловской обл.	66
ГБОУ д/с компенсирующего вида № 1221, Москва	61	Научно-исследовательский институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФБГУ «НЦЗД» РАМН, Москва	6
ГКУЗ «Специализированный дом ребенка № 24 для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики Департамента здравоохранения города Москвы Восточного административного округа», Москва	77	Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва	6
Детская городская поликлиника № 104, Москва	84	Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по городу Москве на транспорте во Внуково, Москва	54
ДЦ «Сказочный замок», Москва	119	ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный морской технический университет», Санкт-Петербург	25
МАДОУ д/с № 2 «Золотая рыбка», с. «Энергетик», Республика Башкортостан	89		
МБДОУ д/с № 100 «Рябинушка», г. Таганрог	51		
Байрамалова		Левина Елена Алексеевна	14
Галина Васильевна	66	Лункина Елена Николаевна	119
Белая Светлана Геннадьевна ...	51	Ованова Татьяна Николаевна ...	77
Бочкарева Наталья Петровна ...	89	Попова Светлана Сергеевна	61
Григорян		Рязанцева Галина Петровна	77
Олеся Владимировна	46	Сальникова Лариса Ивановна ...	33
Демина		Симонян Анна Георгиевна	84
Галина Александровна	66	Трофимова	
Дудина Елена Викторовна	46	Наталия Николаевна	35
Зюзгина		Федотова Наталья Ивановна ...	42
Людмила Александровна	35	Чубаровский	
Калинина Нина Ивановна	25	Владимир Владимирович	6
Кудацкая Мария Аркадьевна	54		

Уважаемые коллеги!

В настоящее время происходит активное реформирование системы образования. В сентябре вступит в силу новый закон «Об образовании в Российской Федерации», согласно которому дошкольное образование станет частью общей образовательной системы. В связи с этим возникла необходимость разработки федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования. Все российское общество с большим интересом наблюдает за процессом его создания. И это не удивительно. Такой стандарт разрабатывается впервые в истории России!

29 марта 2013 г. состоялось заседание круглого стола «Каким быть дошкольному детству?». Председатель рабочей группы, руководитель Федерального института развития образования А. Асмолов подчеркнул: «Новый стандарт должен гарантировать качественное дошкольное образование каждому ребенку». А это значит, что необходимо учесть интересы всех детей, в том числе и детей с ограниченными возможностями здоровья. Образовательное учреждение в этом случае должно быть укомплектовано дополнительными высококвалифицированными педагогическими кадрами, работниками, обеспечивающими уход и присмотр за детьми, медицинскими и психологическими специалистами. Кроме того, должны быть решены и вопросы, касающиеся допустимой наполняемости групп, достаточной обеспеченности помещениями, наличия специального оборудования и др. В связи с этим важно разработать комплекс требований к условиям реализации основной общеобразовательной программы, гарантирующих охрану и укрепление физического, психологического и социального здоровья воспитанников. Создание комфортных условий для ребенка в ДОУ — одна из главных задач на сегодняшний день.

Данные вопросы не могут быть отданы только на усмотрение администрации ДОУ. Они должны быть решены законодательно и, конечно, нуждаются в финансовой поддержке со стороны государства.

«Перемен! Мы ждем перемен» — эти слова песни как нельзя лучше отражают наше настроение. Да, мы не хотим стоять на месте, и большинство из нас ждет от реформ, проводимых в образовании реальных позитивных изменений, подкрепленных государственными гарантиями. Проект нового стандарта должен быть представлен в Минобрнауки уже осенью. Мы призываем всех читателей нашего журнала принять активное участие в общественном обсуждении этого документа. Мы не должны стоять в стороне. Этот касается каждого из нас!

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Гость номера

Чубаровский Владимир Владимирович

*д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник
Научно-исследовательского института гигиены и охраны
здоровья детей и подростков ФБГУ «НЦЗД» РАМН, профессор
кафедры гигиены детей и подростков Первого Московского
государственного медицинского университета
им. И. М. Сеченова, Москва*

Ранняя диагностика психических расстройств у детей

Проблема охраны здоровья подрастающего поколения приобрела в настоящее время, по мнению ведущих ученых, «степень угрозы национальной безопасности страны». Общество в течение последних десятилетий столкнулось с тяжелейшими социальными проблемами: кризисная смена общественно-экономической формации, резкое расслоение социума по материальному признаку, скачкообразный рост преступности, глубокий кризис институтов, ответственных за охрану здоровья и формирование личности — в первую очередь системы здравоохранения и образования, резкий рост беспризорных и безнадзорных детей, катастрофическое распространение различных форм аддиктивных нарушений — ранней алкоголизации и токсикомании. Для общества крайне актуальной стала проблема насилия над детьми, включая сексуальное. Существенное значение имеет также качественное изменение ин-

формационной нагрузки, приведшее к возникновению выраженных учебных психоэмоциональных перегрузок, причем в существенной степени это касается детей на этапе подготовки к поступлению в школу. Реально при поступлении в среднее образовательное учреждение ребенок уже должен выдержать серьезный экзамен, причем от комиссии специалистов.

Следует учитывать, что современные дети живут в принципиально иной информационной среде — пользуются компьютером, смартфонами, выходят в Интернет, имеют возможность доступа более чем к 100 телевизионным каналам и далеко не всегда с учетом возрастной специфики. Несмотря на большое количество работ по этой проблематике значительное число актуальных вопросов остается неразрешенными или противоречиво трактуется.

Существенные и принципиальные расхождения в методологи-

ческих и методических подходах к оценке и квалификации психического состояния ребенка в кризисные периоды его развития обуславливают крайнее расхождение данных о распространенности различных форм патологии. По данным медицинской статистики и результатам профилактических осмотров, нервно-психическими нарушениями страдают более четверти детей, посещающих ДОО. По числу детских и подростковых суицидов Россия вышла на ведущее место в Европе и эта ситуация сохраняется в течение 20 лет. Отмечается увеличение врожденной патологии, в существенной степени обусловленной макро- и микросоциальными причинами, такими как хронический алкоголизм, наркомания, проблемы состояния окружающей среды, состояние психического, физического и социального здоровья родителей и пр. Эти проблемы затрагивают значительные социальные группы современного общества. Попытки решения острых демографических проблем мерами государственной поддержки — материнский капитал и пр., приводят к неоднозначным результатам, когда решение о рождении третьего и более ребенка зачастую принимают проблемные семьи (алкоголизм, находящиеся в тяжелом материальном положении, откровенно асоциальные). Сложившаяся ситуация приводит к возрастанию числа детей с задержками развития, аномальными характеристиками психологическими особенностями

и поведенческими проявлениями, невропатией, и с этими феноменами напрямую сталкиваются специалисты находящиеся «в контактной зоне» с ребенком — воспитатели, администрация и медицинские работники ДОО. Являясь, по сути, проблемой междисциплинарной, следует констатировать, что уровень профессиональной подготовки в области возрастной психопатологии большинства специалистов явно не достаточен, а полученное образование педагога и медика, касающееся вопросов соотношения «психического» и физического (биологического), исходит из принципиально различных методологических и методических позиций.

Крайне усложнило психиатрическую и психотерапевтическую помощь детям ликвидация в 90-х гг. XX в. врачебных специальностей «детский психиатр» и «детский невролог». В современных условиях специализированную помощь ребенку оказывают врачи, проходившие подготовку на кафедрах и в стационарах для взрослых пациентов, что, естественно, сказывается на учете возрастной специфики проявлений психических расстройств. К сожалению, ситуация, связанная с многочисленными требованиями медицинской общественности о необходимости возвращения ликвидированных врачебных специальностей, на протяжении десятилетий не меняется.

Серьезную организационную проблему для администрации и

сотрудников ДОУ представляют случаи необходимости консультации ребенка психиатром или психотерапевтом. Например, когда отмечаются явные задержки развития — речевого, моторного, интеллектуального или его поведение не поддается коррекции методами психолого-педагогического воздействия — ребенок драчлив, агрессивен, «неуправляем», иногда представляет опасность для других детей и самого себя и пр. В нашей стране обращаться к психиатрам боятся. Существует исторически сложившийся феномен «психофобии». И эти страхи порой обоснованны. Уже не говоря о нашем прошлом, когда любого неудобного человека могли поместить в психиатрическую больницу; по бытующим представлениям, и сегодня человека, получившего любой психиатрический диагноз, ожидает много сложностей, что далеко не всегда обосновано. Многие родители полагают, что при наличии психиатрического диагноза ребенок не сможет учиться в общеобразовательной школе, а будет проходить обучение в классе коррекции (в лучшем случае) или во вспомогательной школе. В будущем его ждут определенные ограничения в выборе профессии, запрет на получение водительских прав, ношение оружия, выезд за границу и др. Отдельная проблема — возможность разглашения врачебной тайны. Следует ответственно утверждать, что для подавляющего большинства психи-

ческих отклонений подобных социальных ограничений давно не существует, а вот несвоевременное оказание специализированной помощи может иметь для ребенка самые тяжелые последствия. Возможные издержки превышают риски.

Кроме того, многие родители не обращаются к психиатру, так как боятся, что их ребенок будет употреблять сильные препараты, которые могут навредить или еще больше осложнить состояние. Здесь можно успокоить родителей. Существует жесткое ограничение назначения психотропных препаратов детям и подросткам. Они выписываются только в случае острой необходимости. Сейчас существует разнообразный спектр препаратов, которые могут облегчить протекание многих состояний. И такие отклонения, как синдром СДВГ, психогенная депрессия, невротические расстройства, последствия черепно-мозговых травм и др., которые не дают детям даже возможности адаптироваться в учебном коллективе, можно вылечить, или в существенной степени сгладить, тогда как даже героическими усилиями педагогов и психологов патологические состояния скорректированы быть не могут вследствие их болезненной природы развития. На частичное улучшение требуется значительно больше времени — многие годы, и зачастую время может быть безвозвратно упущено. Сегодня в медицине много методик, позво-

ляющих снижать уровень агрессии, раздражительность, социальную дезадаптацию, эмоциональные, поведенческие нарушения и др. Вопрос в выборе специалиста и доверии к нему.

Что делать, если педагоги и родители не могут достичь взаимопонимания? Например, ребенок живет в асоциальной семье. Здесь следует руководствоваться в первую очередь юридическими аспектами. Сегодня порядок оказания психиатрической помощи строго регламентирован. Консультирование и лечение осуществляется на основании Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Ребенок до 15 лет может быть направлен на лечение и консультацию к психиатру только с согласия родителей или опекунов. Кстати, с 15-летнего возраста для беседы с психиатром или психотерапевтом требуется согласие самого потенциального пациента. Но есть и исключения — ч. 4 ст. 23 «Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность,

т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи». Иначе говоря, согласия родителей не требуется, если ребенок представляет социальную опасность для окружающих. Например, проявляет особую и повторяющуюся агрессию в отношении сверстников (избивает младших, сталкивает детей с лестницы, угрожает осколками стекла, бросает камни в голову, при попытке остановить его действия активно сопротивляется, кусает воспитателя и пр.). В этом случае следует получить заявление от родителей пострадавших детей, вызвать родителей агрессивного ребенка, предложить проконсультироваться у специалиста и в случае отказа обращаться в органы опеки или правоохранительные. К сожалению, до настоящего времени порядок действий администрации в столь экзотичных случаях строго не прописан, а ответственность за возможные ошибки в правомерности мер крайне высока. Одновременно следует отметить, что одна из ведущих задач разрабатываемой ювенальной юстиции — не только защита прав ребенка, но и строго прописанные права и обязанности общества (педагогов, психологов, воспитателей, администрации) в отношении детей, обнаруживающих выраженные

формы социальной дезадаптации, возможно обусловленные психическим расстройством.

Чисто опытным, эмпирическим путем можно в самом общем виде дать следующие рекомендации. Родителям надо посоветовать обращаться за помощью к психиатру или психотерапевту, в том случае, если выраженные нарушения в эмоциональном состоянии ребенка, расстройства его интеллектуального развития и прочее сохраняются более 6 мес. и весь арсенал психолого-педагогических мер коррекции уже исчерпан.

Следует помнить, что ребенок в любом случае будет проконсультирован психиатром перед поступлением в школу, а ребенок с выраженными проблемами здоровья требует пребывания в специализированном учреждении, например, логопедические детские сады, где возможности коррекции проблем несравнимо выше. Тактически при разговоре с родителями не надо говорить, что этот ребенок интеллектуально не развит, неспособен, опасен для коллектива, что он мешает группе и т.д. Упор следует делать на проблемах самого ребенка. Важно объяснить последствия такого состояния для него самого. Примерно так: «Он способный, чуткий, несколько ранимый, но не может усваивать материал наравне с другими. Он конфликтует со сверстниками, сам переживает, это негативно сказывается на его состоянии и учебе. Есть возможность проконсультироваться со

специалистом и попробовать более глубоко разобраться в его проблемах и главное помочь. Так почему бы этим не воспользоваться?» В центре такой беседы должны быть проблемы самого ребенка и их последствия. А последние могут быть самыми разными, например, в случае депрессии — суицид. Как известно, Россия занимает одно из первых мест в Европе по детским суицидам. Следует знать, что депрессия — лишь симптом психического заболевания. Иногда это может быть симптомом развития шизофрении, иногда следствием тяжелой психотравмы, насилием в семье. Поэтому к такому явлению надо относиться очень серьезно. Прежде всего надо попытаться выяснить причины. Если существует конкретная причина для угнетенного состояния (развод родителей, конфликты с детьми, смерть любимого животного и др.), это психологически понятно и переживается в той или иной степени любой личностью. Эти переживания естественны. И здесь стоит вопрос об оказании элементарного внимания: участия, умения выслушать, разделить его эмоции, пожалеть, повысить его самооценку. Это в рамках деятельности воспитателя, родителей, психолога. Но намного сложнее, если у ребенка сниженный фон настроения без объективных причин выяснить не удастся. Здесь следует знать, что если подавленное плохое настроение, отсутствие желаний, резкое огра-

ничение контактов продолжается больше месяца, — это серьезный повод для обращения к специалисту. Но если ребенок хотя бы раз высказал мысли о суициде, обращение к врачу должно быть незамедлительным. Насторожить должно и то, если ребенок становится замкнутым, необщительным, несколько заторможенным, резко снижаются темпы развития навыков, памяти, на лице маска страдания, частый плач без видимых причин, появляется страх смерти и т.д. Эта ситуация также требует быстрого реагирования и консультации специалиста.

Особого внимания требуют также «вундеркинды», «дети-индиго», «молодые старички». Ситуации, когда 5—6-летний ребенок высказывает суждения на уровне взрослого человека или обнаруживает особые способности в сфере мышления и интеллекта. Зачастую подобные феномены, умиляющие родителей, являются симптомами дисгармоничного развития личности — дизонтогенеза, или ранними признаками развивающегося психического расстройства.

Для дошкольников и детей младшего школьного возраста особое значение имеет развитие синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Частота его встречаемости, по некоторым данным, достигает 10%. Такие дети крайне подвижны, активны, не могут усидеть на стуле даже в течение 10—15 мин, с трудом усваивают учебный материал, крайне

отвлекаемы, часто отмечаются реакции протеста или оппозиции — головная боль любого воспитателя и педагогов. Следует отметить, что подобное состояние может развиваться в рамках совершенно различных расстройств — от психотравмирующих воздействий, легкого органического поражения ЦНС до шизофрении. Естественно, что время начала психокоррекционных воздействий во многом определяет их эффективность.

Квалифицированную консультацию в этих случаях можно получить не только в психоневрологическом диспансере. В настоящее время существуют медико-психолого-педагогические комиссии, где работают медицинские психологи, психотерапевты, неврологи, педагоги. Один из факторов, воздействующих на психическое здоровье ребенка — физическое и психическое состояние воспитателя. Как бы ни был профессионален педагог, но его эмоциональное состояние транслируется на психическое состояние ребенка. По данным выборочных исследований, до 70% учителей высшей и средней школы в настоящее время обнаруживают различные формы пограничных психических нарушений и психосоматических расстройств (депрессии, неврозы, невротические развития, гипертоническая болезнь, спастические колиты, мигренозные боли, алкоголизм и пр.). Полагаю, что показатели здоровья воспитателей ДОУ сходны. К сожалению, педагоги не

часто обращаются за медицинской помощью и продолжают работать в нездоровом состоянии. Поэтому одна из задач администрации — забота о здоровье педагогического коллектива (наложение благоприятного эмоционально-психологического климата в коллективе, открытие кабинетов психологической разгрузки, предоставление возможности санаторно-курортного лечения, убеждение к позитивному отношению к диспансеризации, разработка комплекса мер социального протекционизма).

Разумеется, ведущая роль в формировании личности и охране здоровья ребенка принадлежит семье. Именно через семью оказывается крайне негативное влияние макросоциальных факторов общественных перемен: обнищание значительной части трудоспособного населения, алкоголизм, распадающиеся семьи, доминирование в приоритетах родителей карьерного роста, материального благополучия за счет интересов ребенка, отсутствие чувства защищенности и социальной справедливости. В каждом конкретном случае совокупность факторов имеет различное интегрирующее значение. К сожалению, общество в целом имеет зачастую довольно искаженные, устоявшиеся представления о психотравмирующей роли конкретного признака. Например, существует постулируемое мнение, что дети, воспитывающи-

еся в неполных семьях, находят-ся в группе риска по психическим заболеваниям. На самом деле, это не так. Гораздо более травмирующая ситуация для ребенка — когда родители находятся на стадии разрыва отношений и продолжают жить вместе. Постоянные конфликты, эмоционально напряженная обстановка, которая царит в доме, оказывает намного более травмирующий эффект. Создается ситуация постоянного стресса. А кроме того, ребенок, присутствующий при ссорах, сопровождающихся оскорблениями и неуважительным отношением друг к другу, приобретает модель поведения, которой он, возможно, будет придерживаться в своей жизни.

Во многом влияние многочисленных семейных проблем может быть сглажено обществом. Ведущая роль в решении этих задач принадлежит сотрудникам организованных коллективов. Именно они реально в сложившихся условиях обладают достаточным уровнем профессиональных компетенций и нравственно этическими качествами, отражающими фундаментальные общественные интересы. Решение этих задач требует интеграции усилий медиков, воспитателей, психологов, социальных работников. Вероятно, целесообразно с учетом остроты проблем расширение профессиональной подготовки практиков в области возрастной психопатологии с целью организации мероприятий первичной и вторичной психопрофилактики в ДОУ.

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.



С ФИЗКУЛЬТУРОЙ ДРУЖИТЬ — ЗДОРОВЫМ БЫТЬ!

Методическое пособие

Автор — Маханёва М.Д.

В данном пособии предлагаются рекомендации по физическому воспитанию детей дошкольного и младшего школьного возраста. Пособие содержит перспективные планы физкультурных занятий, уроков, занятий по плаванию, сценарии спортивных праздников и примерный комплекс закаляющих процедур из опыта работы МОУ «Парогимназия № 117» учителя физкультуры Г.В. Барановой.



ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Автор — Маханева М.Д.

В данном методическом пособии представлена программа оздоровления детей дошкольного возраста, раскрыты основные средства физического воспитания, динамика формирования интегративного качества личности ребенка «Физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками». В приложении представлен проект «С физкультурой дружить — здоровым быть». Содержание настоящего методического пособия соответствует ФГТ к структуре основной общеобразовательной программы.

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».



Паспорт здоровья воспитанника дошкольного учреждения

Левина Е.А.,

заместитель заведующего по ВМР МБДОУ д/с № 152,
г. Рязань

Совершенствование физического воспитания детей дошкольного возраста приобрело особую значимость в связи с модернизацией образования в нашей стране. Период дошкольного детства — наиболее важный в становлении двигательных функций ребенка, особенно его физических качеств. Поэтому необходима система контроля физического развития, физической подготовленности и работоспособности детей.

Под физическим развитием понимается не какое-либо статическое состояние ребенка, а динамический процесс (увеличение длины и массы тела, развитие отдельных частей тела и др.) и биологическое его созревание в том или ином периоде детства, поэтому при определении основных параметров физического развития в конкретный момент правильнее говорить о «физическом состоянии».

Всемирная организация здравоохранения определяет физическое развитие как один из основополагающих критериев в комплексной оценке состояния здоровья ребенка.

Физическая подготовленность ребенка характеризуется степенью сформированности двигательных навыков и развития физических качеств. Нарушение физического развития диктует необходимость углубленного обследования ребенка. Отставание в физическом развитии должно привлекать внимание врачей к особенностям семьи ребенка.

Антропометрическое исследование необходимо для установления биологического возраста ребенка, темпа его биологического созревания, решения вопроса о возможности обучения в школе с 6-летнего возраста, рекомендуемых физических нагрузок и занятий спортом.

Физическая подготовленность характеризуется степенью сформированности двигательных навыков и развития физических качеств. Прослеживание динамики раз-

ГИГИЕНА



виятия основных движений позволяет определить наиболее характерные для большинства детей определенного возраста показатели, выявить индивидуальные возможности, учесть отстающих, выявить причины отставания в освоении программного материала по физической культуре.

Результаты обследования уровня физического развития и уровня физической подготовленности заносят в индивидуальные карты.

С целью систематизации данных обследования в нашем ДОУ был разработан «Паспорт здоровья воспитанника ДОУ».

Паспорт здоровья должен стать базовой оценкой работы ДОУ по физкультурно-оздоровительному направлению, критерием, стимулирующим работу всего персонала детского сада. Информация, содержащаяся в нем, будет основана на физиологических, биологических, физических и психических показателях здоровья. Совокупность этих показателей не только позволит правильно оценить состояние здоровья воспитанников, но и осуществить преемственность в работе специалистов, что в свою очередь позволит более эффективно организовать совместную деятельность педагога с детьми.

Паспорт здоровья состоит из 6 частей и рассчитан на весь период пребывания ребенка в ДОУ. В его заполнении, учитывая возраст ребенка, будут принимать участие воспитатели, педагоги-специалисты, медицинские работники.

1-я часть. «Программа физкультурно-оздоровительных мероприятий ДОУ на пятидневную рабочую неделю». На ее основании разработан режим дня для всех возрастных групп с учетом времени проведения физкультурно-оздоровительных мероприятий.

2-я часть. «Периоды сенситивного развития физических качеств и психомоторных функций в детском и подростковом возрасте».

3-я часть. «Антропометрические показатели биологического развития организма детей и подростков» (табл. 1). На основе данных таблицы заполняется индивидуальная карта физического развития ребенка медицинским работником с 1-й младшей группы не реже 2 раз в год на весь период пребывания ребенка в саду.

4-я часть. «Оценка уровня физической подготовленности». (При оценке используется Общероссийская система мониторинга физического развития детей, подростков, молодежи.)

5-я часть. «Индивидуальная карта физического развития и физической подготовленности дошкольника» (табл. 2). (Заполняется медсестрой и инструктором по физкультуре 2 раза в год.)

6-я часть. «Психолого-педагогическая карта развития ребенка» (табл. 3). (Составлена рабочей группой педагогов-психологов при Центре ПМС-сопровождения детей и подростков г. Рязани.)

Таблица 1

Антропометрические показатели биологического развития организма детей

Код	Показатели	Пол	Возраст					
			2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
01	Длина тела (см)	Д	87,5	96,0—104,0	103,0—110,0	109,0—116,0	115,0—123,0	118,0—129,0
		М	89,5	99,0—106,0	105,0—111,0	109,0—118,0	115,0—125,0	118,0—129,0
02	Масса тела (кг)	Д	12,9	13,8—17,1	16,8—19,8	17,5—22,0	19,9—25,9	21,5—27,5
		М	13,3	14,7—17,5	16,0—20,1	18,0—22,9	20,0—25,0	21,6—27,9
03	Окружность грудной клетки (см)	Д	50,2	52,0—54,0	54,0—56,0	56,0—58,0	58,0—61,0	59,1
		М	51,5	53,0—54,0	54,0—57,0	57,0—58,0	58,0—60,0	61,2
04	Жизненная емкость легких (мл)	Д	—	—	1000	1000	1180	1300
		М	—	—	1000	1000	1180	1200
05	Сила правой руки (кг)	Д	—	0—1,1	1,5—3,0	3,0—4,8	4,2—8,5	10
		М	—	1,0—2,4	2,3—6,9	3,3—7,3	6,9—9,3	11
06	Сила левой руки (кг)	Д	—	0—1,9	1,1—3,3	2,8—4,2	4,9—8,8	9
		М	—	1,0—2,3	1,8—5,8	3,3—6,3	6,5—8,8	10,5

Таблица 2

Индивидуальная карта физического развития и физической подготовленности дошкольника

Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения « _____ » _____

Группа _____

Посещает ДОУ с (дата) _____

Показатели физической подготовленности										
Тесты, единицы измерения	Дата обследования									
	результат	оценка	результат	оценка	результат	оценка	результат	оценка	результат	оценка
Равновесие										
Бег на 30 м (с)										
«Челночный бег» 3 по 10 м										
Прыжок в длину с места										
Подъем туловища (сед)										
Метание на дальность набивного мяча (1 кг) из-за головы										
Общая оценка										

М

2013, № 4

Здоровье дошкольника

17

Показатели физического развития										
Тесты, единицы измерения	Дата обследования									
	результат	оценка	результат	оценка	результат	оценка	результат	оценка	результат	оценка
Рост (см)										
Вес (кг)										
Общая оценка										

Таблица 3

Психолого-педагогическая карта развития ребенка

Фамилия, имя ребенка _____
 Дата рождения « ____ » _____
 МБДОУ д/с № ____ Вид группы _____
 Дата поступления в ДОУ _____
 Домашний адрес _____
 Сведения о семье _____
 Мать (ФИО) _____
 Отец (ФИО) _____
 Кто еще принимает участие в воспитании ребенка _____
 Адаптация к ДОУ _____
 Ведущая рука _____

Социально-бытовое развитие (заполняется воспитателем группы)

Показатели развития	Дата / возраст	Дата / возраст	Дата / возраст	Дата / возраст	Дата / возраст	Дата / возраст
Общение со взрослыми						
Легко идет на контакт, проявляет инициативу						
Откликается на инициативу взрослого						
Избегает						
Общение со сверстниками						
Легко устанавливает дружеские взаимоотношения						
Откликается на инициативу сверстника						
Избегает взаимодействия						
Проявляет качества лидера						
Предпочитает подчиняться другим						
Успешно разрешает конфликты со сверстниками						
В ситуации конфликта просит помощи взрослого						
Не умеет разрешать конфликты						
Игра						
Успешно участвует в коллективной игре						
Предпочитает играть один						
Умеет организовать игру, занять других детей						
Не умеет организовать игру, откликается на инициативу других детей						

В игре ориентируется на правила						
Может выполнять правила с помощью взрослого и других детей						
Правила не принимает						
Особенности поведения и деятельности						
Умеет сдерживать себя, контролировать свое поведение						
Нуждается в помощи взрослого						
Не умеет контролировать свое поведение, не выполняет правила распорядка жизни						
В основном проявляет самостоятельность						
Постоянно нуждается в помощи взрослого, несамостоятелен						
Работоспособен, энергичен						
Работоспособность неустойчивая, зависит от настроения и интереса						
Быстро утомляется						
Развитие моторики						
Общая моторика развита хорошо, скоординирован, ловок						
Общая моторика развита недостаточно						
Развитие мелкой моторики: соответствует возрастной норме; ниже возрастной нормы						

Речевое развитие

(заполняется логопедом ДООУ или воспитателем группы)

Раннее речевое развитие:

1) первые слова (возраст) _____

2) первые фразы (возраст) _____

Показатели развития	Дата/ возраст	Дата/ возраст	Дата/ возраст	Дата/ возраст	Дата/ возраст	Дата/ возраст
Фонематический слух: — нарушен; — сохранен						
Слоговая структура слова: — нарушена; — в норме						
Словарный запас: — резко ограничен; — беден; — в пределах обихода; — достаточный						
Связная речь: — в норме; — ниже возрастной нормы — описание сюжетной картинки; — составление рассказа по серии сюжетных картинок; — пересказ текста; — творческий рассказ; — знание стихов и сказок						
Уровень речевого развития: — в норме; — ниже возрастной нормы						

Личностное и познавательное развитие
(заполняется педагогом-психологом ДОУ)

Показатели развития	Дата / возраст		Дата / возраст		Дата / возраст		Дата / возраст	
Личностное развитие								
Особенности мотивации								
Сформированность внутренней позиции будущего ученика								
Уровень: самооценки; тревожности; произвольности								
Познавательное развитие								
Уровень развития восприятия								
Уровень развития памяти: — слуховой; — зрительной								
Особенности внимания: — устойчивое; — неустойчивое								
Уровень развития мышления: — наглядно-действенное; — наглядно-образное; — логическое								

Сформированность мыслительных операций: — классификация и обобщение; — умение устанавливать причинно-следственные связи								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Заключение специалистов ДОУ

Общая динамика развития и сформированности предпосылок к обучению в школе

Прогноз развития (благоприятный, условно благоприятный, неблагоприятный), возможные трудности

Рекомендации по дальнейшему обучению, развитию и воспитанию в школе

Воспитатели: _____ / _____ /

Учитель-логопед: _____ / _____ /

Педагог-психолог: _____ / _____ /

Заведующий ДОУ: _____ / _____ /

Дата « ____ » _____

М.п.

Карта состоит из *трех разделов*: «Социально-бытовое развитие», «Речевое развитие», «Развитие личности и познавательных процессов» и заключения специалистов ДОУ, содержащего общую оценку динамики развития и сформированности предпосылок к обучению в школе, прогноз развития и рекомендации по дальнейшему обучению, развитию и воспитанию в школе. Карта заполняется воспитателями групп, учителем-логопедом со средней группы 2 раза в год, педагогом-психологом — по адаптации детей 1-й и 2-й младших групп 1 раз в год, в группах коррекции — ежегодно не реже 2 раз в год.

Карта обязательно заполняется полностью перед выпуском ребенка из дошкольного учреждения.

Психолого-педагогическая карта хранится в методическом кабинете и передается родителям или законным представителям по месту учебы ребенка после выпуска его из ДОУ.

Систематичность внесения базовых показателей на всем

этапе нахождения ребенка в ДОУ будет способствовать:

1) регулярной коррективке в построении двигательного режима и коррективке содержания занятий по физкультуре;

2) соблюдению преемственности в работе специалистов на разных этапах образовательного пути ребенка и осуществлению к нему индивидуального подхода.

Особое место необходимо отводить работе с родителями с целью усиления заинтересованности в укреплении здоровья (физического, психического) детей, привлечения к решению проблем, связанных со здоровьем (психическим, физическим) воспитанников, как в дошкольном учреждении, так и дома.

Литература

Береснева З.И., Казаковцева Р.Г. Здоровый малыш: Программа оздоровления детей в ДОУ. М., 2004.

Осокина Т.И. Физическая культура в детском саду. 3-е изд. М., 1986.

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

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

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.



Представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа.

Требования к организации освещения жилища

Калинина Н.И.,

канд. мед. наук, старший научный сотрудник, ФГБОУ ВПО
«Санкт-Петербургский государственный морской технический
университет», Санкт-Петербург

Жилище — искусственная среда обитания человека, основное назначение которой — создание комфортных условий существования людей. Однако есть факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на человеческий организм. Благоприятный и рациональный световой климат чрезвычайно важен для растущего организма ребенка, у которого функции зрительной системы еще формируются и вырабатываются зрительные навыки. В домашних условиях функция органа зрения детей заключается не только в различении объектов и обзоре окружающего пространства, но и в выполнении напряженной зрительной работы.

Важными гигиеническими факторами в жилище считаются *естественное освещение и инсоляция*. Нормирование этих факторов в России осуществляется в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.2.2645-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям проживания в жилых зданиях и помещениях» и СанПиН 2.2.1/2.1.1.1076-01 «Гигиенические требования по инсоляции и солнцезащите жилых и общественных зданий».

Жилые комнаты относятся к помещениям длительного пребывания людей, что требует хорошего естественного освещения. Достаточность естественного света определяется нормируемым значением коэффициента естественной освещенности (КЕО). Это относительная величина выражается в % и показывает, во сколько раз освещенность внутри помещения ($E_{\text{вн.}}$) меньше освещенности снаружи здания ($E_{\text{нар.}}$). Нормируемое значение КЕО при одностороннем боковом освещении жилого здания должно быть обеспечено в точке на пересечении вертикальной плоскости характерного разреза помещения и плоскости пола на расстоянии 1 м от стены, наиболее удаленной от световых проемов: в одной комнате для одно-, двух- и трехкомнатных квартир и в двух комнатах для четырех- и более комнатных квартир. В остальных комнатах и в кухне значение КЕО должно обеспечиваться в центре помещения на плоскости пола.

Согласно санитарным нормам КЕО в жилых помещениях должен быть не менее 0,5%. Чем меньше глубина помещения, тем легче обеспечить требуемый

КЕО и наоборот. Рекомендуемое отношение глубины помещения к высоте верхнего края окна над полом не более 2,5, при этом прямой свет от небосвода должен проникать не менее чем на половину глубины комнаты. Для оценки естественного освещения пользуются также световым коэффициентом — отношением площади остекления окон к площади пола. Для жилых комнат принят световой коэффициент 1:8. Улучшает естественную освещенность и окраска стен помещений — светлые тона повышают освещенность на 20—25% [12].

Естественное освещение помещений напрямую зависит от правильности застройки, ориентации окон зданий, устройства окон. Уплотнительная застройка, хаотичное остекление лоджий затрудняет не только проникновение света в помещения, но и нарушает инсоляцию жилья, которая имеет важное биологическое и психологическое значение для человека. В плохо освещенных квартирах возникает эффект «светового голодания». Как следствие — нарушение физиологического равновесия в организме человека. Это проявляется в нарушении углеводного, белкового и минерального обмена веществ, ухудшении состояния костно-мышечной системы. Ослабляется иммунитет к воздействию любых болезнетворных факторов бактериальной, химической и иной природы, снижается общий тонус организма, раз-

вивается быстрая утомляемость, наблюдается общее ухудшение самочувствия. Световое голодание особенно неблагоприятно для организма детей и подростков, у которых нарушение иммунитета и фосфорно-кальциевого обмена может привести к повышенной заболеваемости и проявлениям рахита из-за нехватки витамина *D*.

Настроение и поведение людей также напрямую зависят от света. Жители больших городов чаще испытывают явления светового голодания из-за загрязнения атмосферного воздуха выбросами автотранспорта и промышленных предприятий, что вызывает большие потери солнечной радиации и усугубляется затенением зданий и придомовых территорий при современной плотной застройке многоэтажными зданиями. Кроме этого, образ жизни горожан таков, что они все большую часть времени проводят в закрытых помещениях, сводя к минимуму пребывание под открытым небом [5].

Нормируемая продолжительность непрерывной инсоляции устанавливается дифференцированно в зависимости от географической широты, типа квартир, функционального назначения помещений, а также в зависимости от размещения объекта на территории города. Так, для центральной географической зоны нормируемая продолжительность непрерывной инсоляции составляет не менее 2 ч в день с 22 марта по 22 сентября. В жилых поме-

щениях северных районов требуется 2,5 ч непрерывной инсоляции. Инсоляция должна быть обеспечена в одной из жилых комнат одно-, двух и трехкомнатных квартир и не менее чем в двух комнатах четырех- и более комнатных квартир. Требования к инсоляции помещений зданий и территорий должны соблюдаться в проектах планировки, проектах реконструкции жилых микрорайонов и кварталов. Выполнение этих требований обеспечивается размещением и ориентацией зданий по сторонам горизонта, а также их объемно-планировочными решениями.

Комфортабельность современной квартиры во многом зависит от качества ее искусственного освещения. Свет в нашем доме многофункционален и выполняемые им функции вытекают из сложности и разнообразия процессов, происходящих в жилище, и видов деятельности человека, сложности создания искусственной среды его обитания. Создание освещения, которое бы обеспечивало оптимальные условия для работы и отдыха, гармонично соединяя в одно целое все элементы интерьера — настоятельная потребность сегодняшнего дня. Свет — один из важнейших элементов организации жилого пространства. Свойства света как фактора сильного эмоционального воздействия определяют требования к окружающей обстановке, при этом основная нагрузка, обеспечивающая трансформацию окружения, ло-

жится на освещение. Необходимая его гибкость достигается за счет регулирования светового потока и изменения спектрального состава источников света, применения светильников подвижной конструкции и пр.

При проектировании квартиры нужно учитывать условия, необходимые для осуществления каждого из бытовых процессов, обеспечения функциональных зон, присущих современному жилищу. Наиболее рациональным, обеспечивающим как утилитарные, так и декоративные функции при таких планировочных решениях, является *принцип зонального освещения*, основанный на использовании общего, комбинированного или местного освещения отдельных функциональных зон. Зональное освещение обуславливает существенное разнообразие приемов освещения и обеспечивает экономное расходование электроэнергии. В соответствии с назначением и характером зрительных работ в жилых помещениях определяются принципы освещения каждой зоны, выбираются приемы освещения. Однако существуют определенные требования, выполнение которых необходимо при освещении любого помещения или зоны.

В системах освещения квартир основными источниками света до недавнего времени были лампы накаливания. Они универсальны, просты и удобны в эксплуатации, разнообразны по конструкции и

мощности. Главными недостатками ламп считаются сравнительно низкая светоотдача, невысокая продолжительность горения (1000 ч), что относит эти источники света к низкоэффективным. Помимо обычных ламп накаливания в жилых помещениях могут использоваться галогенные лампы накаливания (ГЛН), в колбу которых вводятся галогенные добавки, содержащие йод, бром и др. Эти источники света имеют световую отдачу на 20% выше по сравнению с обычными лампами накаливания, срок службы составляет до 4000 ч.

Мировое сообщество в рамках программ энергосбережения отказывается от ламп накаливания, планируя переходить на энергоэффективные источники света: компактные люминесцентные лампы (КЛЛ), а также светодиодные лампы (СДЛ). Согласно Федеральному закону от 23.11.2009 г. № 261-ФЗ «Об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» наша страна поэтапно переходит на применение указанных источников света. КЛЛ эксплуатируются на мировом светотехническом рынке около 25 лет. Компактные люминесцентные лампы имеют срок службы до 15 тыс. ч, обладают высокой светоотдачей и хорошей цветопередачей. В зависимости от цветовой температуры (T_u) КЛЛ излучают теплый свет (2700 К),

белый свет (2900—4000 К), холодный свет (5400—6400 К). КЛЛ с встроенным электронным ПРА имеют низкие пульсации светового потока, характерные для люминесцентных ламп, что является достоинством.

Вместе с тем имеются недостатки, связанные с применением КЛЛ. В первую очередь это содержание ртути в КЛЛ и проблемы утилизации ртутьсодержащих отходов. В 2010 г. вступило в силу постановление Правительства РФ от 03.09.2010 № 681, определяющее правила утилизации ртутных ламп. Сообщается также, что в ряде регионов России органами местной власти приняты нормативные акты, определяющие селективный сбор и последующую переработку вышедших из строя ртутных ламп. В то же время из отслуживших свой срок более 70 млн ртутных ламп ежегодно перерабатывается около 28 млн ламп, что составляет только 40% от общего количества [9].

Размещение компактных люминесцентных ламп на цоколях Е-27 и Е-14 предполагало использовать их в бытовых светильниках, предназначенных для ламп накаливания. Однако габариты КЛЛ были больше, что при установке ламп в светильниках местного и общего освещения приводило к появлению повышенной яркости в поле зрения и блескости, нарушению светового комфорта. Появление КЛЛ с меньшим диаметром трубки по-

зволяет решить задачу установки ламп в традиционных светильниках. Недостатком КЛЛ являлась также высокая частота включений, снижающая срок службы. В настоящее время лампы ведущих производителей выдерживают 3000 циклов включений на 8000 ч наработки. Особенность работы КЛЛ — продолжительный разогрев лампы, что может занимать 1,5—2 мин и более. Серьезным барьером для внедрения КЛЛ считается широкое распространение некачественных ламп китайского производства, не создающих заявленных светотехнических параметров и срока службы. В результате дискредитируются как сами энергоэффективные источники света, так и идеи энергосбережения в целом [3; 4; 10; 11].

Последние годы на светотехнический рынок форсированно выходят светодиодные лампы (СДЛ). СДЛ с резьбовым цоколем рассматриваются в качестве основных источников света для освещения жилья. В СанПиН 2.2.1/2.1.2.2585-10 светодиоды признаны источниками света и допущены для установки в системах освещения жилых зданий. В 2011 г. предприятиями Российской Ассоциации «Светильники и устройства осветительные» было произведено более 9,5 млн ед. осветительных приборов с электрическими лампами и более 370 тыс. ед. световых приборов с СДЛ. В структуре выпуска светильников по группам при-

меняемых источников света световые приборы со светодиодами составляют пока только 3,9% [6].

Ведущие фирмы-производители интенсивно работают над устранением таких недостатков светодиодных источников света, как зависимость срока службы, световой отдачи, цветности излучения от температуры $p-n$ перехода. КПД СДЛ пока составляет 25—33%. В ГУП Республики Мордовия «НИИИС им. А.Н. Лодыгина» разрабатываются стандарты в статусе ГОСТов, которые устанавливают требования по безопасности и эксплуатационные требования к светодиодной продукции для общего освещения. Разработчики обращают внимание на то, что еще мало изучено влияние СДЛ на зрение и в целом на организм человека [1].

Светодиодные лампы, также как и КЛЛ, в зависимости от цветовой температуры создают теплый желтоватый, белый и холодный голубоватый свет. В спектре излучения белых люминофорных светодиодов (рекомендуемых для освещения в помещениях) присутствует сильная голубая полоса (пиковая длина волны 450—460 нм), о вредном воздействии которой специалисты ведут оживленную дискуссию. Сообщается о потенциальной опасности этого излучения для детей и подростков, так как их хрусталики вдвое прозрачнее в синеголубой области спектра, чем глаза

взрослых, поэтому высок риск фотоповреждения глаз. Причем результаты от повреждения сетчатки коротковолновым видимым излучением могут проявиться не сразу. Специалисты сходятся во мнении, что СДЛ с цветовой температурой не выше 4000 К имеют уровень излучения в сине-голубой части спектра не больше, чем в желто-оранжевой. Высокие $T_{\text{ц}}$ светильников с СДЛ можно снижать с помощью соответствующих цветных светофильтров до 2700—4000 К. Предлагается приближать белые СДЛ по спектру излучения к лампам накаливания. Подчеркивается также, что важны не только спектральные характеристики светодиодов, но и длительность пребывания человека в условиях освещения холодно-белыми СДЛ [2; 7; 8].

Специалисты НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН проводили обследование детей и подростков во время школьных занятий при двух вариантах общего освещения — ЛЛ и СДЛ. В обоих случаях соблюдались нормативные требования к количественным и качественным характеристикам освещения, коррелированная цветовая температура составляла 4500 К. Сообщается, что в условиях освещения светодиодами по сравнению с другим вариантом наблюдались более высокие количественные и качественные показатели умственной работоспособности, большая стабиль-

ность изучаемых показателей функционального состояния зрения, оптимизация психоэмоционального статуса школьников [13].

Однозначно, необходимы дальнейшие исследования, подтверждающие гигиеническую и фотобиологическую безопасность длительного воздействия излучения светодиодных источников света на организм взрослых людей и детей, в том числе в жилых помещениях. Требуется взвешенный подход и предусмотрительность в вопросе освещения СДЛ помещений, в которых находятся дети.

В зависимости от функционального назначения жилого помещения можно использовать общее, местное или комбинированное (общее + местное) освещение. Для интерьера используют светильники, позволяющие создавать необходимую и равномерную освещенность поверхностей, менять направление светового потока. Светильник служит для искусственного освещения помещений и отдельных предметов. Он состоит из источника света (лампы) и осветительной арматуры. Последняя в свою очередь, состоит из корпуса с отражателем, рассеивателя или защитного стекла, патрона и пускорегулирующего аппарата для газоразрядных ламп. Арматура необходима для перераспределения света, защиты источника света от воздействия окружающей среды и механических повреждений,

обеспечения крепления лампы и подключения к источнику питания. Качественные оптические показатели светильников позволяют создать рациональное и благоприятное освещение, это важно и для нового класса источников света — светодиодных.

В зависимости от того, какой процент всего светового потока направлен в нижнюю полусферу, светильники бывают прямого, рассеянного и отраженного света. Для равномерного освещения всего помещения наиболее мощные подвесные светильники помещают в центре потолка. При этом можно выбрать светильник, направляющий свет вверх или вниз, — в зависимости от необходимости. Если основной световой поток идет вниз, под светильником образуется хорошо освещенная зона. Как правило, подобные светильники помещают над главной зоной комнаты, а остальное пространство будет освещено менее ярко. Для равномерного освещения всего помещения в целом рекомендуется использовать светильник со световым потоком, направленным вверх, т.е. отраженного света. Отраженный от потолка свет рассеивается и мягко освещает комнату.

Многоламповые светильники общего освещения позволяют изменять мощность по своему выбору. Для этого лампы светильника разделяются на две группы, каждая из которых выведена на свой выключатель. Можно изме-

нять режим освещенности комнаты от мягкого рассеянного света — при работе, например, двух ламп, до яркого освещения — при работе всех ламп светильника. Для создания в одной из зон комнаты местного освещения чаще всего применяются одноламповые светильники. Такое освещение в квартире требуется довольно часто — при работе за письменным столом, чтении, рукоделии и т.п. В этом случае достаточный уровень освещения создается лишь на небольшом участке. Источник света для подобных целей располагается обычно на расстоянии не ближе 50—90 см от глаз и может обладать различной мощностью, в зависимости от характера зрительных работ, требующих особой точности и тщательности, — например, графических работ при помощи компьютера.

Для освещения коридоров прихожих, кухонь, ванных и туалетных комнат традиционно применяют светильники с одной-двумя лампами. В кухне часто устанавливают не только общее освещение, но и организуют подсветку рабочей зоны и зоны обеденного стола. В детской комнате желательно к центральному освещению иметь ночники, а также освещение рабочего места — письменного стола.

Санитарные правила и нормы 2.2.1/2.1.1.1278-03 регламентируют уровни освещенности жилых комнат и кухонь — 150 лк, детских — 200 лк на полу помеще-

ния. На столе с компьютером освещенность горизонтальных поверхностей должна быть 300—500 лк. Освещенность экрана не должна быть более 300 лк, иначе изображение будет размываться. Устанавливая дополнительно светильник на столе, следует помнить, что местное освещение — освещение только рабочей поверхности. Работа за письменным столом только при местном освещении недопустима, так как возникает большой перепад яркости в поле зрения — яркое центральное поле и темные окружающие поверхности.

Для работы зрительной системы неблагоприятными условиями являются как пониженные, недостаточные, уровни освещенности, так и чрезмерно высокая освещенность, оказывающая слепящее действие. Об этом необходимо помнить при организации освещения в жилых помещениях.

Литература

1. *Абрашкина М.Л., Рожкова Т.А., Терешкин А.И.* Стандартизация — один из путей прогресса в области светодиодных источников света // *Светотехника*. 2012. № 4. С. 19—22.
2. *Аладов А.В.* и др. О биологическом эквиваленте излучения светодиодных и традиционных источников света с цветовой температурой 1800—10 000 К // *Светотехника*. 2012. № 3. С. 7—10.
3. *Аирияттов А.А.* Исследование характеристик компактных люминесцентных ламп со встроенным электронным ПРА // *Светотехника*. 2009. № 2. С. 41—42.
4. *Бодарт М.* и др. Характеристики компактных люминесцентных ламп со встроенными пускорегулирующими аппаратами и их сравнение с лампами накаливания // *Светотехника*. 2010. № 2. С. 13—20.
5. *Бубекри М., Вэнь Н.* Проектирование естественного освещения с учетом поведения человека // *Светотехника*. 2009. № 1. С. 44—49.
6. *Емельянов Н.И.* О некоторых преобразованиях российского светотехнического рынка в 2009—2011 гг. // *Светотехника*. 2012. № 3. С. 69—75.
7. *Зак П.П., Островский М.А.* Потенциальная опасность освещения светодиодами для глаз детей и подростков // *Светотехника*. 2012. № 3. С. 4—6.
8. *Закгейм А.Л.* Светодиодные системы освещения: энергоэффективность, зрительное восприятие для здоровья // *Светотехника*. 2012. № 6. С. 12—21.
9. *Кочуров А.В., Тимошин В.Н.* О решении проблем утилизации энергосберегающих ртутьсодержащих ламп // *Светотехника*. 2010. № 3. С. 43—44.
10. *Медведев М.Г.* Некоторые соображения о замене ламп накаливания на компактные люминесцентные // *Светотехника*. 2010. № 2. С. 72.
11. *Нечаев В.В., Чиркова А.И.* Перспективы развития рынка КЛЛ и восприятие потребителями их брендов, представленных на рынке // *Светотехника*. 2010. № 6. С. 50—52.
12. *Справочная книга по светотехнике* / Под ред. Ю.Б. Айзенберга. 3-е изд. М., 2006.
13. *Текшиева Л.М.* Сравнительная гигиеническая оценка условий освещения люминесцентными лампами и светодиодными источниками света в школах // *Светотехника*. 2012. № 5. С. 16—22.

Закаливающая процедура «Растирание сухой варежкой» с детьми 5–7 лет

Сальникова Л.И.,

воспитатель МБДОУ д/с общеразвивающего вида «Ромашка»,
пос. Уньюган, Октябрьский р-н Тюменской обл., ХМАО—Югра

Растирание сухой варежкой — мощное оздоровительное средство, при помощи которого в 2–4 раза снижаются простудные заболевания; оказывающее общеукрепляющее воздействие на организм, повышающее тонус ЦНС, улучшающее кровообращение, нормализующее обмен веществ.

Первое условие закаливания с помощью сухой варежки — процедуры проводятся не от случая к случаю, а систематически, каждый день.

Второе условие — продолжительность процедур увеличивается постепенно.

Третье условие — обязательно учитывается состояние здоровья и эмоциональное состояние ребенка.

Начинать растирание лучше в теплое время года. Эффект от закаливающих процедур достигается через 2–3 мес. В случае легких заболеваний детей не следует отменять закаливание — лучше просто уменьшить нагрузку или интенсивность растирания. В случае тяжелой болезни ребенка закаливающие процеду-

ры возобновляют по щадящему режиму через 1–2 недели после полного выздоровления.

Температура воздуха при «сухом» растирании составляет 16–20 °С. Обтирание частей тела начинают до легкой красноты кожи сверху вниз в определенной последовательности: шея, грудь (спина), ребра (по очереди с каждой стороны), руки, ноги.

Варежку для растирания можно сшить самим из махрового полотенца, по размеру детской руки, она не должна быть грубой, поскольку кожа ребенка очень чувствительна.

Каждую часть тела обтирают отдельно. Длительность одной процедуры от 1 до 3 мин.

Все упражнения проводятся в свободном темпе, без принуждения. Дыхание при выполнении упражнений свободное. Можно использовать негромкое музыкальное сопровождение. А чтобы детям было интереснее выполнять растирание, мы составили комплекс из отдельных упражнений и придумали им интересные названия.

Цели проведения «сухого растирания»:

- проводить профилактику простудных заболеваний;
- закаливать;
- подводить к сознательному желанию быть здоровым.

Время выполнения: лучше после дневного сна, в сочетании с гимнастикой после сна.

Внешний вид: дети обнажены до трусиков.

Подготовительный этап: дети надевают махровые варежки на правую руку, становятся на ковре друг за другом «тесным» кругом; девочки свободной рукой убирают со спины волосы и придерживают их.

Комплекс упражнений

1. «Растираем шею» — прямыми движениями рук: вверх-вниз от основания шеи до затылочной части растирают шею впереди стоящему товарищу (3 раза).

2. «Птичка» — кладут руку на правое плечо впереди стоящему ребенку, ведут руку от правого плеча к левому и обратно, рисуя «крылья птички» (3 раза).

3. «Змейка» — сверху вниз рисуют волнистую линию вдоль позвоночного столба впереди стоящему (3 раза).

4. «Гармошка» — кладут руку на правый (левый) бок впереди стоящего, проводят по ребрам сверху вниз и обратно, «играют» на гармошке, приговаривая: «Тили, тили, трали, вали» (по 3 раза с каждой стороны).

Дети готовятся к самомассажу: передают варежку впереди стоящему ребенку. Каждый надевает поданную варежку на правую руку. Далее поворачиваются лицом в круг, делают шаг назад.

Комплекс упражнений для самомассажа

1. «Растираем шею» — прямыми движениями рук вверх-вниз растирают себе шею от ключиц до подбородка и обратно (3 раза).

2. «Птичка» — кладут руку себе на правое плечо, ведут руку от правого плеча к левому и обратно, рисуя «крылья птички» (3 раза).

3. «Большие и маленькие круги на груди» — кладут руку себе на грудь, круговыми движениями от вилочковой железы по часовой стрелке «рисуют маленькие круги», затем «рисуют большие круги» на груди (3 раза).

4. «Большие и маленькие круги на животе» — опускают руку себе на живот, круговыми движениями по часовой стрелке «рисуют маленькие круги», затем «рисуют большие круги» на животе (3 раза).

5. «Гармошка» — кладут руку себе на правый (левый) бок, сверху вниз, снизу вверх, проводят по ребрам, «играют» на гармошке, приговаривая: «Тили, тили, трали, вали» (по 3 раза с каждой стороны).

6. «Катаемся с горки» — вытягивают вперед руку без варежки, кладут руку в варежку на кисть вытянутой руки, от кисти до плеча проводят варежкой

вверх и обратно: «поднимаются, катаются с горки» (3 раза).

7. «Надеваем браслеты» — проводят варежкой вокруг руки на уровне запястья, локтя, плеча: «надевают браслеты» (3 раза). Затем надевают варежку на другую руку, выполняют те же движения: «катаются (поднимаются) с горки», «надевают браслеты» (3 раза).

8. «Катаемся с горки» — вытягивают вперед правую ногу, кла-

дут руку в варежке на стопу вытянутой ноги, проводят варежкой от стопы до бедра и обратно: «катаются (поднимаются) с горки» (3 раза). Меняют ногу, движения повторяются.

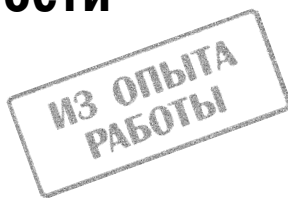
Заключительный этап

Предусматривается однократное использование варежки, после массажа дети снимают их и кладут в специальный мешок.

Формы организации двигательной активности детей 3–4 лет

Зюзгина Л.А.,
старший воспитатель;

Трофимова Н.Н.,
воспитатель ГБОУ № 1550, Москва



Забота о здоровье — это важнейший труд воспитателя. От жизнерадостности, бодрости детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы.

В.А. Сухомлинский

Свой опыт мы хотим адресовать молодым воспитателям, работающим с детьми младшего дошкольного возраста. Он поможет им осознать самоценность и особую значимость раннего периода в жизни человека; убедит их в необходимости воспитывать малышей с учетом знания общих

закономерностей развития и природной индивидуальности ребенка; окажет помощь в поиске и выборе адекватных путей, средств, форм организации двигательной активности детей 3–4 лет.

Регулярное использование разнообразных форм работы по физической культуре, применяемых

в работе с детьми четвертого года жизни, способствует физическому и нервно-психическому развитию, закаливанию, укреплению здоровья детей. Средства и методы физического воспитания во второй младшей группе основаны на строгом учете возрастных особенностей. Программой предусматривается ознакомление детей с разнообразными видами движений и создание условий для систематического упражнения в них. При этом важно обращать внимание на развитие мышечных групп, способствующих формированию правильной осанки и укреплению свода стопы; совершенствовать пространственную ориентировку и умение действовать совместно. Необходимо предъявлять к детям требования правильного выполнения разнообразных физических упражнений, приучать дошкольников быть активными в играх, упражнениях; прививать интерес к ним. Важно, чтобы игры и упражнения проводились в течение всего дня. Задачи и содержание физического воспитания детей четвертого года жизни реализуются на занятиях и во время физкультурно-оздоровительной работы в повседневной жизни. Все формы организации работы по физической культуре взаимосвязаны. Мы постоянно заботимся о том, чтобы организационные формы работы по физической культуре и самостоятельная двигательная деятельность,

дополняя друг друга, обеспечивали достаточную двигательную активность каждого ребенка в течение всего дня.

Утренняя гимнастика — один из важнейших компонентов двигательного режима детей. Она направлена на оздоровление, укрепление, повышение функционального уровня систем организма, развитие физических качеств и способностей, закрепление двигательных навыков.

Утренняя гимнастика воспитывает такие волевые качества ребенка, как настойчивость, дисциплинированность, упорство, самостоятельность. Она ценна еще и тем, что у детей вырабатывается привычка каждый день по утрам выполнять различные упражнения. Конечно, пока ребенок еще маленький, лучше, если он будет делать зарядку вместе со взрослым. Ему нужно на кого-то равняться, за кем-то повторять, с кого-то брать пример, кому-то показывать свои достижения и умения.

В нашем детском саду утренняя гимнастика проходит ежедневно в музыкальном зале под бодрую и задорную музыку. Мы предлагаем детям комплексы утренней гимнастики игрового, сюжетного и тематического содержания, что дает детям положительный эмоциональный заряд на весь день.

Гимнастику тематического содержания отличают интересное

содержание, игры, музыкальное сопровождение, радостная атмосфера и положительные детские эмоции.

Во второй младшей группе упражнения выполняются в течение 5—6 мин, в основном всеми детьми одновременно. Воспитанники, которые уже не первый год посещают детский сад, включаются в утреннюю гимнастику сразу. Они достаточно самостоятельны. Но в этой группе, как правило, имеются и новички. Если кто-то из них на первых порах недостаточно активен, настаивать не следует, надо исподволь заинтересовать таких детей, постепенно привлекая их к совместной двигательной деятельности. Спустя 1,5—2 мес. все дети четвертого года жизни без исключения должны заниматься утренней гимнастикой.

Содержание утренней гимнастики составляют ходьба разными способами (на носочках с высоким подниманием коленей и т.д.) и с разными заданиями (со сменой направления, парами). Ходьба чередуется с бегом в спокойном темпе, примерная продолжительность его — 45 с. Затем дети становятся в круг или располагаются свободно для выполнения *общеразвивающих упражнений*. Первыми даются упражнения для плечевого пояса и рук, затем — для ног и туловища. Каждое из них повторяется 5—6 раз. Упражнения выполня-

ются из разных исходных положений: стоя, сидя, лежа на спине, на животе. Рекомендуем использовать кубики, флажки, платочки и др.

В первом полугодии рекомендуем включать упражнения, разученные детьми в предыдущей группе. Это способствует повторению и закреплению пройденного, помогает новеньким подтянуться до общего уровня.

В общеразвивающих упражнениях особое внимание необходимо уделять формированию осанки, укреплению стопы. Мы прибегаем к разнообразным приемам, побуждающим детей больше выпрямляться (например, предлагаем дотянуться до ладони воспитателя, дотронуться до нее головой), прямо держать голову (дети должны смотреть на ориентир, расположенный на стене), не опускать плечи и т.п.

За упражнениями для рук, ног, туловища следуют легкий бег на месте и с продвижением вперед или подскоки на месте (не менее чем 2 раза по 10—15 подскоков с небольшим отдыхом между повторениями). Бег или подскоки можно заменить несложной, хорошо знакомой детям подвижной игрой. Для ребенка четвертого года жизни основными мотивами участия в утренней гимнастике остаются интерес к процессу упражнения, удовлетворение желания действовать, двигаться. Он не сосредотачивается

на качестве движения. Вместе с тем преднамеренность движений в целом, возможность следить за их направлением, амплитудой возрастают. Поэтому во второй младшей группе к детям предъявляют более строгие требования: в исходном положении стоя поставить ноги параллельно, располагая ступни на небольшом расстоянии одна от другой; стоять прямо, развернув плечи и слегка приподняв подбородок. Руки по указанию воспитателя ребенок держит свободно опущенными вниз (не прижимая их к бедрам и не поднимая плеч), закладывает их за спину, держит перед собой, сцепив пальцы «в замок» и т.п.

Добиваясь сходства движений воспитанников с образцом в общих чертах, педагог теперь уже исходит не только из конечной цели движения (поднять руки вверх, наклониться), а следит и за указанным способом его выполнения (поднять руки вверх через стороны или вперед-вверх; наклониться вперед, ноги не сгибать в коленях). И все-таки, постоянно напоминая детям о том, как они должны выполнить движение, педагог еще не требует от всех воспитанников полной четкости. Лишь постепенно он добивается качественного выполнения.

Педагог должен помнить о том, что утренняя гимнастика способствует организованному началу дня в детском саду, четкому выполнению режима, помогает вос-

питанию умения действовать сообща, приучает дошкольников к организованности и дисциплине.

Подвижные игры и физические упражнения организуются на прогулке ежедневно. Однако их количество и длительность не постоянны. В дни физкультурных занятий проводим, как правило, одну игру длительностью от 6 до 10 мин. Сочетание физических упражнений и подвижных игр может быть разным. Оно зависит от подготовленности детей, сезона года и состояния погоды, предшествовавших прогулке занятий. Так, в начале года мы подбираем более простые, знакомые детям игры и упражнения. Можно на одной прогулке проводить и по 2—3 подвижные игры, разные по характеру движений.

Во второй младшей группе уже возможны игры, где малыши действуют не только подгруппами, но и всей группой. При организации игр необходимо внимание и помощь со стороны воспитателя.

Дошкольники этого возраста проявляют большой интерес к играм, в которых есть ответственная роль (ловишки и др.). Многие дети, особенно к концу года, хорошо справляются с такой ролью. Но все же воспитатель, как и в первой младшей группе, еще часто берет на себя роль водящего.

Воспитатель должен стремиться к тому, чтобы дети постепен-

но приучались сами организовывать игры. Для этого прежде всего необходимо проводить подвижные игры живо, эмоционально, интересно, так, чтобы малышам хотелось в них играть. Важно поддерживать даже самые робкие попытки детей организовать игру, оказывать им всестороннюю помощь. При подборе игр и упражнений надо учитывать содержание предшествовавших прогулке занятий. Например, после непосредственно образовательной деятельности по формированию элементарных математических представлений, лепке, рисованию следует проводить игры, предусматривающие наибольшую двигательную активность детей. В дни физкультурных занятий игры должны быть более спокойные.

Физические упражнения, которые могут быть включены в содержание подвижной игры, чаще всего предшествуют ей. Например, сначала организуется игровое упражнение «С кочки на кочку» (прыжки на двух ногах из кружка в кружок), затем проводится игра «Найди свой домик» (кружки, начерченные для прыжков, могут служить детям домиками). Если малыши ранее не встречались с персонажами предстоящей игры, детей следует познакомить с ними заранее, лучше всего в свободное от занятий время. Можно, например, на участке понаблюдать, как прыгают воробушки, рассмотреть картину, на

которой изображены насекомые и цыплята. Целесообразно предложить тут же детям проделать движения, характерные для этих персонажей, чтобы при объяснении игры не тратить времени на их усвоение.

В процессе руководства подвижными играми воспитатель создает возможность для активных действий всех детей, вызывая у них радостное настроение. Этому способствуют четкие, выразительные, эмоциональные объяснения воспитателя, его заинтересованность игрой. Мы стремимся к тому, чтобы действия детей были организованными, соответствовали правилам игры. В холодные периоды года и при неблагоприятных погодных условиях проводим игры с простыми движениями (ходьбой, бегом). При любых условиях во второй младшей группе ежедневно должна проводиться одна подвижная игра на прогулке с участием всех детей, кроме того, игры и игровые упражнения в разное время дня с небольшим количеством участников.

Содержание *самостоятельной двигательной деятельности* ребенка на четвертом году жизни обогащается благодаря тому, что ему становятся доступными простейшие виды спортивных упражнений. Это особенно важно для поддержания активности во время прогулки.

Спортивные упражнения проводим индивидуально с каждым

ребенком или с очень небольшими по составу подгруппами. Малыши еще недостаточно самостоятельны и не имеют необходимых навыков спортивных движений, чтобы обойтись без помощи взрослого. Мы по очереди привлекаем детей к катанию на санках, скольжению на ногах, ходьбе на лыжах, подбадриваем и помогаем им, подсказывая наиболее удобные способы движений.

В теплое время года во время прогулок дети очень любят кататься на трехколесном велосипеде. Мы следим за тем, чтобы велосипедом пользовались все дети.

В самостоятельной детской деятельности мы поощряем применение дошкольниками двигательных умений, полученных в непосредственно образовательной деятельности. Необходимо способствовать организации игр с мячом, обручем, а также игры в кегли. Мы создаем условия для проведения этих игр и оказываем помощь в их организации. Зимой дети катают санки, перевозят снег, кукол, друг друга. С невысокой горки они катаются на санках с помощью воспитателя и самостоятельно. Мы постоянно наблюдаем за самостоятельной двигательной деятельностью детей, направляем интересы воспитанников так, чтобы игры с повышенной интенсивностью движений чередовались с более спокойными.

Занятия по физической культуре во второй младшей группе ведутся преимущественно со всеми воспи-

танниками одновременно. На данном возрастном этапе остается задача активизации двигательной деятельности детей путем многократного повторения упражнений и игр, направленных на развитие основных видов движений.

Построение занятий не включает в себе ничего нового по сравнению с первой младшей группой. Также стремимся разнообразить содержание вводной части, делая ее интересной и эмоциональной. Несколько увеличивается количество (до 4—5) общеразвивающих упражнений и их повторений (5—6) в основной части. Еще более необходимой становится забота воспитателя о преимущественной фронтальной организации детей для упражнений в основных движениях и подвижных играх. Игровая форма дает возможность привлечь внимание детей к физкультурным занятиям, помогает им быстрее освоиться в коллективе. Большое место на занятиях занимает поддержка и помощь воспитателя, особенно во время упражнений на пособиях (лестнице, скамейке).

Объясняя задание детям, мы приучаем их выслушивать объяснение до конца, начинать движение всем вместе по сигналу или указанию.

Наряду с организацией коллективных игр и упражнений на занятиях мы уделяем серьезное внимание индивидуальной работе с детьми.

В процессе занятий необходимо обеспечить всем детям достаточную двигательную активность. Этому способствуют целенаправленный подбор пособий и такая организация условий, при которой ребенку не приходится долго ожидать очереди на выполнение упражнений. Важно, чтобы в играх дети подольше бегали, чтобы вся группа дружно принимала участие в расстановке и уборке пособий. Соблюдение данных требований позволяет повысить моторную плотность занятия, которая в среднем должна составлять 60—80% отведенного на него времени. Воспитатель всегда должен помнить о том, что наращивать физиологическую нагрузку в системе занятий следует постепенно в соответствии с возрастом и развитием детей, повышением их физической подготовленности.

Новое в физическом воспитании детей четвертого года жизни — проведение третьего занятия по физической культуре в течение круглого года на открытом воздухе. Оно планируется на то время, которое отведено для физических упражнений и подвижных игр на прогулке. Задачи такого занятия — повторить и совершенствовать движения в естественных условиях, упражнять детей в основных движениях, для наиболее эффективного выполнения которых необходим достаточный простор, а также разучивать

предусмотренные программой спортивные упражнения.

Содержание занятий на открытом воздухе разрабатывается в соответствии с сезоном, состоянием погоды. Воспитателю важно позаниматься с каждым ребенком, поэтому целесообразно распределить воспитанников на подгруппы. Пока одни дети будут заниматься с воспитателем, другие самостоятельно играют. Весной и осенью при не очень благоприятной погоде содержание занятий насыщается игровыми упражнениями и подвижными играми. В зимнее время года физкультурные занятия на прогулке состоят преимущественно из простых спортивных упражнений — скольжения по ледяным дорожкам, катания на санках, ходьбы на лыжах. Начиная со второй младшей группы, как одна из форм активного отдыха вводится День здоровья (1 раз в квартал). Занятия на этот день не планируются. Содержание Дня здоровья составляют разнообразные игры, развлечения, прогулки за пределы участка, посещения физкультурных праздников и наблюдения за соревнованиями детей старших возрастных групп.

Таким образом, методические приемы, применяемые в различных формах двигательной деятельности, являются эффективными и позволяют развивать ребенка физически, укреплять здоровье, корректировать психическое развитие и поведение.

Программа «Я и мое здоровье»

Федотова Н.И.,

заведующий ГБДОУ д/с № 43 комбинированного вида,
Санкт-Петербург

Здоровье — это драгоценность, и, притом, единственная, ради которой стоит не жалеть времени, сил, трудов и великих благ.

Мишель де Монтень

Здоровье — одна из главных ценностей жизни. Каждый ребенок хочет быть сильным, бодрым, энергичным: бегать, не уставая, кататься на велосипеде, плавать, играть с ребятами во дворе, не болеть. Плохое самочувствие, болезни — причины отставания в росте, неудач на занятиях, в играх, спорте.

Здоровый образ жизни не занимает пока первого места в иерархии потребностей и ценностей человека в нашем обществе, но если мы научим детей с самого раннего возраста ценить, беречь и укреплять свое здоровье, если мы будем личным примером демонстрировать ЗОЖ, то можно надеяться, что будущее поколение будет более здоровым и развитым не только физически, но и личностно, интеллектуально, духовно. Есть поговорка: «В здоровом теле — здоровый дух». Но не ошибется тот, кто скажет, что здоровый дух (духовное) порождает здоровое тело. Сохранение и укрепление здоровья воспитанников — одна из основных задач детского сада.

Мы столкнулись с проблемой слабого физического развития

детей при поступлении их в детский сад. Общая картина такова: дети испытывают «двигательный дефицит», т.е. количество движений, проводимых ими в течение дня, ниже возрастной нормы, задерживается возрастное развитие быстроты, ловкости, координации движений, выносливости, гибкости и силы. Дети имеют излишний вес, нарушения осанки. И одной из основных причин таких результатов является неосведомленность родителей в вопросах здоровьесберегающих технологий и их внедрения в воспитательный процесс.

Проблема здоровья и его сохранения в современном обществе стоит более чем остро. Словосочетания «здоровьесберегающие технологии» и «формирование здорового образа жизни» заняли прочное место в планах воспитательной работы педагогов всех элементов образовательной структуры, начиная от дошкольных учебных учреждений. Но проблема по-прежнему остается актуальной. Многолетние исследования и анализ состояния здоровья дошкольников позволяют говорить о его

ухудшении. Количество здоровых детей не превышает 15—20%, увеличивается число функциональных отклонений практически у каждого ребенка. Отмечается рост хронических заболеваний, которые диагностируются уже в 3—5-летнем возрасте.

Высокая заболеваемость, неблагоприятные экологические условия, сложная социальная ситуация и другие отрицательные факторы требуют выработки определенной комплексной системы в работе по оздоровлению детей, начиная с дошкольного детства. Исследования отечественных и зарубежных ученых доказали, что период дошкольного детства — критический в жизни ребенка. Именно в этом возрасте формируются нервная система, физическое и психическое здоровье.

Впервые отдавая своего малыша в детский сад, практически все родители сталкиваются с одной и той же проблемой: ребенок начинает чаще болеть. Как же можно обеспечить крепкое здоровье детей в детском саду и избежать частых простудных или инфекционных заболеваний?

Ребенок, в первый раз попадая в детский сад, оказывается в довольно агрессивной вирусно-микробной среде, ведь в коллективе могут находиться дети с простудой, насморком и т.д. А потому в детском саду ребенок часто оказывается под угрозой заболеваний. Чтобы это исправить, нужно соблюдать несколько до-

статочно простых правил. Для начала, если ребенку только предстоит поступить в детский сад, нужно заняться *укреплением его иммунитета*. Так, нужно давать ребенку гулять на свежем воздухе, обеспечивать содержание в его ежедневном рационе всех необходимых витаминов и минеральных веществ. Ему не нужно создавать «тепличных условий», пытаясь всячески оберегать от малейшего влияния окружающей среды. Это значит, что не нужно чрезмерно кутать ребенка во время прогулок, создавать в доме «стерильную чистоту». Лучше давать ребенку побольше контактировать с другими детьми (это полезно и в плане социального развития), регулярно проводить закаливающие процедуры.

Здоровье детей в детском саду зависит не только от состояния иммунитета, но, оказывается, еще и от того, *насколько малышам психологически комфортно* в стенах ДООУ. Если ребенок идет в сад со слезами, если никак не может привыкнуть к коллективу, то и на его здоровье это скажется не лучшим образом. Поэтому адаптации следует уделить особое внимание, постараться выбрать сад, в котором бы ребенку нравилось. Нужно также и подготовить малыша к первому походу в детский сад: рассказать, как весело он сможет провести там время, поиграть с другими детьми.

Чтобы быть в полной уверенности, что здоровье ребенка в дет-

ском саду не пошатнется, лучше всего еще до поступления в сад пройти с ним *медицинский осмотр*. Врач определит, здоров ли ребенок, нет ли у него признаков какого-либо начинающегося заболевания. Если иммунитет ребенка ослаблен после болезни, лучше дождаться, когда он окрепнет, а уже потом вести малыша в детский сад.

Часто здоровье малышей в детском саду страдает от того, что *родители приводят в группу заведомо больного ребенка*. Это чревато заражением других детей в коллективе и осложнением течения заболевания собственного ребенка. По возможности заболевшего нужно оставлять дома. Правда, и перестраховываться, держа ребенка дома по 3—4 недели при малейшем подозрении на простуду, тоже не стоит. Дело в том, что за это время в детском коллективе появятся уже новые вирусы и микробы, а потому ребенок рискует вновь заболеть сразу же после первого посещения детского сада.

Здоровье детей в детском саду — это ответственность и персонала сада и родителей. Общими усилиями нужно постараться создать детям все условия для правильного и здорового развития.

В нашем ДОУ охрана здоровья ребенка опирается на его развитие. Педагогическим коллективом накоплен богатый опыт работы по физическому развитию и оздоровлению дошкольников. Но жизнь не стоит на месте, модернизируется система дошкольного образования.

Поэтому возникает необходимость оптимизировать уже сложившуюся систему физкультурно-оздоровительной работы. Программа «Я и мое здоровье» стала одним из главных элементов управления оптимизацией оздоровительной деятельности нашего дошкольного учреждения. Она представляет собой систему мер, способных влиять на состояние здоровья ребенка, и базируется на основных принципах комплексной программы развития и воспитания дошкольников «Детство» (В.И. Логинова, Т.И. Бабаева, З.А. Михайлова и др.), реализуемой в детском саду.

Цель программы: оптимально реализовать оздоровительное, воспитательное и образовательное направления физического воспитания, учитывая индивидуальные возможности развития ребенка во все периоды дошкольного детства.

Задачи:

- обеспечить качественную работу дошкольного учреждения по укреплению и сохранению здоровья;
- формировать осознанное отношение к своему здоровью;
- привлекать родителей к формированию у детей ценностей ЗОЖ.

Прогнозируемые результаты:

- снижение заболеваемости и укрепление здоровья;
- развитие потребности в ЗОЖ;
- создание атмосферы благоприятного социально-психологического микроклимата для каждого ребенка;

— формирование совместных традиций семьи и детского сада по физическому воспитанию ребенка.

Концептуальные положения

В дошкольном возрасте закладываются основы здоровья, долголетия, физического совершенствования, работоспособности человека. От жизнерадостности, бодрости детей зависят их духовная жизнь, умственное развитие, вера в свои силы.

Ребенок нуждается в организованной среде с заботливым, компетентным руководством взрослых. Теплое, приятное отношение воспитателей, оптимальный психологический климат — залог полноценного развития детей.

Ребенок неповторим, уникален в своей индивидуальности. Он должен быть свободен, самостоятелен, активен в познании себя и своего мира.

Дошкольное детство — период, способный обеспечить формирование важных сторон духовного и нравственного воспитания ребенка (эмоциональная и социальная сфера, поведенческие навыки здорового образа жизни); пробудить детское творчество, сформировать важнейшие стороны психической жизни — эмоциональную сферу, образное мышление, художественные способности.

Здоровый, жизнерадостный, пытливый, активный ребенок — результат взаимопонимания и единства усилий педагогического коллектива и родителей.

РОСПОТРБЕНАДЗОР СООБЩАЕТ

Среднероссийское значение показателя доли проб (образцов) детской одежды, не отвечающих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, составил 5,1%; общероссийский удельный вес проб (образцов) детской одежды, не соответствующих гигиеническим нормативам в результате токсиколого-гигиенической оценки — 1,5%. Удельный вес образцов импортируемой детской одежды, не отвечающих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, превышает общероссийскую величину удельного веса в 1,4 раза и составляет 7,1%; удельный вес образцов отечественной детской одежды, не отвечающих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, ниже среднероссийского значения удельного веса в 2,5 раза и составляет 2,0%.

Удельный вес образцов импортируемой и отечественной детской одежды, не соответствующих гигиеническим нормативам в результате токсиколого-гигиенической оценки, не превышает среднероссийское значение.

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

Совместная образовательная деятельность «Наши зубки»

Григорян О.В.,
воспитатель;

Дудина Е.В.,
воспитатель ГБДОУ ЦРР – д/с № 38, Красносельский р-н,
Санкт-Петербург

Здоровье человека — одна из глобальных проблем в мире, которая с каждым шагом развития цивилизации и общества обостряется. Последние годы становятся очевидным, что проблема здоровья человека, его сохранение и укрепление, остается крайне острой, требующей серьезного осмысления и решения в XXI в. Не случайно задачи здоровьесбережения россиян решаются на уровне государственной политики и стратегии развития нашей страны, находят отражение в приоритетных национальных проектах.

Социально-экономические преобразования современного общества порождают объективную потребность в сохранении и укреплении индивидуального здоровья подрастающего поколения, что в рамках обновляющейся системы образования делает актуальной проблему формирования валеологической культуры дошкольников. Здоровье детей и подростков — один из самых важных фундаментальных показателей, предопределяющих развитие общества в целом. Здоровьесбере-

жение ребенка — ведущая задача концепции модернизации российского образования, в том числе его первой ступени — дошкольной. В дошкольный период у ребенка закладываются основные навыки по формированию здоровья, это самое благоприятное время для выработки правильных привычек, которые в сочетании с обучением дошкольников методам совершенствования и сохранения здоровья приведут к положительным результатам.

Одной из глобальных проблем в условиях современной природно-социальной и экологической ситуации является *сохранение здоровья зубов и полости рта*. Множество факторов отрицательно влияют на здоровье зубов современного ребенка уже с раннего возраста. Ранний и дошкольный возраст — уникальный, самоценный и важный период становления человека и его здоровья. Именно в этот возрастной период закладываются фундаментальные ценности и строятся отношения ребенка с самим собой и окружающим миром, осваиваются самые разные способы деятель-

ности и осуществления себя в них, обретается опыт. Так важно уже в этом возрасте уделять внимание формированию у детей навыков по индивидуальной гигиене полости рта.

В последнее время в России бурно развиваются новые информационные технологии (ИКТ) и внедряются в образовательный процесс школ и дошкольных учреждений. У современного педагога появляется возможность изменить качество и эффективность образовательного процесса, повысить мотивацию и активность детей, создать благоприятный эмоциональный фон. Все это важно для формирования позитивного отношения к гигиене полости рта и здоровью зубов у маленьких детей.

Таким образом, мы считаем необходимым проводить работу по формированию у детей интереса и желания заботиться о своем здоровье, в том числе о здоровье зубов, используя при этом современные интерактивные технологии. Представляем вашему вниманию конспект организации совместной образовательной деятельности с детьми первой младшей группы.

Наши зубки

Цель: формировать позитивное отношение к ЗОЖ и личной гигиене.

Задачи:

- закрепить знания и активизировать словарь о полезных и неполезных продуктах;

- подготовить артикуляционный аппарат и моторику рук к проведению культурно-гигиенических процедур (чистка зубов);
- развивать речь, память, мышление;
- закреплять умения узнавать и различать разные фрукты по вкусу;
- воспитывать культурно-гигиенические навыки.

Материалы и оборудование: интерактивная доска, стилус, компьютер, зайчик (мягкая игрушка), машина, шапочка от костюма зайчика, 4 блюдца, 6 вилок для фруктов, карточки с изображением фруктов (груша, яблоко, апельсин, лимон), кусочки фруктов (груша, яблоко, апельсин, лимон), зубные пасты и щетки, стаканчики (гигиенические принадлежности по количеству детей).

Предварительная работа:

- дидактические игры («Умоем куклу Катю», «Нужно Кате почистить зубки», «Чудесный мешочек», «Что изменилось?», «Найди лишнее», «Положи зубную щетку», «Зубик — не болей-ка»);
- сюжетно-ролевые игры («Семья», «Доктор», «Магазин»);
- рассматривание иллюстраций в книгах и сюжетных картинок;
- упражнения на группировку — овощи, фрукты, сладости (обращая внимание на их пользу);
- чтение стихов, сказок, чистоговорок;
- артикуляционная гимнастика и игровые упражнения, на-

- правленные на повышение тонуса круговой мышцы рта;
- игры на элементарные математические представления (один — много; большой — маленький);
- просмотр отрывка из мультфильма «Мойдодыр»;
- упражнения на ориентировку в пространстве;
- проблемно-игровые ситуации с использованием макета челюсти и зубной щетки;
- совместная деятельность педагога с детьми на интерактивной доске (дидактические игры).

* * *

Дети входят в группу. За дверью раздается стук.

Воспитатель. Ребята кто-то к нам идет, давайте откроем дверь и посмотрим. *(Открывает дверь и заводит в группу машину, в которой сидит Зайка.)* Ребята, посмотрите, кто к нам приехал?

Дети отвечают.

Правильно, Зайка приехал к нам из леса в гости. Хочет с вами познакомиться и похвастаться, какие у него белые зубки. Давайте и мы покажем ему, что у нас тоже белые зубы. Зайка спрашивает, а что вы делаете, чтобы зубки у вас были такими здоровыми. Давайте мы с вами ему покажем.

Дети садятся на стульчики. Проводятся артикуляционная игра и игра на развитие моторики рук.

Рано утром язычок проснулся и выглянул в окно.

Дети открывают рот и показывают язык.

Он посмотрел по сторонам.

Поворачивают язык вправо, влево.

Посмотрел вниз, не было ли ночью дождика. Дождика не было.

Язык тянут к подбородку.

Посмотрел вверх, светит ли солнышко.

Язык тянут к носу.

Язычок обрадовался, спрятался и закрыл окно.

Язык убирают и закрывают рот.

А потом наш язычок побежал умываться.

Руками и ногами изображают бег.

Прибежал в ванную и открыл кран «чик-чик-чик».

Делают круговые движения кистью правой руки.

Из крана полилась горячая вода.

Произносят: «Ш-ш-ш».

Язычок потрогал воду и обжегся.

Как будто трогают воду пальцем и отдергивают его, произнося: «Ой».

Тогда он открыл другой кран, «чик-чик-чик».

Делают круговые движения кистью левой руки.

Из крана полилась холодная вода.

Произносят: «С-с-с».

Язычок начал умываться и петь песенку:

Водичка-водичка,
Умой мое личико,
Чтобы глазки блестели,
Чтобы щечки горели,
Чтоб смеялся роток
И кусался зубок — «Ам!»

Выполняют действия в соответствии с текстом.

Язычок умылся, закрыл кран с горячей водой «чик-чик-чик».

Делают круговые движения кистью правой руки.

Потом кран с холодной водой «чик-чик-чик».

Делают круговые движения кистью левой руки.

И побежал играть.

Хлопают в ладоши и топают ногами, изображая бег.

Зайке очень понравилось. А сейчас мне Зайка говорит, что он очень расстроился, нес вам картинки, чтобы показать, что он любит кушать. Но пока он по лесу скакал, картинки все перепутались и он теперь не знает, что полезно, а что нет. Давайте ему поможем.

Дети подходят к интерактивной доске, на которой изображены: два зуба — один здоровый и смеющийся, а другой больной и грустный; фрукты, овощи, ягоды и разные сладости (подготовлено три слайда с

разными продуктами; на каждом слайде задание по очереди выполняют два ребенка). Дети с воспитателем рассматривают изображения. Воспитатель предлагает детям по очереди подойти к интерактивной доске и разделить продукты на полезные и бесполезные (дети при помощи стилуса передвигают изображения и объясняют, почему именно этот продукт к этому зубу).

Какие вы молодцы! Теперь Зайка приглашает вас с ним поиграть.

Дети идут на середину группы, проводится подвижная игра «Догони зайчика».

Дети встают в круг, в середину круга встает ребенок в маске зайчика.

К Ване зайчик подбежал,

Зайчик прыгает вокруг ребенка, имя которого он называет.

Возле Вани прыгать стал.

Дети хлопают в ладоши.

Прыг, скок, прыг, скок,
Догони меня, дружок!

Зайчик убегает, а ребенок его догоняет. Догнав зайчика, дети меняются ролями.

Молодцы! Мы так весело играли, что немного устали. И Зайка приглашает вас отдохнуть и хочет вас угостить.

Дети приглашаются к столу. На столе стоят блюда с фруктами, под блюдами лежат карточки с изображением этого фрукта (изображение закрыто).

Ребята, возьмите вилки и давайте попробуем, что положил нам Зайка в эту тарелку.

Дети берут вилки, пробуют фрукт и называют его (груша).

Давайте посмотрим картинку, что там нарисовано?!

Воспитатель переворачивает карточки.

Молодцы, вы правильно узнали фрукт! А теперь из этой тарелки... (*яблоко, апельсин, лимон*). Молодцы! Мы все угадали, Зай-

ке очень у вас понравилось, но ему пора домой в лес. Давайте все скажем: «До свидания, Зайка!»

Зайка уезжает за дверь.

Ребята, мы с вами сейчас угощались фруктами, наши зубы испачкались, на них остались маленькие кусочки фруктов. Что же нам теперь делать?!

Дети отвечают.

Правильно, мы сейчас пойдем чистить зубы.

Дети идут чистить зубы.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Заболеваемость населения **иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ)** занимает одно из ведущих мест среди других природно-очаговых инфекций. В 2011 г. зарегистрировано 9 942 больных клещевым боррелиозом в 69 субъектах Российской Федерации, показатель заболеваемости составил 6,96 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2010 г., заболеваемость клещевым боррелиозом возросла на 40% (в том числе среди детей до 17 лет — на 39%).

В ряде субъектов Российской Федерации в результате недостаточного внимания к вопросам очистки населенных пунктов, недостаточных объемов дератизационных мероприятий и противоклещевых обработок расширяется ареал территорий природных очагов, активно восстанавливается численность и зараженность переносчиков.

За эпидсезон 2011 г. исследовано в целом в Российской Федерации 293 678 клещей (в 1,7 раза больше, чем в 2010 г.), из них снятых с людей — 225 639, из объектов окружающей среды — 68 039. По-прежнему, более 80% исследований проведено в лабораториях Роспотребнадзора (86%), и лишь 14% исследований осуществляются в других учреждениях здравоохранения. Среди клещей, снятых с людей, положительные на КВЭ — 6,1%, на иксодовый клещевой боррелиоз — 10,7%.

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

Использование игровых компьютерных приемов для формирования у детей представления о здоровом образе жизни

Белая С.Г.,

воспитатель МБДОУ д/с № 100 «Рябинушка», г. Таганрог

Образовательная область «Здоровье» — одна из главных в основной общеобразовательной программе дошкольного образования. Содержание этой области предполагает решение *задач*:

- сохранять и укреплять физическое и психическое здоровье детей;
- воспитывать культурно-гигиенические навыки;
- формировать начальные представления о здоровом образе жизни.

Согласно данным ВОЗ, здоровье человека более чем наполовину зависит от образа жизни, поэтому задача формирования у детей представления о необходимости вести ЗОЖ особенно актуальна.

В дошкольном возрасте ребенок интеллектуально и психически развивается, поэтому необходимо использовать этот возраст для приобщения детей к здоровому образу жизни.

Учитывая, что в раннем возрасте визуальное восприятие доминирует, подача информации в виде зрительных образов наиболее эффективна для достижения ре-

зультатов. Применение современных информационно-компьютерных технологий поможет в доступной игровой форме объяснить детям необходимую информацию о сохранении здоровья и привить им определенные навыки ЗОЖ.

В дополнение к существующему методическому оснащению по здоровьесбережению ДОУ мы разработали *комплекс занятий* на тему «Приобщение воспитанников ДОУ к здоровому образу жизни с использованием игровых компьютерных приемов» в соответствии с возрастными особенностями детей и рассчитанными на учебный год.

Темы занятий меняются ежемесячно. Например, тема сентября — «Рано утром на рассвете умываются все дети». В октябре планируется осветить тему «Здоровье в порядке — спасибо зарядке». «Почему полезно спать» — тема ноября. Декабрь посвящен «Вкусной и полезной еде». Тема января — «Все о глазах». В теме «Из чего я состою», запланированной на февраль, будет рассмотрено строение организма человека.

В марте намечена тема «Я люблю свою семью». «Закаливание» — тема апреля. И закончится цикл занятий в мае темой «Хорошее настроение — отличное здоровье».

Дидактический материал — игровые компьютерные приемы. Эта авторская разработка представляет собой слайды с эффектами анимации и звуковым сопровождением. Вымышленные персонажи — мальчик Всезнайка и девочка Объясняйка в доступной игровой форме рассказывают детям о строении их организма, пользе гигиенических процедур и физических упражнений.

Предлагаем вашему вниманию одно из занятий для средней группы с использованием компьютерного приема.

Наши зубы

(к теме «Рано утром на рассвете умываются все дети»)

Цели:

- формировать представление о здоровом образе жизни;
- ознакомить с пользой гигиенических процедур полости рта;
- развивать навык правильной чистки зубов.

Оборудование: игровой компьютерный прием № 4 «Урок Всезнайки и Объясняйки»; одноразовые зубные щетки.

* * *

Воспитатель. Ребята, сегодня Всезнайка и Объясняйка расскажут нам о том, почему надо

чистить зубы и как нужно это делать правильно.

Воспитатель демонстрирует игровой прием № 4.

Всезнайка. Здравствуйте, дети! Я знаю: зубы нужно беречь с детства.

Объясняйка. Здравствуйте, ребята, Всезнайка прав, за зубами необходимо ухаживать, иначе начнется кариес. Нам будет нечем жевать пищу и наши улыбки станут некрасивыми.

Всезнайка. Я знаю: зубы чистят утром и вечером.

Объясняйка. Правильно, Всезнайка! Зубы надо чистить, чтобы удалить из рта остатки пищи. В них размножаются микробы.

Всезнайка. Я знаю: эти микробы очень маленькие, но такие вредные. Из-за них бывают разные болезни.

Объясняйка. Верно, если микробы останутся во рту, то начнут разрушать зубы. Зубки будут болеть. А если микробы проникнут внутрь организма, может заболеть живот, начаться кашель и даже подняться температура.

Всезнайка. Я знаю шесть правил чистки зубов.

Объясняйка. Вот они.

Первое правило: чистить зубы надо при несомкнутых зубных рядах, каждое движение повторять 6—8 раз.

Второе правило: внешнюю поверхность верхних зубов чистить сверху вниз, нижних — снизу вверх.

Третье правило: внутреннюю поверхность верхних зубов чистить сверху вниз.

Четвертое правило: внутреннюю поверхность нижних зубов надо чистить снизу вверх.

Пятое правило: при чистке жевательных поверхностей выполнять 10—15 движений с каждой стороны — наружу.

Шестое правило: при чистке передних зубов щетку надо держать перпендикулярно зубному ряду.

В с е з н а й к а. И еще я знаю:

Чтобы зубы не болели,
Были белыми как снег,
Ты запомни поскорее
Эти правила для всех.

Объясняйка. Полощи рот теплой водой после каждого приема пищи.

Чисти зубы утром после завтрака.

Обязательно два раза в год посещай зубного врача-стоматолога.

Не ешь очень горячую и очень холодную пищу.

Никогда не грызи твердые предметы (орехи, кости).

В с е з н а й к а. Вы все поняли, ребята? Берегите ваши зубки. До свидания!

Объясняйка. До следующей встречи!

Воспитатель. Дети, вы поняли, о чем говорили Всезнайка и Объясняйка? Давайте еще раз повторим все правила.

Рассказывая правила чистки зубов, дети повторяют движения, пользуясь одноразовыми щетками.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Выявлена особенность биологических свойств возбудителя дифтерии, свидетельствующая о его высокой адаптации к постоянно меняющимся условиям существования, появление штаммов с мутациями в основных генах патогенности, приводящих к изменению структуры дифтерийного токсина, что может сказаться на эффективности вакцинопрофилактики.

В рамках мониторинга за изменением биологических свойств циркулирующих штаммов возбудителя коклюша установлено, что циркулирующие штаммы возбудителя коклюша отличаются от производственных штаммов, входящих в состав АКДС-вакцины, в том числе по белкам, определяющим патогенность и иммуногенность коклюшного микроба.

Разработан прямой, ускоренный и эффективный метод лабораторной диагностики коклюша — LAMP — вариант, основанный на современной амплификационной технологии.

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

Вирусные кишечные инфекции. О них нужно помнить всегда

Кудацкая М.А.,
ведущий специалист-эксперт территориального
отдела Управления Роспотребнадзора по городу
Москве на транспорте во Внуково, Москва

ПЕДИАТРИЯ



Острые кишечные инфекции входят в список наиболее распространенных инфекций и являются одной из важных проблем здравоохранения как в развивающихся, так и в развитых странах, уступая среди инфекционных заболеваний только респираторным инфекциям.

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к смене возбудителей, вызывающих острые кишечные инфекции. Исследования показывают, что 50—80% диарей может быть обусловлено различными вирусами, которые преимущественно поражают тонкую кишку и вызывают водянистую диарею.

Начиная с 1972 г., были открыты основные известные на сегодняшний день возбудители вирусных кишечных инфекций: норо-, рота-, астро-, сапо- и адено-вирусы группы *F*, доказана их роль в возникновении кишечных инфекций у людей, разработаны высокочувствительные и специфичные методы диагностики. Основными возбудителями диарейных заболеваний у детей являются ротавирусы, однако в последние годы все чаще причиной госпитализации становятся гастроэнтериты норовирусной этиологии, на третьем месте по частоте возникновения — астровирусная инфекция.

Эпидемиология норовирусной инфекции

Резервуаром и источником инфекции считается больной человек или бессимптомный носитель вируса. Инкубационный период составляет 12—48 ч, продолжительность заболевания — 2—5 дней. Выделение вируса достигает максимума на 1—2-й день после инфицирования, но после исчезновения клинических симптомов может продолжаться в среднем до 28 дней. Инфицированные бессимптомно пациенты, так же как и больные с острой формой ин-

фекции, могут выделять вирусные частицы в течение трех недель и более после заражения. Доказана высокая контагиозность норовируса. Менее 10 вирусных частиц достаточно, чтобы при попадании в желудочно-кишечный тракт здорового взрослого человека вызвать заболевание.

Основной механизм передачи возбудителя — фекально-оральный, реализуемый контактно-бытовым, пищевым и водным путем передачи. Следует отметить, что в рамках фекально-орального механизма передачи водный путь реализуется значительно реже, чем пищевой и контактно-бытовой. Следует также учитывать активное выделение норовирусов с рвотными массами, что определяет возможность аэрозольного механизма передачи возбудителя в результате инфицирования окружающей среды и воздуха каплями рвотных масс, которые содержат вирус.

Факторами передачи норовирусов контактно-бытовым путем обычно служат необеззараженные руки заболевших, а также медицинских работников и зараженные поверхности. В дошкольных учреждениях ими часто оказываются игрушки, поверхности столов, за которыми проходит процесс обучения и кормление детей, посуда, а также ручки дверей.

При пищевых вспышках наиболее часто заражаются пищевые продукты норовирусами лицами с острой или бессимптомной формой норовирусной инфекции, либо водой, содержащей норо-

вирусы. Источником инфекции при пищевых вспышках во многих случаях становятся работники общественного питания и члены семей кухонных работников. Факторами передачи в таких случаях могут служить разнообразные продукты, не проходящие термическую обработку.

Водный путь реализуется при попадании в организм человека контаминированной воды (пищевой лед, бутилированная вода, вода закрытых и открытых водоемов). Источником загрязнения вод открытых водоемов считаются сточные воды, в которых даже после обработки, устраняющей бактериальные индикаторы, выявляются кишечные вирусы — энтеро-, рота-, адено- и норовирусы.

Заболеваемость норовирусной инфекцией имеет *осеннее-зимне-весеннюю сезонность*. Спорадические случаи и вспышки норовирус-ассоциированного гастроэнтерита наблюдаются в течение всего года. В осенние месяцы начинается подъем заболеваемости норовирусной инфекцией, который предшествует подъему заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом. В летние месяцы заболеваемость норовирусной инфекцией снижается, однако могут возникать вспышки заболевания в местах организованного отдыха. Разнообразие сезонных проявлений на отдельных территориях в разные периоды наблюдения может быть связано с фазой циркуляции эпидемических штаммов норовирусов и их периодической сменой.

Норовирусы поражают население *всех возрастных групп*, вспышки норовирусного гастроэнтерита возникают среди детей школьного возраста, взрослых и пожилых людей. При спорадической заболеваемости наиболее часто поражаются дети в возрасте до 5 лет и пожилые люди. Основную роль в поддержании циркуляции норовируса среди населения играют следующие факторы: низкая инфицирующая доза, высокая восприимчивость людей, неполная изоляция заболевших и отсутствие изоляции выздоравливающих, продолжительное выделение вируса после перенесенной инфекции, длительное сохранение жизнеспособности вирусов на зараженных предметах, более высокая, чем у большинства бактерий и других вирусных патогенов, устойчивость к действию дезинфектантов, короткий инкубационный период. Иммуитет после перенесенного заболевания нестойкий, что не исключает повторного заражения норовирусной инфекцией.

Эпидемиология ротавирусной инфекции

Основной *резервуар и источник* ротавирусной инфекции — человек: лицо, переносящее острые или подострые формы заболевания. Максимальная концентрация возбудителя в фекалиях наблюдается в первые 3—5 дней заболевания. При спорадической заболеваемости среди неорганизованных детей раннего возраста роль источника чаще выполня-

ют взрослые или дети старшего возраста, переносящие инфекцию в субманифестной форме. В организованных детских коллективах возникновение групповых очагов нередко связано с наличием в них детей — вирусовыделителей после перенесенных манифестных форм заболевания. Средняя продолжительность заболевания обычно составляет 5—7 дней. Длительность выделения вируса после исчезновения клинических признаков заболевания может продолжаться до 30—40 дней. Инфицирующая доза для детей раннего возраста очень мала (10 — 10^2 вирусных частиц); при развитии повторных заболеваний у лиц старшего возраста она существенно выше (10^3 — 10^5 вирусных частиц). Инкубационный период составляет от 10 ч до 7 дней, чаще — 1—3 дня. Основной *механизм передачи* возбудителя РВИ — фекально-оральный; в редких случаях может реализовываться аэрозольный механизм передачи инфекции. Основным механизмом передачи возбудителя реализуется контактно-бытовым, водным или пищевым путем. В настоящее время ведущая роль принадлежит контактно-бытовому пути передачи возбудителя. Для ротавирусной инфекции в умеренном климатическом поясе характерен *сезонный подъем заболеваемости в холодный период года*, с максимальными показателями в зимне-весенние месяцы (с ноября по май). Спорадические случаи инфекции выявляют-

ся в течение всего года. Приобретенный после заболевания иммунитет не предотвращает новых случаев заболевания, но способствует их более легкому клиническому течению. Во всех странах при различных уровнях санитарно-эпидемиологического благополучия населения к возрасту 5 лет около 95% детей переносят ротавирусную инфекцию.

Ротавирусы поражают население разных возрастных групп, однако преимущественно болеют дети в возрасте до 3 лет и пожилые люди старше 60 лет. Наиболее тяжело протекает у детей первичное инфицирование. Повторные заболевания ротавирусной инфекцией сопровождаются менее выраженными клиническими проявлениями или переносятся бессимптомно. В семейных очагах дети младшего возраста, как правило, заболевают ротавирусной инфекцией с клинически выраженными проявлениями. Вовлеченные в очаг дети старшего возраста и взрослые могут переносить заболевание в бессимптомной форме.

Дифференциальная диагностика ротавирусной и норовирусной инфекции

Норовирусную инфекцию следует дифференцировать с ротавирусным гастроэнтеритом, учитывая характерную для обоих заболеваний зимне-весеннюю сезонность и схожесть клинических проявлений. У больных ротавирусным гастроэнтеритом в клинической

картине преобладают явления гастроэнтерита, а при норовирусной инфекции относительно чаще наблюдается гастритическая форма заболевания, проявляющаяся тошнотой и многократной рвотой. При ротавирусной инфекции более выражен болевой синдром с локализацией болей в области пупка или по всему животу, стул в типичных случаях водянистый, имеет характерный желто-оранжевый цвет, в то время как при норовирусной инфекции болевой синдром выражен слабее, а водянистый или кашицеобразный стул может иметь обычную окраску. Синдром интоксикации при ротавирусной инфекции более выраженный, чем при норовирусной: лихорадка может достигать высоких цифр — до 39—40 °С, отмечается резкая общая слабость. Норовирусная инфекция протекает с менее выраженной слабостью и более низкими цифрами температурных реакций. Для ротавирусного гастроэнтерита характерно поражение респираторного тракта, развивающееся примерно у 60—70% больных. Для норовирусной инфекции катаральные явления менее характерны.

Специалистами территориального отдела Роспотребнадзора совместно с врачом-эпидемиологом ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» проводится эпидемиологическое обследование очага. По результатам эпидемиологического обследования очага разрабатывается план противо-

эпидемических мероприятий, который согласовывается с руководителем учреждения, органами исполнительной власти (при необходимости), здравоохранения, другими заинтересованными организациями и ведомствами.

В целях локализации очага вирусной инфекции проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

В отношении источника инфекции:

- проводится активное выявление больных детей методом опроса родителей, а также опроса персонала, осмотра врачом-инфекционистом, осмотра медицинским персоналом при утреннем приеме детей;
- за детьми и взрослыми, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение сроком на 2 дня;
- в случае появления детей / персонала, подозрительных на заболевание, проводится их немедленная изоляция, при наличии клинических показаний — госпитализация. Изоляция пострадавших, принадлежащих к декретированным группам, проводится до получения отрицательного результата однократного лабораторного обследования и справки о выздоровлении (выписки из стационара), выданной лечащим врачом;
- организуется отбор материала от больных (фекалии / рвотные массы) и лиц — возможных источников инфицирования.

Объем и количество проб определяется специалистом, отвечающим за проведение эпидемиологического расследования;

- из числа лиц, подвергшихся заражению в очаге, на норо- и ротавирусы обследуются лица с симптоматикой острых кишечных инфекций (рвота / диарея), лица из декретированных групп вне зависимости от наличия клинической картины заболевания, контактные дети без признаков острой кишечной инфекции по показаниям;
- в целях установления причин и условий формирования эпидемического очага при подозрении на норовирусную / ротавирусную инфекцию в отдельно взятом учреждении, лабораторно обследуют декретированный персонал учреждения (сотрудники пищеблока и др.) по решению специалиста, отвечающего за проведение эпидемиологического расследования и организацию противоэпидемических мероприятий.

В случае подтверждения наличия вируса в клиническом материале контактные или декретированные лица направляются к врачу, который после проведенного осмотра и при необходимости дополнительных клинических исследований устанавливает диагноз. В случае установленного вирусоносительства (выделение вируса без клинических проявлений) лица из числа декретированных групп не допускаются к основной работе до получения

отрицательного результата повторного лабораторного обследования. Для лиц из числа декретированных групп, выделяющих вирусы с фекалиями, целесообразно повторное лабораторное обследование, которое проводится по назначению врача-инфекциониста с интервалом в 5—7 дней;

— в детских дошкольных учреждениях проводят медицинское наблюдение в очаге инфекции на период проведения противоэпидемических мероприятий. Дети, выявленные с подозрением на заболевание, подлежат изоляции и направляются к врачу-инфекционисту;

— в очаге проводят текущую дезинфекцию средствами, эффективными в отношении наиболее устойчивых вирусов (энтеровирусы Коксаки, ЕСНО, полиомиелита, гепатита А). Обеззараживают поверхности в помещениях, столовую посуду и приборы, белье постельное и нательное, предметы личной гигиены;

— после госпитализации, выздоровления в очаге проводят заключительную дезинфекцию. При этом обработке подвергают все объекты, что и при текущей дезинфекции, а также камерную дезинфекцию постельных принадлежностей (при отсутствии чехлов-наматрасников из влаго-непроницаемых материалов).

В отношении путей передачи инфекции:

— приостанавливается деятельность пищеблока (в случае рабочей

гипотезы о возможности реализации пищевого пути передачи инфекции), бассейнов и т.д. — в зависимости от ситуации и с учетом возможности реализации путей передачи инфекции;

— вводится строгий питьевой режим, с бутилированной или кипяченой водой, одноразовой посудой, на пищеблоках учреждений временно запрещается приготовление блюд без повторной термической обработки;

— проводятся заключительная, текущая и профилактическая дезинфекция в помещениях учреждения (пищеблок, групповые в детских образовательных учреждениях, санитарные узлы) препаратами, обладающими вирулицидной активностью;

— устраняются нарушения требований санитарного законодательства, выявленные в ходе мероприятий по надзору в рамках эпидемиологического расследования.

В отношении восприимчивого организма: организуется и проводится санитарно-просветительная работа, направленная на профилактику острых кишечных инфекций вирусной этиологии.

Также возможно назначение в качестве средств экстренной профилактики иммуномодулирующих и противовирусных препаратов по назначению врача и в соответствии с действующей инструкцией по применению.

Сбор клинического материала для проведения лабораторных

исследований и его упаковку в случае возникновения вспышечной заболеваемости в детском учреждении может осуществить медицинский работник детского дошкольного или лечебно-профилактического учреждения, к которому прикреплено ДДУ. Пробы для выделения вируса берут с соблюдением предосторожностей, исключающих контаминацию одной пробы материалом другой этого же больного или материалом пробы другого обследуемого. Для отбора проб используют стерильную пластиковую посуду. Образцы фекалий в количестве 1,0 г (примерно) переносят в специальный стерильный контейнер, который доставляется в лабораторию в емкости со льдом в течение 1 суток в условиях холодовой цепи. Условия хранения и транспортировки материала: при температуре 2—8 °С — в течение 1 суток; при температуре –20 °С — в течение 1 недели. Допускается только однократное замораживание-оттаивание материала.

**Памятка
для профилактики
кишечных инфекций,
актуальная в любое
время года**

1. Соблюдать правила личной гигиены: тщательно мыть руки с мылом, особенно после посещения туалета, перед приготовлением пищи и во время его, перед едой, после прихода домой с улицы.

2. Следить за чистотой рук детей, учить их правилам мытья рук.

3. Мыть дверные ручки, краны, ручки для спуска воды в туалете.

4. Воду пить только после предварительного кипячения.

5. Не купаться в водоемах, где купание не рекомендуется или вообще запрещено.

6. Не давать детям и самим не пробовать на рынке или у прилавка магазина немытые овощи и фрукты.

7. Фрукты, овощи, ягоды тщательно мыть под проточной водой.

8. Обращать внимание на сроки годности и условия хранения продуктов питания при их покупке.

9. Готовить детские молочные смеси строго по инструкции на одно кормление.

10. Мыть в горячей воде после использования и в конце дня подвергать кипячению в течение 15 мин детские бутылочки, соски, пустышки.

11. Подвергать мытью в горячей воде с моющими и дезинфицирующими средствами детские пластмассовые игрушки.

12. Беречь продукты от загрязнения.

Помните! При появлении первых признаков кишечной инфекции, особенно у детей, немедленно обращайтесь к врачу. *Самолечение недопустимо!* Строго соблюдая несложные меры профилактики, вы оградите себя и окружающих от заболевания острыми кишечными инфекциями, в том числе и вирусной этиологии.

Логопедическая работа с детьми с ДЦП в условиях лекотеки

Попова С.С.,

учитель-логопед структурного подразделения Лекотека ГБОУ д/с компенсирующего вида № 1221, Москва

Термин «детский церебральный паралич» (ДЦП) объединяет ряд синдромов, которые возникли в связи с повреждением мозга и проявляются прежде всего неспособностью сохранить позу и выполнить произвольные движения. К основному симптому — двигательным расстройствам — в большинстве случаев присоединяются нарушения психики, зрения, слуха и некоторые другие.

У большинства детей с ДЦП возникают проблемы с формированием одной из наиболее сложно организованных психических функций — речи. Эти проблемы могут быть различного порядка: ее полное отсутствие, искаженное формирование, обусловленное болезнью своеобразие.

Детский церебральный паралич — самое распространенное и прогрессирующее по росту числа больных заболевание в клинике детских нервных болезней, самая распространенная причина детской инвалидности.

Эволюционная медицина и детская неврология Научно-исследовательского Фонда Ассоциаций больных церебральным параличом (УСРА, США) дают представление о статистике рождения таких детей.

Среди детей с нормальным весом при рождении, ставших инвалидами в связи с ДЦП: примерно 70% — вследствие факторов, имевших место до рождения (пренатальный период); около 20 — благодаря факторам, проявившимся либо во время родов (перинатальный период), либо сразу после рождения (первые четыре недели жизни); 10% — вследствие факторов, проявившихся в течение первых двух лет жизни (постнатальный период).

Существует несколько классификаций ДЦП. В нашей стране в настоящее время используется классификация, разработанная К.А. Семеновой.

Ребенок с ДЦП нуждается в ранней комплексной лечебно-педагогической работе. Для таких детей необходимо обеспечивать специальные условия для обучения и развития.

В структурном подразделении Лекотека нашего сада занимаются с детьми в возрасте от 3 до 7 лет с различными нарушениями развития. Занятия проводят педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, социальный педагог.

Логопед при работе с детьми с ДЦП в условиях структурного подразделения Лекотеки опирается на общедидактические

и специфические принципы логопедии, работает над стимуляцией речевого и познавательного развития, коррекцией нарушений речи у детей.

Основные формы работы лекотеки

Консультация — встреча специалиста лекотеки с родителями (воспитателями), во время которой реализуется конструктивное сотрудничество специалистов и родителей.

Диагностический игровой сеанс представляет собой совместную игру родителей (воспитателей) с ребенком в специально оборудованном зале. Специалист ведет наблюдение за происходящим, в идеале диагностический сеанс фиксируется на видеокассету. Результаты наблюдения фиксируются на формализованных бланках. По результатам диагностики составляется сезонный план сопровождения семьи.

Во время *терапевтического игрового сеанса* (обычно 60 мин) происходит игровое взаимодействие специалиста с ребенком в присутствии, а иногда с участием родителей (лиц их заменяющих). Перед началом терапевтического сеанса и по его окончании специалисты коротко беседуют с родителями. Далее специалист заполняет протокол.

В *групповой родительский тренинг* участники включаются добровольно. Обычно это тренинги по общению, игре, изготовлению

игрушек, ассертивности, арт-методам, специальным техникам и др. Иногда родителям предлагается участвовать в тренинге исходя из результатов диагностического игрового сеанса.

В структурном подразделении Лекотека педагоги опираются на следующие коррекционные программы, с учетом которых разрабатываются индивидуально-ориентированные программы развития: «Лекотека» А.М. Казьмина, программа помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» М. Петерси и С. Кернс.

Этапы логопедической работы с детьми

1. Формирование способности взаимодействовать со взрослыми и сверстниками. Стимуляция речевого развития. Обучение речевому подражанию.

2. Формирование двигательной и познавательной активности. Развитие моторики артикуляционного аппарата и мелкой моторики пальцев рук.

3. Совершенствование речи по всем направлениям.

Структура логопедического занятия в условиях лекотеки (продолжительность занятия 1 ч)

1. Логопедический массаж.
2. Артикуляционная гимнастика и работа над произношением.

3. Дыхательная гимнастика (по методике А.Н. Стрельниковой с использованием голосовых упражнений).

4. Отработка лексической темы по плану.

5. Логоритмическая физкультминутка.

6. Работа над стимуляцией познавательного и сенсорного развития.

Все задания преподносятся в игровой форме, занятие проходит в комфортных условиях для ребенка, он может заниматься за столом, на ковре; только логопедический массаж проводится в стационарной позе.

Позы для занятий выбирают так, чтобы у ребенка не наблюдалось гиперкинезов.

В логопедическую работу с детьми с ДЦП входит развитие мелкой моторики пальцев рук, данная работа входит в сенсорное развитие детей. Для развития мелкой моторики мы используем различные пальчиковые гимнастики, массаж рук, также детям предлагаются игры на собирание и перебирание мелких предметов и обязательно на каждом задании детям дают порисовать (раскраска, черкание, штриховка, свободный рисунок или рисунок по теме). Педагог выбирает задания для рисования в зависимости от двигательных возможностей детей, при необходимости педагог помогает детям выполнить упражнения. Если ребенок достаточно хорошо владеет руками и выполняет простые упражнения,

мы переходим к обучению ребенка правильно держать ручку (ребенку с ДЦП очень сложно освоить этот навык, для этого необходима обширная предварительная работа педагога). В своей работе мы предлагаем детям специальные насадки на ручки «ручки-самоучки». Для формирования правильного захвата ручки, детям сначала надевают насадку на карандаш, а уже потом переходят к использованию ее на ручке.

Развитие мелкой моторики пальцев рук невозможно без развития крупной моторики, поэтому в свои занятия мы включаем логоритмические подвижные игры, игры с мячами. Все игры проводятся обязательно с речевым или музыкальным сопровождением (педагог читает стихотворения или включает веселую музыку), обычно эта работа проводится в середине занятия для переключения детей и настраивание на дальнейшую умственную работу, все задания подбираются в зависимости от двигательных возможностей детей и формы ДЦП (часть детей, посещающих лекотеку, не могут ходить самостоятельно и занятия с ними проводят на специальных тренажерах и стульях, фиксирующих положения корпуса туловища).

Особенно важна в логопедической работе в условиях структурных подразделений ДОУ стимуляция познавательного развития детей, развития их высших

психических функций, так как у многих детей с ДЦП наблюдаются трудности в освоении окружающего мира и задержанное познавательное развитие. Задания на развитие внимания, памяти и мышления предлагаются на каждом занятии и подбираются в соответствии с лексической темой. Каждая лексическая тема изучается детьми на протяжении недели, педагог проводит 2—3 занятия по одной теме (одно — ознакомительное, главная цель которого — обогатить пассивный и активный словарь, а второе и третье — закрепляющие, цель которых — обучить рассказыванию по данной теме и сформировать грамматический строй речи). Для более тщательного изучения всех лексических тем мы разработали корректурные пробы (по методике Б. Бурдона) на различные темы, специально адаптированные с учетом возрастных и психических особенностей детей таблицы (на основе методики Шульте) с картинками по изучаемым темам, авторские мнемотаблицы, помимо этого при проведении занятий мы используем элементы театрализации (обыгрывание стихотворений, показывание сказок с помощью кукольного и настольного театра).

Логопедическая работа в условиях структурного подразделения Лекотека строится на взаимодействии педагога и родителей, педагог рассказывает им, как вес-

ти работу в домашних условиях. Члены семьи воспитанников присутствуют на каждом занятии, учатся у логопеда выполнять артикуляционную и пальчиковую гимнастику и элементы логопедического массажа, также они при помощи педагогов учатся правильно подбирать игрушки и книги для своих детей, осваивают навыки правильного гармоничного взаимодействия со своим ребенком. После каждого занятия педагог уделяет не менее 5 мин для беседы с родителями, дает домашнее задание и объясняет задачи на ближайшее время обучения ребенка, говорит о перспективах его развития.

При проведении коррекционно-развивающей работы с детьми с ДЦП необходимо учитывать комплексный подход в коррекции нарушения. В учреждении каждого ребенка курируют не менее двух специалистов (педагог-психолог и учитель-логопед, учитель-дефектолог), ежедневно они обсуждают и согласуют свою работу, планируют индивидуальные занятия и ведут совместные комплексные игровые сеансы. Каждый педагог выстраивает свою работу в зависимости от индивидуальных особенностей детей, разрабатывает на него индивидуально-ориентированную программу и проводит свои занятия в соответствии с ней.

Мы считаем, что для детей с ДЦП наиболее подходящим коррекционным заведением являются

сы лекотеки, так как данная группа детей — очень разрозненная, и педагогам сложно разработать единую программу обучения на всех детей, а в данном структурном подразделении у каждого ребенка есть индивидуальная программа, по которой он будет заниматься в течение всего времени.

Литература

Шипицына Л.М. Детский церебральный паралич. Хрестоматия. СПб., 2003.

Семенова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР. СПб., 2010.

Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М., 2006.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ



СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Автор — Кроткова А.В.

Пособие ориентировано на широкий круг читателей, интерес которых лежит в области проблемы социально-психологической адаптации дошкольников с отклонениями в развитии, в частности с ДЦП. В нем представлены характеристики особенностей социального развития дошкольников с церебральным параличом, раскрыто содержание изучения социально-психологического статуса детей, даны рекомендации к организации и содержанию коррекционно-развивающей работы, обеспечивающей повышение эффективности процесса социализации детей с двигательными нарушениями.



ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Учебное пособие

Автор — Соколова Е.В.

В учебном пособии представлены материалы по исследованию причин, факторов, условий оптимизации психического развития детей с задержкой психического развития. На примере задержки психического развития (ЗПР) как частного случая отклоняющегося развития рассматриваются возможности компенсации дефекта в специально созданных условиях.



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.

Необычные физкультурные занятия для дошкольников в соответствии с ФГТ

Байрамалова Г.В.,
инструктор по физкультуре;

Демина Г.А.,
старший воспитатель МКДОУ ЦРР —
д/с № 27 «Малыш», г. Богданович Свердловской обл.

ПЕДАГОГИКА

Дошкольный возраст — один из наиболее ответственных периодов в жизни каждого человека. Именно в этом возрастном периоде закладываются основы здоровья, правильного физического развития, происходит становление двигательных способностей, формируется интерес к физической культуре и спорту, воспитываются личностные, морально-волевые и поведенческие качества.

Среди многих факторов (социально-экономических, демографических, культурных, гигиенических и др.), оказывающих влияние на состояние здоровья детей, физическое воспитание занимает важное место. Сегодня не вызывает сомнения, что в условиях возрастания объема и интенсивности учебно-познавательной деятельности гармоничное развитие организма дошкольника невозможно без физического воспитания.

Существует много вариативных и нетрадиционных форм проведения физкультурных занятий (кроме стандартных) в детском дошкольном учреждении. Главное, чтобы все они были направлены на решение следующих задач:

- укреплять здоровье детей, повышать функциональные и адаптационные возможности организма, умственную и физическую работоспособность;
- гармонично развивать все звенья опорно-двигательного аппарата;
- формировать правильную осанку;
- совершенствовать двигательные навыки, воспитывать двигательные качества;
- развивать психические способности и эмоциональную сферу;



— воспитывать интерес и потребность в систематических занятиях физическими упражнениями.

Чтобы повысить интерес детей к занятиям по физической культуре, мы разработали методы и приемы проведения таких занятий в соответствии с образовательными областями ФГТ. Это и сюжетные, и познавательные занятия, и логоритмика, и аэробика, и ритмопластика и т.д. Очень важно включать в занятия по физкультуре музыкальное сопровождение для упражнений, направленных на овладение навыками расслабления и некоторыми этюдами психогимнастики. Для этого мы используем специальную музыку, тематически связанную с сюжетом, для релаксации в сочетании с естественными природными звуками.

Звуки океанских волн, шум моря, согласно данным научно-методической литературы, — самые расслабляющие, способствуют снятию психоэмоционального напряжения, овладению навыками физиологического самоконтроля, развитию психических способностей.

Результаты научных исследований свидетельствуют о необходимости применения элементов психорегуляции в процессе оздоровительной тренировки, особенно на начальном этапе занятий, так как это ускоряет адаптацию организма занимаю-

щихся к физическим нагрузкам. Многие музыкальные композиции, используемые нами на занятиях, включающие звуки природы, создают ощущение гармонии с окружающим миром, помогают пережить, прочувствовать тесную связь, единство Человека и Природы, что имеет важное воспитательное значение.

Занятия с элементами психогимнастики

Маленькие мышата (средняя группа)

Цели:

- учить ползанию с проталкиванием мяча перед собой;
- упражнять в ходьбе и беге, ползании, прыжках;
- развивать внимание, умение слышать команды и выполнять их.

Планируемые результаты

Интегративное качество «Физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками»: владеет в соответствии с возрастом ходьбой, бегом; проявляет интерес к участию в игре малой подвижности «Заколдованные мышки» (по типу «Море волнуется раз...») и физическим упражнениям, знает об их пользе.

Интегративное качество «Любознательный, активный»: проявляет устойчивый интерес к игре малой подвижности «Заколдованные мышки» (по типу игры «Море волнуется раз...»).

Интегративное качество «Эмоционально отзывчивый»: проявляет чуткость к художественному слову, эмоции (выполняет упражнения согласно тексту, чувствует темп текста).

Интегративное качество «Овладевший средствами общения и способами взаимодействия со взрослыми и сверстниками»: делится с педагогом и детьми впечатлениями о пройденном занятии.

Интегративное качество «Способный решать интеллектуальные и личностные задачи (проблемы), адекватные возрасту»: ориентируется в окружающем пространстве.

Интегративное качество «Овладевший универсальными предпосылками к учебной деятельности»: способен удерживать в памяти при выполнении действий не сложное условие.

Интегративное качество «Овладевший необходимыми умениями и навыками»:

- в рамках образовательной области «Здоровье»: имеет начальные представления о составляющих здорового образа жизни (движение);
- «Физическая культура»: умеет ходить и бегать легко, ритмично, сохраняя правильную осанку;
- «Безопасность»: знает и соблюдает правила безопасности на занятии;
- «Чтение художественной литературы»: слушает стихи в ис-

полнении педагога;

- «Музыка»: двигается в соответствии с характером и динамикой музыки.

Интеграция образовательных областей: «Здоровье», «Физическая культура», «Музыка», «Чтение художественной литературы», «Социализация», «Коммуникация», «Безопасность», «Познание».

Место проведения: физкультурный зал.

Оборудование: мячи, куб, 2 дуги, гимнастические палки (4 шт.), аудиозапись колыбельной песни.

* * *

Вводная часть

Инструктор. Сегодня на занятии мы с вами станем... кем? Если вы отгадаете загадку, узнаете.

Под полом таится.

Кошки боится.

(Мышка.)

Правильно, мышка. Вот сегодня мы с вами и станем мышками.

Мышка по полю пошла,

Дети ходят друг за другом.

Мышка зернышко нашла.

Подошла к нему тихонько,

Ходят на носках.

Осторожно подняла.

Ходят с приседанием.

Быстро-быстро побежала,

Бегут друг за другом.

К себе в норку унесла...

А потом пошла гулять,
Ходят друг за другом.
Снова зернышки искать.
Образуют круг.

Основная часть

Общеразвивающие упражнения

«Спят мышки в норках, но во сне прислушиваются — не идет ли кот».

И.п. — встать на четвереньки в низкую позицию.

На счет 1—2 — опустить голову и коснуться щекой ладоней рук (положили головки на лапки), на счет 3—4 — и.п. (мышки чутко спят, поднимают головки), на счет 5—6 — медленные повороты головы вправо-влево (головку поднимают, вправо-влево поворачивают и прислушиваются), на счет 7—8 — и.п. (потом опять засыпают). Повторить 6 раз.

«Но вот, наконец, мышата проснулись, встали и потянулись».

И.п. — о.с.

На счет 1—2 — потянуться, развести руки в стороны, на счет 3—4 — и.п. Повторить 6 раз.

«А теперь мышкам пора почистить свою шерстку. Это мышки делают, купаясь в пыли».

И.п. — лежа на полу, руки вытянуты вверх.

На счет 1—2 — повороты со спины на живот, на счет 3—4 — и.п., на счет 5—6 — поворот со спины на живот вправо, на счет 7—8 — и.п. Повторить 6 раз.

«Почистили шерстку и начали хвалиться друг перед другом. Ка-

кие они стали чистенькие. Показывают свои лапки».

И.п. — встать на четвереньки в высокую позицию.

На счет 1—2 — поднять правую ногу и повернуть вправо голову, на счет 3—4 — и.п. То же в левую сторону. Повторить 6 раз.

«Но что это за шум? Посмотрим, не грозит ли мышкам беда?»

И.п. — стоя на четвереньках.

На счет 1—2 — повернуться, перебирая руками, вправо, на счет 3—4 — и.п., на счет 5—6 — повернуться, перебирая руками, влево, на счет 7—8 — и.п.

Повторить 6 раз.

Основные движения

«А теперь пора за дело приниматься, запасы на зиму делать. Пошли на огород горох собирать».

Стоя на четвереньках в высокой позиции, толкать перед собой мяч головой до кубика (расстояние — 2 м). Повторить 2 раза.

«Перепрыгивают мышата через веточки».

Прыжки на двух ногах через гимнастические палки (4 шт.). Повторить 2 раза.

Игра «Заколдованные мышки». Повторить 2 раза.

«Много гороха собрали! Устали! Прилегли отдохнуть».

Дети, лежа на ковриках, слушают запись колыбельной песенки (2 мин).

Заключительная часть

Дети тихо встают и выходят из зала.

Мы — моряки (старшая группа)

Цели:

- учить сохранять равновесие; упражнять в ползании, прыжках;
- воспитывать целеустремленность.

Планируемые результаты

Интегративное качество «Физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками»: владеет в соответствии с возрастом ходьбой, бегом; проявляет интерес к участию в игре «Море волнуется...» и «Хрустальная вода» и физическим упражнениям, знает о пользе физических упражнений.

Интегративное качество «Любознательный, активный»: проявляет устойчивый интерес к игре «Море волнуется...» и «Хрустальная вода».

Интегративное качество «Эмоционально отзывчивый»: эмоционально реагирует на музыкальное сопровождение.

Интегративное качество «Овладевший средствами общения и способами взаимодействия со взрослыми и сверстниками»: делится с педагогом и детьми впечатлениями о пройденном занятии.

Интегративное качество «Способный решать интеллектуальные и личностные задачи (проблемы), адекватные возрасту»: планирует свои действия, направленные на достижение конкретной цели.

Интегративное качество «Овладевший универсальными предпосылками к учебной деятельности»: способен удерживать в памяти при выполнении действий несложное условие.

Интегративное качество «Овладевший необходимыми умениями и навыками»:

- в рамках образовательной области «Здоровье»: имеет начальные представления о составляющих здорового образа жизни (движение);
- «Физическая культура»: умеет ходить и бегать легко, ритмично, сохраняя правильную осанку;
- «Безопасность»: знает и соблюдает правила безопасности на занятии;
- «Чтение художественной литературы»: слушает стихи в исполнении педагога;
- «Музыка»: слушает спокойную, колыбельную музыку.

Интеграция образовательных областей: «Здоровье», «Физическая культура», «Музыка», «Чтение художественной литературы», «Социализация», «Коммуникация», «Безопасность», «Познание».

Место проведения: физкультурный зал.

Оборудование: гимнастическая скамья (высота 35 см), шест, дуги (высота 50 см, 4—5 шт.), аудиозапись с шумом моря («Звуки природы»).

* * *

Вводная часть

Дети в полосатых футболках входят в зал и строятся в одну шеренгу.

Инструктор. Сегодня вы — матросы! Здравствуй, товарищи матросы!

Дети. Здравия желаем, товарищ адмирал!

Инструктор идет вдоль строя, проверяя осанку и внешний вид.

Перестроение в колонну по одному, с поворотом в движении.

Ходьба друг за другом, с поворотом в другую сторону по сигналу, со сменой ведущего, по диагонали, приставным шагом в правую сторону, на носках, на пятках. Бег друг за другом («Аврал! Учебная тревога!»), со сменой направления («Кругом!»). Ходьба. Построение в звенья.

Основная часть

Общеразвивающие упражнения

«Глазки». «Чтобы зоркими нам быть — нужно на глаза давить».

Пальцами обеих рук одновременно слегка давить на глазные яблоки.

Повторить 6 раз.

«Пловец». «На спине и на груди плаваем мы — посмотри».

И.п. — о.с.

На счет 1—8 — поочередно круговые движения руками вперед с имитацией плавания кролем на груди, на счет 9—16 — то же назад (имитация плавания кролем на спине).

«Уштурвала». «Крепко держим мы штурвал, не допустим мы аврал».

И.п. — стоя, ноги врозь, руки перед грудью, локти вниз (держим штурвал).

На счет 1 — наклон туловища вправо. На счет 2 — и.п., на счет 3 — наклон туловища влево, на счет 4 — и.п. Повторить 6 раз.

«Поднять якорь!». «Якорь нужно нам поднять и прилив не прозевать».

И.п. — руки на поясе.

На счет 1—2 — наклон вперед, коснуться руками пола, на счет 3—4 — и.п.

«Гребля». «Шлюпки по морю летят, слушаясь своих ребят».

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

На счет 1—2 — не отрывая стопы от пола, сгибая руки, лечь на спину, на счет 3—4 — выпрямляя руки, вернуться в и.п. Повторить 6 раз.

«Взбираемся по реям». «Паруса нужно поднять, чтобы ветер в них поймать».

И.п. — лежа на спине, руки к плечам.

На счет 1—2 — поднять голову, верхнюю часть туловища, руки, ноги, на счет 3—4 — и.п. Повторить 4 раза.

«Рыбки». «Я — рыбка! Я спущусь ко дну и быстро к камушкам плыву».

И.п. — лежа на животе, руки впереди.

На счет 1—3 — поднять верхнюю часть туловища, ноги, руки, соединив ладони, на счет 4 — и.п. Повторить 4 раза.

«Прыжки». «В синем море искупались, потом долго согревались».

И.п. — о.с.

Прыжки на двух ногах на месте, руки в стороны, обхватить плечи, чередовать с ходьбой. Сделать 2 раза по 8 прыжков.

Упражнение на дыхание. «Надо глубоко дышать — ветром парус наполнять».

И.п. — ноги на ширине плеч.

На счет 1—4 — набрать как можно больше воздуха, надуть щеки (вдох), на счет 5—8 — плавно наклониться вперед — вниз, легко постукивая кулачками по щекам, выдыхать воздух небольшими порциями. Повторить 2 раза.

Основные движения

«По палубе в штурм».

Ползание по гимнастической скамье на животе с подтягиванием на руках с боков. Повторить 2 раза.

«Переход на соседнюю мачту».

Ходьба по шесту, лежащему на полу, приставным шагом вперед, стараться не потерять равновесия. Повторить 2 раза.

«Спуск в трюм».

Проползти под дугами, составляющими туннель (4—5 шт. подряд, высота — 50 см).

«Перепрыгни через медузу».

Прыжки на двух ногах вперед-назад чередовать с ходьбой. Сделать 2 раза по 8 прыжков.

Подвижная игра «Море волнуется...».

Дети ходят и бегут по залу.

Инструктор. Море волнуется раз, море волнуется два, море

волнуется три. Морская фигура, замри!

Дети стараются изобразить какого-либо морского обитателя. Повторить 2 раза.

Игра «Хрустальная вода».

Дети стоят в кругу. По сигналу инструктора — приседают, набирают «пригоршню воды», поднимают руки вверх и выливают «воду» на себя, часто подпрыгивая на месте и произнося громко и радостно продолжительный звук «и-и-и». Повторить 3 раза.

Релаксация «Покачаемся на волнах».

Дети ложатся на пол и слушают шум моря (аудиозапись). Инструктор негромким голосом рассказывает, что сейчас они тихо качаются на морских волнах. Добрые дельфины, проплывая мимо, ласково глядят их своими плавниками. А чайки, глядя на них сверху, рассказывают им сказки.

Заключительная часть

Дети тихо встают и спокойно выходят из зала.

В лесу

(подготовительная к школе группа)

Цели:

- учить лазанью по гимнастической стенке одноименным способом, не пропуская реек;
- упражнять в прыжках, равновесии;

- воспитывать любовь к природе, чувство товарищества;
- развивать воображение и фантазию.

Планируемые результаты

Интегративное качество «Физически развитый, овладевший основными культурно-гигиеническими навыками»: владеет в соответствии с возрастом ходьбой, бегом; проявляет интерес к участию в игре «Хитрая лиса» и физическим упражнениям, знает об их пользе.

Интегративное качество «Любознательный, активный»: проявляет устойчивый интерес к игре «Море волнуется...» и «Хрустальная вода».

Интегративное качество «Эмоционально отзывчивый»: эмоционально реагирует на музыкальное сопровождение.

Интегративное качество «Овладевший средствами общения и способами взаимодействия со взрослыми и сверстниками»: делится с педагогом и детьми впечатлениями о пройденном занятии.

Интегративное качество «Способный решать интеллектуальные и личностные задачи (проблемы), адекватные возрасту»: планирует свои действия, направленные на достижение конкретной цели.

Интегративное качество «Овладевший универсальными предпосылками к учебной деятельности»: способен удерживать в памяти при выполнении действий несложное условие.

Интегративное качество «Овладевший необходимыми умениями и навыками»:

- в рамках образовательной области «Здоровье»: имеет начальные представления о составляющих здорового образа жизни (движение);
- «Физическая культура»: умеет ходить и бегать легко, ритмично, сохраняя правильную осанку;
- «Безопасность»: знает и соблюдает правила безопасности на занятии;
- «Чтение художественной литературы»: слушает стихи в исполнении педагога;
- «Музыка»: слушают спокойную, колыбельную музыку.

Интеграция образовательных областей: «Здоровье», «Физическая культура», «Музыка», «Чтение художественной литературы», «Социализация», «Коммуникация», «Безопасность», «Познание».

Место проведения: физкультурный зал.

Оборудование: наклонные доски (3 шт.), гимнастическая скамья (высота — 35 см), кубики (высота — 10 см., 3 шт.), гимнастическая стенка, мячи, 2 корзины, кубики (высота 5 см, 8 шт.), аудиозапись музыки Д. Кабалевского «Лентяй».

* * *

Вводная часть

Инструктор (предлагает детям представить себя в лесу).
Представьте себе такую картину.

Жил-был Зеленый Лес. Это был не просто Зеленый Лес, а Поющий Лес. Березы там пели нежную песню берез, дубы — стародавние песни дубов. Пела речка, пел родничок, но звонче всех пели, конечно, птицы. Синицы пели синие песни, а малиновки — малиновые. И вот сейчас мы с вами отправимся в этот Волшебный Лес.

На протяжении всего рассказа звучит запись голосов птиц.

1. Идем по лесной тропинке, которая вывела нас на солнечную полянку.

Ходьба друг за другом в колонне по одному.

2. Идем по тропинке.

Дети кладут руки на плечи впереди стоящего, приседают. Наклоняя голову чуть-чуть вниз, идут друг за другом.

3. Вот встретилась копна.

Дети берутся за руки, образуют круг и направляются к его центру. Соединив руки в центре, затем расходятся и снова идут в колонне по одному.

4. Кочки!

Дети приседают, положив руки на голову.

5. Бег широким и мелким шагом чередовать с обычной ходьбой.

Построение в круг.

Основная часть

Общеразвивающие упражнения

«Белочка быстрая, проворная, прыгнула с дерева и смотрит по сторонам».

И.п. — руки на поясе.

На счет 1—3 — поворот головы вправо (влево), подняться на носки, на счет 2—4 — и.п. Повторить 10 раз.

«Медведица потеряла своих озорных медвежат, ищет их, заглядывает под кусты».

И.п. — ноги на ширине плеч. Руки на поясе.

На счет 1—3 — наклон туловища вправо (влево), руки за головой, на счет 2—4 — и.п. Повторить 10 раз.

«Вышел на полянку красивый, гордый, стройный олень».

И.п. — о.с.

На счет 1—3 — поднять согнутую в колене правую (левую) ногу, носок оттянуть, руки скрестно вверх, пальцы развести, на счет 2—4 — и.п. Повторить 10 раз.

«Лисята рыжие игривые выбежали на полянку и, воображая, стали любоваться своими красивыми хвостиками».

И.п. — опора на кисти и колени.

На счет 1—3 — поворот головы вправо (влево), слегка прогнуть туловище, посмотреть на «хвостик», на счет 2—4 — и.п. Повторить 10 раз.

«Муравей на пальцы залез и бежит по ним, ища своих друзей».

И.п. — сидя, прямые ноги вместе, руки в упоре сзади.

На счет 1—3 — с силой потянуть носок правой (левой) ноги на себя, на счет 2—4 — и.п. Повторить 10 раз.

«Жучок с ветки на спинку упал и не может никак встать, хоть и работает всеми лапками».

И.п. — лежа на спине.

На счет 1—4 — попеременное сгибание и разгибание рук и ног, на счет 5—8 — и.п. Повторить 6 раз.

«Зайчата шустрые и ловкие резвятся на полянке».

И.п. — ноги вместе, руки на поясе.

Прыжки на двух ногах с совмещением ног вправо и влево чередовать с ходьбой. Сделать 30—40 прыжков.

Упражнение на дыхание. *«Посмотрим по сторонам — не появился ли еще кто-нибудь на полянке».*

И.п. — о.с.

На счет 1 — поворот вправо, правую руку вправо — вдох, на счет 2 — и.п. — выдох, на счет 3 — поворот влево, левую руку влево — вдох, на счет 4 — и.п. — выдох. Повторить 2 раза.

Перестроение в колонну по одному. Предложить детям самим обойти полянку.

Основные движения

«Пройдем по упавшему дереву».

Ходьба и бег по наклонным доскам, балансировать ногами. Повторить 2 раза.

«Пройдем по упавшему дереву, осторожно перешагивая через ветки».

Ходьба по гимнастической скамье с перешагиванием через кубики (3 шт.), поставленные на расстоянии двух шагов ребенка. Повторить 2 раза.

«Залезем на высокое большое дерево и спустимся».

Лазанье по гимнастической стенке одноименным способом, переход на другой пролет и спуск без пропуска реек. Повторить 2 раза.

«Поможем белочке собрать орехи».

Метание мяча в горизонтальную цель (корзину) правой и левой рукой (расстояние — 4 м).

«Перепрыгнем через кочки».

Прыжки на двух ногах через кубики, поставленные в шахматном порядке (8 шт.).

Подвижная игра «Хитрая лиса».

Дети стоят по кругу с закрытыми глазами. Инструктор проходит за кругом и незаметно трогает одного ребенка за плечо. Это — лиса. Дети по сигналу открывают глаза и 3 раза (усиливая голоса) спрашивают: «Хитрая лиса, ты где?» На третий раз «хитрая лиса» прыгает в середину круга и говорит: «Я здесь». Дети разбегаются, а лиса их ловит, стараясь дотронуться рукой. Пойманные отходят в сторону.

Повторить 2—3 раза.

Релаксация «Конкурс лентяев».

Инструктор. Мы с вами сегодня увидели на этой полянке много разных животных.

Но вот лентяй и лежебока барсук так и не появился. Давайте

послушаем про него замечательное стихотворение В. Викторова «Конкурс лентяев».

Хоть и жарко, хоть и зной —
Занят весь народ лесной.
Лишь барсук, лентяй изрядный,
Сладко спит в норе прохладной.
Лежебока видит сон,
Будто делом занят он.
На заре и на закате
Все не слезть ему с кровати.

Дети изображают ленивого барсука. Они ложатся на ковер и, пока звучит музыка Д. Кабалевского, стараются расслабиться.

Игра малой подвижности «Дрозд».

Дети распределяются по парам. Игра сопровождается текстом:

Я — дрозд, ты — дрозд.

У меня — нос, у тебя — нос.

Каждый ребенок указывает сначала на свой нос, потом на нос партнера.

У тебя — гладкие.

У меня — гладкие.

Указывают на щеки.

У меня — сладкие,

У тебя — сладкие.

Указывают на губы.

Я — твой друг!

И ты — мой друг!

Мы любим друг друга.

Обнимаются.

Затем пары меняются.

Заключительная часть

Спокойная ходьба по залу.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Показатели врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений детей в возрасте от 0 до 14 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни, составили 1 193,9 на 100 000 детского населения (2009 г. — 1 203,3; 2008 г. — 1 219,0). Наблюдается снижение показателей врожденных аномалий детей в динамике с 2008 г.

В структуре инвалидности детей и подростков первое место занимали психические расстройства и расстройства поведения (из них: 70% приходится на умственную отсталость), второе — болезни нервной системы, третье — врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.

Показатели инвалидности детей и подростков в возрасте до 18 лет, впервые признанных инвалидами, составили 246,0 на 100 000 детей до 18 лет (2009 г. — 229,9; 2008 г. — 216,3). Наблюдается рост инвалидности детей и подростков в динамике с 2008 г.

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

Интегрированные занятия для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ОНР и ЗПР

Ованова Т.Н.;

Рязанцева Г.П.,

воспитатели ГКУЗ «Специализированный дом ребенка № 24 для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики Департамента здравоохранения города Москвы Восточного административного округа», Москва

Основной контингент домов ребенка составляют дети младшего дошкольного возраста с нарушениями в развитии. Такие дети по своему психическому развитию, как правило, отстают от ровесников, растущих в семье. Темп развития этих детей замедлен. Их психическое и физическое здоровье имеют негативные особенности, которые отмечаются на всех ступенях развития. У многих из них выявляются пассивность во всех видах деятельности, слабая общая и мелкая моторика, обедненная речь, слабое внимание, снижение памяти. Почти у всех детей психическое развитие, в той или иной степени отстает относительно возрастной нормы. У большинства детей снижены познавательная активность, любознательность, отставание в развитии речи, задержка во владении предметными действиями, отсутствие самостоятельности.

Основной причиной отставания в развитии помимо медицин-

ских показателей является то, что дети лишены родительской заботы, любви, ласки, большинство из них с признаками госпитализма, дети длительно находятся в условиях информационной и эмоциональной депривации (дефицита полноценных эмоциональных контактов со взрослым).

Система педагогической работы с детьми направлена на коррекцию и профилактику отклонений в развитии детей.

Главная цель педагогов домов ребенка — выявить индивидуально-психологические особенности каждого ребенка, оставшегося без попечения родителей, разработать содержание коррекционно-педагогической работы, оказать педагогическую помощь детям, имеющим проблемы познавательного и речевого развития и создать семейную благоприятную обстановку.

Для реализации этой цели поставлены следующие задачи:

— организовать полноценное и удовлетворяющее детей общение;

- компенсировать трудности развития, вызванные отсутствием семьи;
- осуществлять дифференцированный подход к детям, имеющим разные степени задержек в психическом развитии и помещенным в одну группу;
- обеспечить условия для накопления речевого опыта каждым ребенком;
- создавать условия для благоприятного эмоционального самочувствия и развития способностей.

Общение возникает ранее других процессов и присутствует во всех видах деятельности. Оно оказывает влияние на психическое развитие ребенка, формирует личность в целом. При недостаточном общении в условиях социально-психологической депривации темп формирования психических процессов замедляется.

У детей, находящихся в условиях депривации, задерживается развитие психических процессов и не формируется речевая деятельность. Это несовершенство препятствует развитию речемышлительной, познавательной деятельности, овладению знаниями. В связи с этим особенности речевого развития в условиях депривации представляются актуальными.

Коллектив нашего Дома ребенка на протяжении нескольких лет использует новые современные технологии в работе с детьми с общим недоразвитием речи и задержкой психического развития. Один из основных видов

в коррекции и развитии детей с ОНР и ЗПР — проведение интегрированных занятий.

Интегрированный подход предполагает изменение содержания и методов обучения, которые обеспечивают постоянство и неизменность ведущих принципов: личностного восприятия, личностной ответственности за свою деятельность.

Чтобы процесс интеграции не был поверхностным, занятия проводятся систематически и построены по принципу объединения нескольких видов деятельности. Например, интеграция *музыки* и других видов деятельности (развитие речи, эмоционально-волевой сферы, сенсорное, физическая культура и т.д.). Вы спросите: «Почему именно музыка?» Среди вспомогательных средств общения, пожалуй, самое действенное и организующее — музыка. Она оказывает специфическое невербальное эстетическое воздействие и является эффективным методом организации коррекционного занятия.

Каждый из видов музыкального воздействия (речевого, двигательного, вокального, инструментального) вызывает в ребенке определенное чувство эмоциональных изменений в поведении, влияет на важнейшие функции, моторику и тем самым на речь, что очень важно для детей с ОНР. В.М. Бехтерев отмечал, что с помощью музыкального ритма можно установить равновесие в деятельности нервной системы ребенка.

В интегрированных занятиях используем *логоритмические упражнения* Е. Железновой, которые повышают эффективность преодоления неречевых и речевых нарушений у детей младшего дошкольного возраста с ОНР. Ритм — наиболее близкий природной детской сущности элемент музыки, который соединяет движение и речь. Е. Железнова — автор уникальной методики раннего музыкального развития, придумала полезные и забавные песенки для звукоподражания, развития речевой функции, дикции, голосовых и дыхательных функций и музыкального слуха.

Логоритмические упражнения помогают решить задачи: оздоровительные, образовательные, воспитательные, коррекционные.

Систематически вводя элементы логоритмики в свою работу, мы видим, что синтез слова, музыки и движения помогает воспитывать в детях активность, уверенность в себе, своих силах. Чередование различных средств логоритмики требует от детей внимания, сообразительности, быстроты реакции, организованности. Все выше перечисленное совершенствует умственные процессы ребенка.

В интегрированных занятиях широко используются *коммуникативные игры*: «Здравствуйте», «Имена». В их задачу входят различные формы общения через музыку, игру, танец. Игра дает возможность легко входить в контакт и доверять друг другу, чувствовать друг друга.

Большое значение для развития детей с ОНР имеют *речевые игры*. Рифмованные созвучия и речевой ритм, представленный в песенках-играх Е. Железновой, доставляют радость, способствуют воображению, вызывают интерес к речи, звукообразованию, оттенкам речевой интонации, подпеванию.

Особое внимание на занятиях уделяется *движению*:

- упражнения на пространственную ориентировку, равновесие, координацию;
- элементарный танец;
- пальчиковые игры.

Логоритмические упражнения проводим в разных видах деятельности во время:

- утренней зарядки;
- музыкальных занятий;
- физкультурных занятий;
- на других занятиях как физкультминутки;
- свободной деятельности.

При выполнении логоритмических упражнений можно ходить, прыгать, бегать на месте, а также выполнять упражнения на мячах и т.д.

Движение — основной механизм уравнивания в системе «организм — среда». Организм не просто уравнивается со средой, но и активно приспосабливается. Танцуя, дети импровизируют, двигаются, как им нравится, проявляя выдумку, фантазию. В танце учатся общению друг с другом, а также перевоплощению.

Вашему вниманию предлагаем интегрированное занятие-путеше-

ствие «в гости к бабушке», все части которого соединены одной темой, общим сюжетом. Дети вместе со взрослым под музыку Е. Железновой «Автобус», садясь на мячи, отправляются к бабушке.

Ритмично пружиня мяч, ребенок должен сам удержаться на нем, включая в работу мелкие мышцы спины и пресса. К тому же это отличное упражнение на развитие равновесия. Регулярные занятия на мячах укрепляют физическое состояние ребенка, тренируют вестибулярный аппарат, служат отличной профилактикой заболеваний опорно-двигательной системы. Малыши, оказавшись на мяче, пытаются удерживать равновесие и оседлать непослушного друга. Гимнастика на мяче повышает тонус ЦНС и вызывает массу положительных эмоций и радости интересного общения взрослого и малыша. Поездка на автобусе помогает создавать игровую ситуацию, целостность восприятия темы, стойкий интерес, способствует сенсорному, психомоторному, речевому и коммуникативному развитию детей младшего дошкольного возраста с нарушениями развития и вызывает желание заниматься.

Интегрированные занятия с элементами логоритмики стали продуктивнее, проходят на более высоком эмоциональном уровне. Дети ждут их с радостью, активно включаются в игровые действия, речевые упражнения.

В результате сочетания слова, музыки и движения дети стали

более раскрепощенными, эмоциональными, значительно улучшили свои ритмические способности. У детей повысилась координация движений, они стали собраннее и внимательнее, а также заметна динамика в развитии голоса, дыхания и артикуляции, слухового внимания и зрительной ориентировки.

А главное, интегрированные занятия помогают педагогам создать детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, условия, максимально приближенные к домашним, с учетом их индивидуальных особенностей, дают возможность детям почувствовать себя любимыми, а также снимают напряженность и агрессивность, развивают чувственное восприятие, гармонизацию отношений между ребенком и взрослым.

В гостях у бабушки

Цели:

- настроить детей на совместную работу, установить эмоциональный контакт между всеми участниками;
- развивать социальную, эмоционально-личностную и познавательную сферы;
- создавать у каждого участника чувство принадлежности к группе и закреплять положительные эмоции от совместной работы.

Задачи:

- развивать эмоциональное общение, навыки вокализации, подпевание звукоподражаний и простых слов;

- движения кистей рук, совершенствовать захват щепотью; умение соотносить свои движения со словами;
- активизировать в речи знакомые слова, закрепить умение договаривать слова потешек, учить отвечать на вопросы, расширять словарный запас слов, обозначающих признак (мягкая, пушистая, добрая, красивая и т.д.);
- формировать целостное восприятие: умение складывать разрезную предметную картинку из 2—3 частей;
- внимание, логическое мышление;
- воспитывать дружеское отношение друг к другу.

Оборудование: мячи (по количеству детей), круг, маленькие мисочки (по количеству детей), большая миска с пшеном, конверт с фотографией на каждого ребенка, разрезные предметные картинки петуха.

* * *

Воспитатель. Ребята, вы любите ездить в гости?

Дети отвечают.

Тогда занимайте места в автобусе.

Дети садятся на мячи и ритмично пружинят под музыку Е. Железновой.

Проводится игра «Автобус» («Аэробика для малышей» Е. Железновой).

Вот мы в автобусе сидим,
И сидим, и сидим,

Дети покачиваются на мяче.

И из окошечка глядим —
Все глядим, все глядим!

Смыкают пальцы рук «окошечком», смотрят в него.

Глядим назад, глядим вперед —
Вот так вот, вот так вот,

Оборачиваются то влево, то вправо.

Ну что ж автобус не везет,
не везет?

Пожимают плечами.

Колеса закружились —
Вот так вот, вот так вот,
Вперед мы покатались —
вот так вот!

Делают вращательные движения руками перед собой.

А щетки по стеклу шуршат —
Вжик, вжик, вжик, вжик, вжик,
Все капельки смести хотят —
Вжик, вжик, вжик!

Качают согнутыми в локтях руками — «дворники».

И мы не просто так сидим —
Би, би, би, би, би, би,
Мы громко-громко все гудим —
би, би, би!

Крутят руль и «бибикают».

Пускай автобус нас трясет —
Вот так вот, вот так вот,
Мы едем, едем все вперед —
вот так вот!

Покачиваются на мяче.

Мы громко-громко все гудим —
би, би, би!

Крутят руль и «бибикают».
Детей встречает бабушка, в руках
у нее курочка.

Бабушка. Курочка, посмотри,
к нам гости приехали! Какие вы
красивые, нарядные. Ой, да вы
устали, наверное, с дороги. Давайте
присядем на лужайке.

Дети садятся в круг, в середине
стоит курочка.

Утро начинается, солнце про-
сыпается.

Играет музыка.

Здравствуйте, здравствуйте,
Здравствуйте, ладошки!
Здравствуйте, здравствуйте,
Маленькие ножки!
За руки возьмемся, друг другу
улыбнемся!

Ребята, мы с вами поздорова-
лись, а теперь давайте познако-
мимся.

Я бабушка Галя. А тебя как
зовут?

Бабушка знакомится со всеми
детьми.

А это моя курочка-хохлатка.
Ребята, вы хотите погладить ку-
рочку? Какая она? *(Пушистая,
хорошая, добрая, красивая.)*

Вот какая хорошая курочка.
А вы какие, ребята? Федя, ты ка-
кой? А ты Соня? И т.д. *(Веселые,
добрые, красивые, умные.)* Вы ре-
бята, курочке очень понравились.
Давайте с ней поиграем. Приго-
товьте свои ручки.

Проводится пальчиковая гимна-
стика «Курочка-хохлатка».

Курочка-хохлатка
Зернышки клюет.

Дети пальчиком стучат по ла-
дошке.

Курочка-хохлатка
Детушек зовет:

Кистями рук машут к себе.

«Ко-ко-ко», ребятки,
Зернышки нашла!»

Протягивают ладошки.

Желтые цыплятки
Мчатся со двора.

Пальчики бегут по дорожке.

Раздается крик: «Ку-ка-ре-ку».
Ой, ребята, кто-то нас зовет.
Пойдемте, посмотрим.

Воспитатель с детьми подходят к
домику. Около домика стоят пету-
шок, курочка с цыплятами.

Воспитатель. Вот кто нас
звал. Вы знаете, кто это? *(Пету-
шок.)*

А это кто? *(Цыплята.)*
Какой петушок? *(Большой,
важный.)*

Как он кричит, знаете? *(Ку-ка-
ре-ку.)*

А цыплята какие? *(Маленькие,
пушистые.)*

Какого цвета перышки у цып-
лят? *(Желтые.)*

Как они кричат? *(Пи-пи-пи.)*
А сейчас мы расскажем ба-
бушке потешку. Я буду начинать,
а вы, ребята, продолжать.

Проводится упражнение «Наши
курочки».

Наши курочки в окно: ... ко-ко-ко, ко-ко-ко,

А цыплята малыши: ... пи-пи-пи.

А как Петя-петушок рано-рано поутру

Нам споет ... ку-ка-ре-ку!

Бабушка. Наши курочки проголодались. Давайте их накормим.

Проводится упражнение «Накормим петушка и курочку».

Ребята, нам нужно накормить петушка и курочку. Что любят кушать петушок и курочка? (*Пшено.*) Будем кормить птиц зернышками вот так.

Воспитатель предлагает детям выполнить движения, имитирующие кормление птиц. Затем раздает детям мисочки, тарелочку с пшеном и предлагает покормить птиц. Дети несут мисочки с пшеном курочкам.

Молодцы, ребята, помогли мне накормить курочек. Посмотрите, почтальон почту принес. Как много писем. А я очки забыла. Помогите мне, посмотрите, кому письма пришли.

Это кому письмо? (*Феде.*) А это? (*Соне.*) И т.д.

Присаживайтесь за стол и посмотрите, что в конвертах.

Дети вынимают из конвертов разрезные картинки из трех частей.

Проводится упражнение «Собери картинку». Дети собирают разрезную картинку с изображением петушка и поют для него песенку «Есть у солнышка дружка» Е. Тиличевой.

Есть у солнышка дружок —
Голосистый петушок.
Хорошо, когда дружок —
Голосистый петушок.

Есть у солнышка дружка —
Это мы: и ты и я!
Хорошо, когда дружка —
Это мы: и ты и я!

Е. Карганова

Хорошо, когда дружка —

Дети проговаривают, взявшись за руки.

Это мы: и ты и я!

Бабушка достает корзину с угощением.

Песенку вы спели
Петушку, дружка.
Вот вам угощение,
Вам домой пора.

Воспитатель. Спасибо, бабушка. До свидания. Ребята, занимайте свои места в автобусе.

Приехали домой, ура!

Литература

Антипина Е.А. Театрализованная деятельность в детском саду. М., 2009.

Артемова Л.В. Театрализованные игры дошкольников. М., 1991.

Баряева Л.Б. и др. Театрализованные игры-занятия с детьми с проблемами в интеллектуальном развитии. СПб., 2001.

Ершова Н.В., Аскерова И.В., Чистова О.А. Занятия с дошкольниками, имеющими проблемы познавательного и речевого развития. СПб., 2011.

Картушина М.Ю. Развлечения для самых маленьких. Сценарии досугов для детей первой младшей группы. М., 2008.

Готовность к школе: норма и отклонения

Симоныан А.Г.,

клинический психолог, детская городская
поликлиника № 104, Москва

В марте-апреле начинается запись детей в школу. В рамках этого этапа предполагается заполнение медицинской карты ребенка с прохождением всех специалистов поликлиники. В настоящее время в детских городских поликлиниках проводится психолого-педагогическая диагностика, направленная на определение школьной готовности ребенка.

Под «готовностью к школе» понимают не отдельные знания и умения, но определенный их набор, в котором должны присутствовать все основные элементы, хотя уровень их развития может быть разным [5].

Среди различных психологических составляющих, входящих в набор «школьной готовности», это прежде всего мотивационная, интеллектуальная, волевая и социальная готовность.

Мотивационная готовность — сформированность внутренней позиции школьника. Она предполагает наличие у ребенка желания пойти в школу, учиться, выполнять определенные обязанности, связанные с их новым статусом.

Без такой готовности ребенок, даже если он умеет читать и писать, не сможет хорошо учиться, так как обстановка и правила

поведения в школе будут ему в тягость.

Интеллектуальная готовность предполагает сформированность у ребенка важнейших познавательных процессов (внимания, памяти, мышления, речи), позволяющих первокласснику успешно осуществлять учебную деятельность.

Волевая готовность необходима для нормальной адаптации детей к школьным условиям. Речь идет об умении ребенка слушать, вникать в содержание того, о чем говорит учитель, умении сосредоточиться на инструкции, которую он получает от взрослого. Ученику важно уметь понять и принять задания учителя, подчинив ему свои непосредственные желания и побуждения.

Социальная готовность определяется уровнем зрелости детей, способности занять социально одобряемую и продуктивную позицию в общении с педагогом и одноклассниками.

Все компоненты психологической готовности не обязательно должны быть максимально развиты, гораздо важнее, чтобы присутствовали все эти компоненты, даже если уровень сформированности некоторых из них невысок.

В процессе учебы возможна компенсация менее сформированных качеств более развитыми, однако отсутствие какого-то компонента психологической готовности к школе полностью не компенсируется и может привести к неуспешности в учебной деятельности.

К середине первого класса выделяется группа детей, не прошедших благополучно период адаптации. Школа и учебная деятельность становятся для них «краеугольным камнем» [1].

У них развивается комплекс неуспешности, который в свою очередь порождает неуверенность, разочарование, потерю интереса к учебе и познавательной деятельности вообще. Неуверенность может перейти в агрессию, озлобленность на окружающих. Некоторые дети уходят «в себя», отворачиваются от других. Некоторым удается справиться с учебой, однако ухудшается здоровье, нормой становятся слезы и температура по утрам, появляются странные боли в животе, головные боли, могут появиться тики, заикания, покусывания ногтей, волос и т.д. Это дезадаптированные дети. В чем причина неуспешности детей в школе?

В последние годы педагоги общеобразовательных детских учреждений все чаще сталкиваются с проблемами воспитания и обучения детей, развитие которых несколько отстает от нормы.

С клинической точки зрения, к детям с неярко выраженными отклонениями в развитии могут

быть отнесены дети с задержкой психического развития (ЗПР).

«При задержке психического развития речь идет лишь о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной направленности, преобладаний игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности» [4].

При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере выражены нерезко. В других случаях, наоборот, преобладает замедление развития интеллектуальной сферы.

Различают *четыре основных варианта задержки психического развития*:

- 1) конституционального происхождения;
- 2) соматогенного;
- 3) психогенного;
- 4) церебрально-органического генеза.

В клинко-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

При задержке психического развития *конституционального происхождения* — гармоническом, неосложненном психическом или

психофизическом инфантилизме по типу психической неустойчивости — эмоционально-волевая сфера ребенка как бы находится лишь на более ранней возрастной ступени развития. Характерны непосредственность и яркость эмоций, преобладание эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества, но в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью. Затруднения в обучении, нередко наблюдаемые у этих детей в младших классах, связаны как с малой направленностью на длительную интеллектуальную деятельность (на занятиях предпочитают играть), так и неумением подчиняться правилам дисциплины [2]. Эта «гармоничность» психического облика иногда нарушается в школьном возрасте, так как незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию.

Задержка психического развития *соматогенного происхождения* обусловлена длительной соматической недостаточностью (хронические инфекции, аллергические состояния, врожденные пороки развития внутренних органов и т.д.). Психическое развитие этих детей тормозится главным образом стойкой астенией, резко снижающей общий и психический тонус. Задержка эмоционального развития этих

детей — соматогенный инфантилизм по типу психической тормозимости — часто обусловлена невротоподобными чертами их психики: неуверенностью, робостью, астенической капризностью, а также явлениями гиперопеки, в которых нередко воспитывается нездоровый ребенок.

Задержка психического развития *психогенного происхождения* связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, рано возникшее и длительно действующее неблагоприятное психотравмирующее воздействие на нервную систему ребенка может приводить к стойким сдвигам нервно-психической сферы и нарушению психического (в первую очередь эмоционального) развития.

В условиях безнадзорности может сформироваться вариант психогенного инфантилизма с преобладанием выраженных явлений психической неустойчивости (отсутствие чувства долга и ответственности, умение тормозить свои эмоции, импульсивность).

В условиях изнеживающего воспитания (гиперопека) преобладают эгоцентризм и эгоизм, не формируется способность к волевому усилию, труду, самостоятельности.

В психотравмирующих условиях, где преобладают жестокость, либо грубая авторитарность, нередко формируется личность по невротическому типу, при котором

ЗПР будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости.

Задержка психического развития *церебрально-органического генеза* занимает основное место среди вариантов данной аномалии, как в отношении частоты, так и выраженности отклонений эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности.

Причины церебрально-органических форм ЗПР: патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни.

Применительно к патогенезу данного варианта задержки развития за рубежом широко распространен термин «минимальная мозговая дисфункция» (ММД).

В анамнезе часто отмечается замедленное становление статических и локомоторных функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности [6].

Дети с наличием педагогической запущенности по своему психическому развитию отличаются от детей с различными вариантами ЗПР.

Парциальность знаний и представлений у таких детей связана не с недостаточностью нервной системы, а с дефектами воспитания. Поэтому они хорошо ориентируются в знакомых ситуациях, могут проявить гибкость, инициативу, целеустремленность в обстоятельствах, входящих в круг их интересов и знаний.

Задержка психического развития поддается психолого-педаго-

гической коррекции при правильно организованной развивающей среде. Динамика психического развития у таких детей зависит от варианта дефекта, уровня интеллектуального и эмоционально-волевого развития, особенностей умственной работоспособности, своевременной коррекции в соответствии с возрастом ребенка [3].

ЗПР необходимо выявлять не позже 4—5-летнего возраста ребенка, пока не проявились вторичные отклонения.

До сегодняшнего дня диагностику проходят 6—7-летние дети перед поступлением в школу. При таком подходе многие проблемы ребенка не удастся преодолеть, с ними он приходит в школу, а в условиях школьного обучения далеко не всегда есть реальная возможность для преодоления этих проблем.

Период дошкольного детства наиболее благоприятен для осуществления коррекционных мероприятий с целью преодоления ЗПР, проявлений дезадаптации и трудностей обучения на следующем возрастном этапе. При работе с этими детьми учитываются высокая утомляемость и низкая работоспособность, недостаточная сформированность логического запоминания, пространственного восприятия, логического мышления, активной функции внимания и незрелость эмоционально-волевой сферы ребенка.

Педагогическая работа, направленная на обеспечение полноцен-

ного психического развития ребенка, предполагает решение следующих *задач*:

- корректировать недостатки в двигательной сфере;
- развивать общую и мелкую моторику;
- обеспечивать полноценное физическое развитие, оздоровление организма;
- формировать высшие психические функции (внимание, память, мышление);
- мыслительную деятельность во взаимосвязи с развитием речи;
- развивать творческие способности.

Исходя из понимания роли продуктивного взаимодействия взрослого с ребенком и признания значения этого взаимодействия для полноценного и гармоничного роста и развития детей, мы рекомендуем некоторые критерии этих взаимоотношений.

1. Уважение к личности ребенка.
2. Теплота взаимоотношений, подкрепляющаяся тактильным контактом и доверительностью.
3. Поощрение самостоятельности ребенка, стимулирование его инициативы.

4. Поддержка ребенка в той деятельности, с которой он на данном этапе своего развития не справляется.

5. Принятие эмоциональных проявлений ребенка, даже если его эмоции не совсем приятны взрослому. Учитывать положение, что раз уж они возникли у малыша, значит, на то были свои причины.

6. Хвалить ребенка за хорошие достижения в его делах.

7. Принимать ребенка таким, какой он есть. Малыш не может быть плохим, дурным может быть только его поступок.

8. Для формирования у ребенка познавательной активности, организовывать совместную с ним деятельность, с учетом ведущих мотивов и потребностей его возраста. Игровая деятельность — ведущая для ребенка раннего и дошкольного возраста. Посредством игры малыш развивается и социализируется.

9. Проходить обследование у специалистов (невролога, логопеда, психолога) не позднее 4—5 лет.

Литература

1. Битянова М.Р. и др. Работа психолога в начальной школе. М., 1998.
2. Детская патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. 3-е изд., стереотипное. М., 2004.
3. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста. Науч.-метод. пособие. СПб., 2013.
4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.
5. Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. Пособие по практической психологии. М., 1997.
6. Отбор детей во вспомогательную школу. М., 1983.
7. Психология развития и возрастная психология: учебник для бакалавров / Сост. О.В. Хухлаева, Е.В. Зыков, Г.В. Бубнова. М., 2013.

Творческий проект «Умелые пальчики»

Бочкарева Н.П.,

воспитатель МАДОУ д/с № 2 «Золотая рыбка», с. «Энергетик»,
Республика Башкортостан

Цели:

- развивать мелкую моторику пальцев рук для формирования всесторонне интеллектуальной, эстетически развитой личности;
- опираясь на интегрированный подход, содействовать развитию инициативы, выдумки и творчества в атмосфере эстетических переживаний и увлеченности, совместного творчества взрослого и ребенка.

Задачи:

- формировать внимание, усидчивость, целеустремленность, аккуратность, осознанность в действиях, развивать индивидуальность;
- способствовать поиску новых знаний и познанию своих возможностей путем соединения личного опыта с реализацией заданных действий;
- развивать творческие способности;
- воспитывать доброжелательность, отзывчивость, уважение к труду.

Формы работы:

- пальчиковые гимнастика, упражнения;
- непосредственно образовательная деятельность;

- дидактические, настольно-печатные игры;
- проблемные ситуации, беседы;
- коллекционирование;
- детское творчество, пальчиковые игры;
- самостоятельная деятельность в уголке творчества;
- организация выставок;
- индивидуальная работа с детьми;
- рассматривание картинок, чтение потешек, загадок, стихов, рассказов, вопросы к детям;
- выполнение работ.

Подготовительный этап

Подобрана и изучена соответствующая литература по данной проблеме.

Организована выставка детских журналов, принесенных детьми. Из них ребятам читались скороговорки, стихи, рассказы, потешки, загадывались загадки, дети рассматривали картинки.

Сформирован сенсорный уголок. Он стал необходимым условием в группе для ознакомления детей с мелкой моторикой. *Сделана выставка дидактических игр и пособий.*

Подобрано оборудование: пластмассовые и деревянные

Перспективный план

Сроки	Содержание
Сентябрь	Выбор темы проекта и его разработка. Диагностика детей. Анкетирование родителей
Октябрь	Подбор методической литературы и пособий
Ноябрь	Разработка системы работы по развитию мелкой моторики рук у детей
Ноябрь — май	Разработка конспектов занятий по рисованию и их реализация
Ноябрь — декабрь	Разработка проекта совместной деятельности детей и родителей «Умелые пальчики»
Декабрь	Разработка консультации «Организация сенсомоторного уголка» и выступление. Презентация консультации для воспитателей «Дидактические игры по развитию моторики рук» детей среднего возраста
Февраль	Организация сенсомоторного уголка. Конкурс между группами на лучший уголок. Проведение открытого мероприятия «Мои хорошие друзья». Презентация проекта «Умелые пальчики»
Октябрь — март	Изготовление совместно с родителями пособий и игр по развитию мелкой моторики рук в средней группе. Организация выставок продуктивной деятельности (рисование)
Май	Презентация проекта для родителей в средней группе

конструкторы; «пазлы»: «шнуровки»; счетные палочки разного цвета; «мозаика»; наборы кубиков для сбора картинок; тренажеры: «машинка» и «цветок»; «застежка»; бельевые разноцветные прищепки; втулки «домик», «паровозик», «пирамидки»; бусы — «змейка»; «складная матрешка»; мешочки: с горохом, бобами, фасолью.

Разработаны дидактические игры и пособия: «Помоги Незнайке», «Расставь игрушки», «Подбери пару варежек по цвету», «Подбери

платье по цвету», «На каком цветке паучок», «Найди свой цвет», «Подбери одежду для мишки», «Подбери фигуру», «Найди и опиши фигуру», «Спрячь игрушку», «Разрезные открытки — из 4 частей, 6, 8, ...», «Разрезные картинки», «Составь целое».

Диагностический этап

Проведена *диагностика* развития мелкой моторики рук детей средней группы.

Был определен *уровень развития* мелкой моторики рук каж-



дого ребенка в начале обследования. Обращалось внимание на рисование детьми формы предметов, название их цвета, конструктивные действия с конструктором, ручную умелость (застежку, шнуровку). Анализ диагностики показал, что 6 чел. (24%) — с низким уровнем развития, 18 (72%) — со средним и 1 чел. (4%) — с высоким уровнем развития. Выяснилось, что у большинства детей движения пальцев рук развиты недостаточно, поэтому необходима систематическая специально организованная образовательная деятельность, включающая упражнения, задания, игры, направленные на развитие мелкой моторики рук ребенка.

Проведено анкетирование родителей. Выяснилось, что в домашних условиях мамы и папы почти не играют с детьми, а большая часть из них не умеют играть, поэтому выступают в роли наблюдателя. Из числа опрошенных 17 чел. приобретают игрушки для ребенка, мотивируя выбор его желанием, 2 чел. руководствуются внешними свойствами игрушки, 20 чел. — желанием развивать какие-либо способности ребенка. Большая часть родителей стараются приобретать игрушки соответственно возрасту ребенка, но редко кто из взрослых обращает внимание на качество и безопасность приобретаемого товара. Нужно было от-



крыть для ребенка мир игры и заинтересовать его им.

Практический этап

Методы и приемы обучения:

- наглядный (показ педагога, пример, помощь);
- словесный (объяснение, описание, поощрение, убеждение, использование скороговорок, поговорок);
- практический (самостоятельное и совместное выполнение работы).

Принципы педагогического процесса:

- от простого к сложному;
- систематичность работ;
- индивидуальный подход;
- наглядность;
- последовательность.

Направления работы с детьми:

- мониторинг;
- пальчиковые упражнения;
- пальчиковая гимнастика;
- пальчиковые игры;
- игры на развитие мелкой моторики рук («Мозаика», «Шнуровка», различные конструкторы и т.д.);
- продуктивная деятельность (рисование).

Направления работы с родителями:

- индивидуальные консультации, анкетирование;
- изготовление папки-передвижки «Жизнь детей в детском саду»;
- беседа о привлечении родителей к изготовлению пособий для игр по развитию мелкой моторики рук;

- конкурсы: «Осенние поделки», «Любимая игрушка ребенка», «Папины, мамыны и мои ручонки»;
- оформление стендов: «Как мы провели лето», «Как мы провели зимние каникулы»;
- родительское собрание на тему: «Реализация проекта “Умелые пальчики”».

Работа со специалистами: логопедом, инструктором по физкультуре и музыкальным руководителем.

Итоговые мероприятия

1. Консультация для воспитателей «Организация сенсомоторного уголка».
 2. Презентация детских игр сотрудникам «Умелые пальчики, или Как развивать мелкую моторику у дошкольников».
 3. Открытое мероприятие «Мои хорошие друзья».
 4. Выставки детских работ.
 5. Изготовление альбома «Творчество детей группы № 5».
 6. Оформлен практический материал дидактических игр для развития мелкой моторики рук детей средней группы.
 7. Сделаны фотографии конкурсов: «Осенние поделки», «Папины, мамыны и мои ручонки», «Моя любимая игрушка».
 8. Проведена презентация проекта «Умелые пальчики» для педагогов.
- Приложения: «Мониторинг развития мелкой моторики рук для детей среднего возраста», ан-

кетирование родителей, консультация «Организация сенсомоторного уголка в группах детского сада», презентация детских игр сотрудникам «Умелые пальчики, или Как развивать мелкую моторику рук у дошкольников», картотека игр для детей младшего и среднего возраста, «Пальчиковая гимнастика», фото конкурса «Осенние поделки», фото конкурса «Папины, мамыны и мои ручонки», альбом «Творчество детей группы».

Результаты проекта

1. Пальчиковые игры были использованы в течение дня. Дети научились играть в дидактические игры: «Мозаика», «Пазлы», «Шнуровки», «Играем с палочками», играем с втулками — «Паровозик», умеют собирать бусы, изготавливать «змейку» из пробок.

2. В результате проведенного открытого мероприятия «Мои хорошие друзья» у детей проявился интерес к информации, которую они получили в процессе общения. Дети стали активнее. Эмоционально откликнулись на поставленную проблему Кота Матроскина. Значит, у детей сформировалось интегративное качество «эмоционально отзывчивые». Ребята играли дружно:

- создавали постройки из палочек;
- постройки из деревянного и пластмассового конструктора;
- собирали картинки из кубиков и пазлов;



- занимались шнуровкой;
- застегивали пуговицы.

Дети соблюдали правила игры и общий замысел всего занятия. Они проявляли инициативу и самостоятельность. Играя в дидактические игры, старались помочь Коту Матроскину решить проблемную задачу.

3. По наблюдениям наибольший интерес у дошкольников представляют пальчиковые игры, развивающие чувство ритма, воображение, фантазию. Они учат детей вслушиваться в слово, «играть» с ним. Следовательно, тренируются речевые возможности. В ходе пальчиковых игр дети выучивают названия пальцев. Видят, что делают пальцы.

Дети учатся начинать и заканчивать игру. Ребенок не только знакомится с игрой, но и на собственном опыте познает мир.

4. Создание детьми построек создавало огромное наслаждение. Они играли и стремились добиться положительного результата.

5. Тесное сотрудничество со специалистами МАДОУ (логопедом И.В. Фарраховой, музыкальным руководителем Р.Р. Самматовой, инструктором по физкультуре И.Р. Халфиевой) по развитию мелкой моторики пальцев рук улучшило качество результатов работы. Логопед по утрам обучала детей. Проводила упражнения и давала задания по развитию

мелкой моторики, которые затем выполнялись самостоятельно.

Большое развивающее значение имела образовательная деятельность ритмикой. Овладевая хорошим чувством ритма, дети быстро обучались двигательными навыками. Развивая чувство ритма, мы улучшали координацию движений, точность, скорость двигательной реакции пальцев.

Во время проведения образовательной деятельности по физкультуре использовались игры, в которых дети играли с мячами: с маленькими легкими и большими тяжелыми. Детские руки ощущали тактильное прикосновение и сжимали мяч. Инструктор по физкультуре проговаривала стихотворные тексты. Разученные пальчиковые упражнения включались в различные виды деятельности. Ребят завораживало задание и радовал результат работы.

6. Из практической работы выяснили, что проведение дидактических игр, ежедневное повторение различных видов деятельности приводит к систематизации навыков у дошкольников.

7. Родители активно сотрудничали с детским садом, включались в различные формы совместной работы, благодаря этому были созданы для детей новые дидактические игры.

Анализ проведенной работы

В процессе использования развивающих заданий у детей сред-

ней группы по развитию мелкой моторики рук на конечном этапе изменились показатели. Низкий уровень развития имели 2 чел. (8%), средний уровень 19 (76%), увеличился высокий уровень — 4 чел. (16%).

Важно то, что изобразительная деятельность ребят в рисунке способствует:

- умственному развитию (речь, память, умение анализировать);
- развитию внимания (повышается его устойчивость, формируется произвольное внимание);
- сенсорики (согласованность в работе глаз и руки, гибкости, точности в выполнении действий, формирование навыков и умений);
- любознательности и творческому поиску;
- эмоциональному развитию (радость, восторг, сочувствие и другие положительные эмоции помогают воспитывать любовь к людям, природе, труду, искусству, а также стать жизнерадостным, успешным человеком);
- становлению личности ребенка, воспитанию характера (самостоятельности, целеустремленности, настойчивости, умению доводить начатое дело до конца).

Хочется отметить отзывчивых родителей, которые участвовали в реализации проекта: Голубенковых, Гимаевых, Меньшениных, Шакировых, Леоновых, Птахиных, Саттаровых, Минилбаевых, Хасбиевых,

Абдуллиных. Поблагодарить коллег: И.В. Фаррахову, И.Р. Халфиеву, Р.Р. Самматову, В.Н. Афанасьеву.

Результаты проекта

Достигнута цель проекта: отмечается увеличение уровня развития мелкой моторики рук.

Выполнены поставленные задачи:

- улучшились такие свойства личности, как внимание, усидчивость, аккуратность, целеустремленность, осознанность в действиях, индивидуальность;
- дети получили новые знания и познания своих возможностей путем соединения личного опыта с реализацией заданных действий;
- стали доброжелательнее, отзывчивее и самостоятельнее.

Выявлена необходимость продолжения работы по данному проекту с детьми.

Мои хорошие друзья

Интегративные цели:

- формировать умение работать вместе, дружно; проводить начатое дело до конца, согласовывать свои действия с работой товарищей;
- развивать аккуратность в работе, усидчивость, мелкую моторику рук;
- закрепить умение что-то сделать для Кота Матроскина;
- воспитывать доброжелательность, отзывчивость, уважение к труду, стремление научить-

ся создавать что-то задуманное, радующее окружающих.

Формы работы:

- беседа о мультфильме «Простоквашино»;
- рассматривание изображений Кота Матроскина и Пса Шарика;
- упражнения с палочками: «Домик», «Елочка», «Стол», «Флажок», «Солнышко», «Кораблик», «Телевизор», «Стул», «Снежинка»;
- проведение игр «Собери открытку», «Собери целый предмет», «Собери картинку из кубиков и пазлов», «Шнуровки», «Застежки», «Пирамидки», деревянный конструктор, «Вкладыши», «Разрезные картинки», «Собери матрешку».

Оборудование: счетные палочки, дидактические игры «Собери кубики», «Пазлы», «Шнуровки», «Застежки» и магнитофон с диском исцеляющей музыки Ю. Рыжова.

* * *

Дети находятся в групповой комнате, вместе с воспитателем играют в игру «Зеркало».

Воспитатель

Ровным кругом друг за другом,
Эй, ребята, не зевать!

Что Галина нам покажет —
Будем дружно выполнять!

Раздается стук в дверь.

Ребята, кажется, кто-то стучит?
Как вы думаете, кто это может быть?

Дети отвечают. Воспитатель предлагает кому-то из детей открыть дверь.

Кто же это к нам пришел?

Кот Матроскин. Это я, Кот Матроскин. Мяу, здравствуйте! Я приехал к вам из деревни Простоквашино за помощью. Скоро у моего друга дяди Федора день рождения. И мы с Шариком хотели бы подарить ему в подарок новую игру. Помогите нам, пожалуйста, подобрать игру!

Воспитатель. Ну что, ребята, поможем?

Дети. Да!

Воспитатель. Проходи, Кот Матроскин, садись и отдохни. Мы с ребятами как раз собирались играть. Вот сейчас и покажем, какие у нас есть игры и как в них надо играть. Вот только пальцы приготовим.

Физкультминутка

Дружат в нашей группе

Дети сжимают руки «в замок».

Девочки и мальчики.

Показывают то одну, то другую руку.

Крепко мы подружим маленькие пальчики.

Соединяют пальцы обеих рук.

Раз, два, три, четыре, пять —

Сжимают в кулак по одному пальцу.

Вот и кончили играть.

Воспитатель. А теперь все садитесь за столы и покажите

Коту Матроскину, какие у вас есть игры и как вы будете играть.

Предлагаются самостоятельные игры детей. Воспитатель и Кот Матроскин наблюдают, оказывая индивидуальную помощь детям. Включается музыка.

Поиграли, ребята? Давайте встанем в круг.

Собрались все дети в круг.

Я твой друг и ты мой друг.

Крепко за руки возьмемся

И друг другу улыбнемся.

Я улыбнулась вам, а вы улыбнитесь друг другу, чтобы у нас с вами было хорошее настроение.

А теперь сделаем «змейку» и с собой возьмем Кота Матроскина. Пойдемте посмотрим и узнаем, что ему понравилось.

Кот Матроскин любит и восторгается играми детей.

Кот Матроскин. Пожалуй, я выберу игру «Паровозик», вы подарите ее мне?

Дети. Да!

Кот Матроскин. Спасибо, мои хорошие друзья, за то, что помогли подобрать игру для моего друга дяди Федора. Мне понравились все ваши игры. Ваши руки могут все: и кубики складывать, и с мозаикой играть, и застегивать пуговицы. Значит, они умелые.

Раз, два, три — посмотрите, Что у меня в ведре внутри.

Детям раздается угощение и Кот Матроскин прощается.

Указ Президента РФ от 01.06. 2012 № 761

«О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы»

В целях формирования государственной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации, руководствуясь Конвенцией о правах ребенка, постановляю:

1. Утвердить прилагаемую Национальную стратегию действий в интересах детей на 2012–2017 годы.

2. Руководителю Администрации Президента Российской Федерации в 2-месячный срок представить на утверждение проект положения о Координационном совете при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы и предложения по его составу.

3. Правительству Российской Федерации:

а) в 3-месячный срок утвердить план первоочередных мероприятий до 2014 года по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы;

б) предусматривать при формировании проекта федерального бюджета на очередной финансовый год и на плановый период бюджетные ассигнования на реализацию Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы.

4. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить региональные стратегии (программы) действий в интересах детей.

5. Настоящий Указ вступает в силу со дня его подписания.

Президент Российской Федерации

В. Путин

АКТУАЛЬНО



Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы

(Извлечения*)

IV. Здоровоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни

1. Краткий анализ ситуации

На начало 2011 года в 37 субъектах Российской Федерации показатели младенческой смертности были выше, чем в среднем по Российской Федерации, только в 22 регионах работали перинатальные центры. В ряде субъектов Российской Федерации недостаточно финансово обеспечены региональные целевые программы в области охраны и укрепления здоровья детей; ненадлежащим образом организуется медико-социальная помощь для беременных и кормящих матерей, проведение диспансеризации и иммунизации детей; бесплатные медицинские услуги, гарантированные государством, неправомерно подменяются платными медицинскими услугами; не налажено должным образом обеспечение лекарствами и питанием в учреждениях здравоохранения; не соблюдаются права обучающихся в образовательных учреждениях на охрану и укрепление здоровья.

Подростки в возрасте от 10 до 18 лет нередко оказываются вне достаточного внимания со стороны государства. Трудности, с кото-

рыми они сталкиваются в этот сложный возрастной период, подчас приводят к самым трагическим последствиям. По распространенности суицидов среди подростков Россия занимает одно из ведущих мест в мире, уровень смертности детей значительно выше, чем в других европейских странах. Особого внимания требуют проблемы подросткового алкоголизма, включая «пивной алкоголизм», наркомании и токсикомании, немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ детьми, особенно школьного возраста.

2. Основные задачи

Создание условий для здорового развития каждого ребенка с рождения, обеспечение доступа всех категорий детей к качественным услугам и стандартам системы здравоохранения, средствам лечения болезней и восстановления здоровья.

Развитие подростковой медицины, клиник, дружественных к детям и молодежи, стимулирование потребности в здоровом образе жизни.

* Полный текст документа см. на сайте издательства «ТЦ Сфера» www.tc-sfera.ru.

Обеспечение надлежащих комплексных услуг и стандартов в сфере здравоохранения для детей с особыми потребностями.

Формирование современной модели организации отдыха и оздоровления детей на принципах государственно-частного партнерства.

Формирование потребности у детей и подростков в здоровом питании и совершенствование системы обеспечения качественным питанием детей в образовательных учреждениях, лечебных и лечебно-профилактических, санаторно-курортных и реабилитационных учреждениях.

3. Меры по созданию дружественного к ребенку здравоохранения

Совершенствование нормативно-правового обеспечения в области охраны здоровья детей, медицинской помощи женщинам и детям.

Внедрение эффективных организационных и медицинских технологий на основе современных порядков и стандартов оказания медицинской помощи детям.

Создание службы сопровождения и поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, для предотвращения отказов от ребенка.

Обеспечение юридического и психологического сопровождения рожениц в женских консультациях и родильных домах.

Завершение создания современных перинатальных центров во всех субъектах Российской Федерации.

Осуществление комплекса мер, направленных на снижение младенческой и детской смертности.

Совершенствование системы наблюдения за детьми первого года жизни в амбулаторно-поликлинических учреждениях в целях выявления детей, подверженных риску задержки двигательного, речевого и когнитивного развития, и своевременного оказания им медицинской помощи.

Обеспечение возможности экстренной транспортировки больных детей из труднодоступных районов и организация доступа врачей в такие районы для профилактической работы с детьми.

Обеспечение родильных домов и перинатальных центров необходимыми реактивами и реагентами для проведения скрининг-диагностики.

Обеспечение повсеместного проведения обследования детей на наличие наследственных заболеваний, включая генетическое обследование детей, находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с предоставлением соответствующей информации кандидатам в опекуны и усыновители.

Развитие технологий комплексной диагностики и ранней медико-социальной помощи детям с отклонениями в развитии и здоровье, а также оказание необходимой помощи их семьям.

Осуществление необходимых организационных мер по обеспечению нахождения родителей (законных представителей) ря-

дом с ребенком, получающим медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения.

Обеспечение полного цикла производства на территории Российской Федерации стратегически необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения детей и подростков.

Изучение потребностей детей в получении всех видов высокотехнологичной медицинской помощи и лечения, обеспечение их предоставления нуждающимся в них детям, сокращение времени ожидания такой помощи и лечения.

Создание федерального регистра детей с редкими заболеваниями и организация адресного финансирования лечения таких детей за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета согласно этому регистру; ускорение решения вопроса об обеспечении детей с орфанными заболеваниями специальным лечением, питанием и реабилитационным оборудованием. [...]

Распространение ежегодной обязательной диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в организациях, на детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся на семейном воспитании.

Развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медико-социальной помощи подросткам.

Проведение просветительской работы по предупреждению ранней беременности и абортов у несовершеннолетних.

Создание кризисных центров по типу «маленькая мама» для оказания помощи несовершеннолетним беременным и матерям с детьми.

Поддержка успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи.

Восстановление медицинских кабинетов в общеобразовательных учреждениях.

Повышение ответственности медицинского персонала медицинских учреждений за некачественное оказание медицинской помощи детям.

Рассмотрение вопроса о возможности использования средств материнского капитала на оплату дорогостоящего лечения ребенка, включая проведение дорогостоящих операций как в России, так и за рубежом.

Создание механизмов финансовой поддержки, в том числе Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, негосударственных фондов и организаций, активно занимающихся финансовой поддержкой лечения детей.

4. Меры по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков

Обеспечение реализации комплекса мероприятий социальной рекламы, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику суицидаль-

ного поведения среди несовершеннолетних, информирование о деятельности служб поддержки и экстренной психологической и социально-правовой помощи, в том числе через сеть «Интернет», телефоны службы анонимного консультирования.

Привлечение институтов гражданского общества, развитие волонтерского движения в целях решения проблем, связанных с формированием у детей и подростков потребности в здоровом образе жизни и получением поддержки и помощи в ситуациях, связанных с риском причинения вреда здоровью.

Распространение здоровьесберегающих технологий обучения, технологий «школа здоровья» на все образовательные учреждения, включая организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Обеспечение доступности занятий физической культурой, туризмом и спортом для всех категорий детей в соответствии с их потребностями и возможностями с ориентацией на формирование ценностей здорового образа жизни.

Внедрение инновационных оздоровительных и физкультурно-спортивных технологий в работу образовательных учреждений и организаций.

Повышение эффективности проведения мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов

В и С, туберкулеза, и совершенствование системы противодействия распространению этих заболеваний среди целевых групп школьников, молодежи и наиболее уязвимых групп населения.

Активизация деятельности центров здоровья для детей в сфере проведения обследования детей, обучения их гигиеническим навыкам и мотивирования к отказу от вредных привычек.

Реализация программ гигиенического воспитания в целях предоставления детям возможности осуществлять информированный выбор в вопросах здорового образа жизни.

Проведение мониторинга по стандартной оценке качества жизни ребенка, включая эмоциональный, коммуникативный и психосоматический компоненты.

Внедрение регулярного государственного мониторинга основных поведенческих рисков, опасных для здоровья детей и подростков.

Разработка системы мер по предотвращению подросткового суицида, включая подготовку психологов в системе здравоохранения для работы с детьми и подростками с суицидальными наклонностями, а также организацию проведения психологическими службами образовательных учреждений профилактической работы с детьми, родителями, социальным окружением ребенка.

Разработка программы противодействия пропаганде молодежных суицидов в интернет-среде.

Ограничение (вплоть до полного запрета) скрытой рекламы табака, алкогольной продукции, привлекающей внимание детей и подростков.

Внедрение новых видов отдыха и досуга для подростков, исключающих традиции курения, употребления алкогольной продукции.

Обеспечение культурного, здорового досуга детей и подростков, проживающих в малых городах и сельской местности, в том числе в рамках реализации государственных целевых программ.

Активизация работы по исполнению соответствующих ведомственных нормативных правовых актов о психологическом тестировании обучающихся в образовательных учреждениях на предмет потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ.

Внесение в федеральное законодательство изменений, касающихся раннего выявления лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ, среди обучающихся в образовательных учреждениях общего и профессионального образования, а также оказания наркологической помощи несовершеннолетним, больным наркоманией, в возрасте от 16 до 18 лет без их согласия по просьбе или с согласия их родителей (законных представителей).

5. Меры по формированию современной модели организации отдыха и оздоровления детей, основанной на принципах государственно-частного партнерства

Создание на федеральном уровне системы координации деятельности соответствующих государственных органов и организаций.

Разработка системы мер по поддержке и развитию инфраструктуры отдыха и оздоровления детей, в том числе по нормативному финансированию программ в данной сфере.

Разработка схемы взаимодействия санаторно-курортных учреждений с реабилитационными центрами для предоставления более качественных услуг детям-инвалидам и детям с хроническими заболеваниями по путевкам «мать и дитя».

Расширение сети санаторно-курортных учреждений для совместного пребывания детей с родителями (законными представителями).

6. Меры по формированию культуры здорового питания детей и подростков, обеспечению качества и режима питания как залога здоровья ребенка

Организация просветительской работы с использованием специальных обучающих программ, средств массовой коммуникации, включая интернет-технологии, социальную рекламу, по формированию культуры здорового питания.

Осуществление мер по совершенствованию системы обеспечения качественным горячим питанием воспитанников дошкольных учреждений и обучающихся в общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального профессионального образования.

Обеспечение регулярных проверок качества питания в образовательных, лечебных и лечебно-профилактических, санаторно-курортных и реабилитационных учреждениях.

Организация особого контроля за обеспечением качественным питанием больных детей, страдающих социально значимыми заболеваниями.

7. Ожидаемые результаты

Снижение показателей младенческой и детской смертности.

Снижение случаев ранней беременности и аборт у несовершеннолетних девушек.

Доступность и своевременность для всех категорий детей качественных профилактических и медицинских услуг, средств лечения болезней и восстановления здоровья.

Получение комплексных медицинских услуг детьми с особыми потребностями, детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, детьми, проживающими в труднодоступных местностях.

Гарантированное обеспечение детской медицины всеми необходимыми лекарствами и медицинским оборудованием.

Увеличение числа образовательных учреждений, внедривших

здоровьесберегающие технологии обучения, технологии «школа здоровья», являющихся территориями, свободными от табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков.

Сокращение числа детей и подростков, употребляющих табачную и алкогольную продукцию, наркотики, психотропные и другие токсические вещества.

Сокращение числа детей и подростков с ВИЧ-инфекциями, вирусными гепатитами В и С, туберкулезом, в том числе получивших их в медицинских учреждениях.

Наличие доступной развитой сети учреждений, включая телефоны доверия, консультирование в режиме «онлайн», оказывающих помощь детям и подросткам, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

Сокращение числа подростковых суицидов.

Доступность физкультурно-спортивной, туристической инфраструктуры для всех категорий детей с учетом их индивидуальных потребностей.

Увеличение доли детей и подростков, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

Доступность отдыха и оздоровления для всех категорий детей с учетом их индивидуальных потребностей.

Обеспечение детей качественным и здоровым питанием как в семье, так и в образовательных, медицинских и оздоровительных учреждениях.

**Приказ Минздравсоцразвития России
от 16. 04. 2012 № 366н**

«Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724) приказываю:

Утвердить Порядок оказания педиатрической помощи согласно приложению.

Министр Т.А. Голикова

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения
и социального
развития Российской
Федерации от 16 апреля
2012 г. № 366н

Порядок оказания педиатрической помощи

(Извлечения)

1. Настоящий порядок устанавливает правила оказания педиатрической помощи медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы.

2. Медицинская педиатрическая помощь оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи;

скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

3. Медицинская педиатрическая помощь может оказываться в следующих условиях:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Первичная медико-санитарная помощь включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению детского населения.

5. Первичная медико-санитарная помощь включает:

первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

первичную врачебную медико-санитарную помощь;

первичную специализированную медико-санитарную помощь.

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

6. Первичная медико-санитарная помощь детскому населению при детских болезнях в амбулаторных условиях оказывается врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, соответствующим средним медицинским персоналом.

7. При наличии медицинских показаний врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), медицинский персонал образовательных учреждений направляют детей на консультации к врачам-специалистам медицинских организаций по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009 г. № 210н (зарегистрирован Минюстом России 5 июня 2009 г., регистрационный № 14032), с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 9 февраля 2011 г.

№ 94н (зарегистрирован Минюстом России 16 марта 2011 г., регистрационный № 20144).

8. В целях оказания детям первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни ребенка и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

9. В рамках скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи медицинская педиатрическая помощь при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, оказывается детям фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 23 ноября 2004 г., регистрационный № 6136) с изменениями, внесенными приказами Минздравсоцразвития России от 2 августа 2010 г. № 586н (зарегистрирован Минюстом России 30 августа 2010 г., регистрационный № 18289) и от 15 марта 2011 г. № 202н (зарегистрирован Минюс-

том России 4 апреля 2011 г., регистрационный № 20390).

10. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

11. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной формах вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

12. Бригада скорой медицинской помощи доставляет детей с детскими болезнями, осложнившимися угрожающими жизни состояниями, в медицинские организации, имеющие в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей.

13. При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний ребенок переводится в педиатрическое отделение (койки), а при его отсутствии — в терапевтическое отделение медицинской организации для оказания ребенку медицинской помощи.

14. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям оказывается врачами-педиатрами и врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих исполь-

зования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию, оказывается в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

15. Плановая педиатрическая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни ребенка, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния ребенка, угрозу его жизни и здоровью.

16. Дети с детскими болезнями по медицинским показаниям направляются на восстановительное лечение в соответствии с Порядком организации медицинской помощи по восстановительной медицине, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 9 марта 2007 г. № 156 (зарегистрирован Минюстом России 30 марта 2007 г., регистрационный № 9195).

17. Медицинские организации, оказывающие педиатрическую помощь, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями № 1—12 к настоящему Порядку.

18. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием педиатрической помощи, может повлечь возникновение болевых ощущений у ребенка, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Приложение № 5
к Порядку оказания педиатрической помощи,
утвержденному приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 16 апреля 2012 г. № 366н

**Рекомендуемые штатные нормативы медицинского
и иного персонала детской поликлиники (отделения)**

№ п/п	Наименование должности	Количество штатных единиц на 10 000 прикрепленного детского населения
1	2	3
1	Главный врач	1
2	Заведующий отделением	1
3	Врач-педиатр участковый	12,5
4	Медицинская сестра врача-педиатра участкового	12,5
5	Врач-детский хирург	1
6	Медицинская сестра врача-детского хирурга	1
7	Врач-травматолог-ортопед	1,5
8	Медицинская сестра врача- травматолога-ортопеда	1,5
9	Врач-детский уролог-андролог	1
10	Медицинская сестра врача-детского уролога-андролога	1
11	Врач-акушер-гинеколог	1,25
12	Медицинская сестра врача-акушера- гинеколога	1,25
13	Врач-оториноларинголог	1,25
14	Медицинская сестра врача-оторинола- ринголога	1,25
15	Врач-офтальмолог	1
16	Врач-офтальмолог кабинета охраны зрения	0,5
17	Медицинская сестра врача-офтальмо- лога	1
18	Медицинская сестра врача-офтальмо- лога кабинета охраны зрения	1

Продолжение

1	2	3
19	Врач-невролог	1,5
20	Медицинская сестра врача-невролога	1,5
21	Врач-детский кардиолог	0,5
22	Медицинская сестра врача-детского кардиолога	0,5
23	Врач-детский эндокринолог	0,5
24	Медицинская сестра врача-детского эндокринолога	0,5
25	Врач-детский онколог	0,1
26	Медицинская сестра врача-детского онколога	0,1
27	Врач-аллерголог-иммунолог	0,5
28	Медицинская сестра врача-аллерголога-иммунолога	0,5
29	Врач-лаборант для разведения аллергенов	0,2
30	Медицинская сестра кабинета аллергодиагностики	0,5
31	Медицинская сестра ингаляционного кабинета	1
32	Врач-нефролог	0,2
33	Медицинская сестра врача-нефролога	0,2
34	Врач-гастроэнтеролог	0,3
35	Медицинская сестра врача-гастроэнтеролога	0,3
36	Врач-ревматолог	0,1
37	Медицинская сестра врача-ревматолога	0,1
38	Врач-инфекционист	0,5
39	Медицинская сестра врача-инфекциониста	0,5
40	Врач-рентгенолог	2
41	Рентгенолаборант	2
42	Медицинская сестра кабинета лучевой диагностики	2
43	Врач функциональной диагностики	2

Продолжение

1	2	3
44	Медицинская сестра кабинета функциональной диагностики	2
45	Врач-педиатр кабинета здорового ребенка	2
46	Медицинская сестра кабинета здорового ребенка	2
47	Врач-лаборант	2
48	Лаборант	2
49	Врач-педиатр отделения неотложной медицинской помощи	2
50	Медицинская сестра врача-педиатра отделения неотложной медицинской помощи	2
51	Врач отделения восстановительной медицины	2
52	Медицинская сестра отделения восстановительной медицины	2
53	Врач-физиотерапевт	2
54	Медицинская сестра врача-физиотерапевта	10
55	Врач лечебной физкультуры	2
56	Инструктор лечебной физкультуры	2
57	Медицинская сестра по массажу	6
58	Врач-педиатр отделения медико-социальной помощи	2
59	Медицинская сестра отделения медико-социальной помощи	2
60	Юрисконсульт	1
61	Социальный работник	1
62	Медицинский психолог	В зависимости от объема работы
63	Логопед	В зависимости от объема работы
64	Санитарка	По количеству штатных единиц медицинских сестер
65	Врач-педиатр дневного стационара	2 на 15 коек (для обеспечения работы в две смены)

Окончание

1	2	3
66	Медицинская сестра палатная дневного стационара	2 на 15 коек
67	Младшая медицинская сестра по уходу за больными дневного стационара	2 на 15 коек
68	Санитарка дневного стационара	2 на 15 коек
69	Врач-педиатр отделения организации медицинской помощи детям в образовательных организациях	1 на: 180—200 детей в детских яслях (ясельных группах детских яслей-садов); 400 детей детских садов (соответствующих групп в детских яслях-садах); 1000 обучающихся в образовательных организациях
70	Медицинская сестра отделения организации медицинской помощи детям в образовательных организациях	1 на: 500 обучающихся в образовательных организациях; 100 детей в детских яслях (ясельных группах яслей-садов); 100 детей детских садов; 50 детей санаторных детских садов; 300 учащихся вспомогательных школ для умственно отсталых детей
71	Врач по гигиене детей и подростков	1 на 2500 обучающихся образовательных организаций

Примечания:

1. Рекомендуемые штатные нормативы медицинского и иного персонала детской поликлиники не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

2. Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций ко-

личество медицинского персонала детской поликлиники устанавливается исходя из меньшей численности детского населения.

3. В образовательных организациях с численностью обучающихся менее 500 человек (но не менее 100) предусматривается 1 штатная единица медицинской сестры или фельдшера.

4. Должности врача-стоматолога детского и среднего медицинского персонала устанавливаются в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2009 г. № 946н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями» (зарегистрирован Минюстом России 10 февраля 2010 г., регистрационный № 16348).

5. Для организаций и территорий, подлежащих обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством, согласно рас-

поряжению Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156-р «Об утверждении перечней организаций и территорий, подлежащих обслуживанию ФМБА России» (Собрание законодательства Российской Федерации 2006, № 35, ст. 3774; № 49, ст. 5267; № 52, ст. 5614; 2008, № 11, ст. 1060; 2009, № 14, ст. 1727; 2010, № 3, ст. 336; № 18, ст. 2271) количество штатных единиц врачей-специалистов устанавливается вне зависимости от численности прикрепленного детского населения.

Федеральный закон от 23. 02. 2013 № 15-ФЗ

«Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

(Извлечения*)

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон в соответствии с Рамочной конвенцией Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачно-

го дыма и последствий потребления табака.

Статья 9. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

1. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и послед-

* Полный текст документа см. на сайте журнала «Медработник ДОУ» www.mrdou.ru.

ствий потребления табака гражданам имеют право на:

1) благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) медицинскую помощь, направленную на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости;

3) получение в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, у индивидуальных предпринимателей, юридических лиц информации о мероприятиях, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;

4) осуществление общественного контроля за реализацией мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;

5) внесение в органы государственной власти, органы местного самоуправления предложений об обеспечении охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

6) возмещение вреда, причиненного их жизни или здоровью, имуществу вследствие нарушения другими гражданами, в том числе индивидуальными предприни-

мателями, и (или) юридическими лицами законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

2. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака гражданам обязаны:

1) соблюдать нормы законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) заботиться о формировании у детей отрицательного отношения к потреблению табака, а также о недопустимости их вовлечения в процесс потребления табака;

3) не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану их здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Статья 12. Запрет курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах

1. Для предотвращения воздействия окружающего табачного дыма на здоровье человека запрещается курение табака (за исключением случаев, установленных частью 2 настоящей статьи):

1) на территориях и в помещениях, предназначенных для

оказания образовательных услуг, услуг учреждениями культуры и учреждениями органов по делам молодежи, услуг в области физической культуры и спорта;

2) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг;

3) в поездах дальнего следования, на судах, находящихся в дальнем плавании, при оказании услуг по перевозкам пассажиров;

4) на воздушных судах, на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения (в том числе на судах при перевозках пассажиров по внутригородским и пригородным маршрутам), в местах на открытом воздухе на расстоянии менее чем пятнадцать метров от входов в помещения железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, станций метрополитенов, а также на станциях метрополитенов, в помещениях железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, предназначенных для оказания услуг по перевозкам пассажиров;

5) в помещениях, предназначенных для предоставления жилищных услуг, гостиничных услуг, услуг по временному размещению и (или) обеспечению временного проживания;

6) в помещениях, предназначенных для предоставления бытовых услуг, услуг торговли, общественного питания, помещениях рынков, в нестационарных торговых объектах;

7) в помещениях социальных служб;

8) в помещениях, занятых органами государственной власти, органами местного самоуправления;

9) на рабочих местах и в рабочих зонах, организованных в помещениях;

10) в лифтах и помещениях общего пользования многоквартирных домов;

11) на детских площадках и в границах территорий, занятых пляжами;

12) на пассажирских платформах, используемых исключительно для посадки в поезда, высадки из поездов пассажиров при их перевозках в пригородном сообщении;

13) на автозаправочных станциях.

2. На основании решения собственника имущества или иного лица, уполномоченного на то собственником имущества, допускается курение табака:

1) в специально выделенных местах на открытом воздухе или в изолированных помещениях, которые оборудованы системами вентиляции и организованы на судах, находящихся в дальнем плавании, при оказании услуг по перевозкам пассажиров;

2) в специально выделенных местах на открытом воздухе или в изолированных помещениях общего пользования многоквартирных домов, которые оборудованы системами вентиляции.

3. Требования к выделению и оснащению специальных мест на открытом воздухе для курения табака, к выделению и оборудованию изолированных помещений для курения табака устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере строительства, архитектуры, градостроительства и жилищно-коммунального хозяйства, совместно с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и должны обеспечивать соблюдение установленных в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе веществ, выделяемых в процессе потребления табачных изделий.

4. Для лиц, находящихся в следственных изоляторах, иных местах принудительного содержания или отбывающих наказание в исправительных учреждениях, обеспечивается защита от воздей-

ствия окружающего табачного дыма в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

5. Для обозначения территорий, зданий и объектов, где курение табака запрещено, соответственно размещается знак о запрете курения, требования к которому и к порядку размещения которого устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

6. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе устанавливать дополнительные ограничения курения табака в отдельных общественных местах и в помещениях.

Статья 15. Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма

1. В целях сокращения спроса на табак и табачные изделия, профилактики заболеваний, связанных с потреблением табака, формирования ответственного отношения к здоровью и отри-

цательного отношения к потреблению табака осуществляются просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма, которые включают в себя предоставление информации:

1) о преимуществах прекращения потребления табака;

2) об отрицательных медицинских, демографических и социально-экономических последствиях потребления табака;

3) о табачной промышленности.

2. Просвещение населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется в семье, в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях, в медицинских организациях, а также работодателями на рабочих местах.

3. Основные направления и цели просвещения населения определяются в рамках информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением табака, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

4. Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воз-

действии окружающего табачного дыма осуществляются, в частности, посредством использования информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также «горячих линий», способствующих прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости, созданных и функционирующих в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

5. Органами государственной власти субъектов Российской Федерации может предусматриваться создание «горячих линий» или использование информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» для обращений граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц по вопросам нарушения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

6. Информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется органами государственной власти и органами местного самоуправления, в том числе посредством проведения информационных кампаний в средствах массовой информации.

7. Материалы, подготовленные органами государственной власти субъектов Российской Федерации для информирования населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, подлежат согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, в установленном им порядке.

Статья 19. Ограничения торговли табачной продукцией и табачными изделиями

7. Запрещается розничная торговля табачной продукцией в следующих местах:

1) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания образовательных услуг, услуг учреждениями культуры, учреждениями органов по делам молодежи, услуг в области физической культуры и спорта, медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг, на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения (в том числе на судах при перевозках пассажиров по внутригородским и пригородным маршрутам), в помещениях, занятых органами государственной власти, органами местного самоуправления;

2) на расстоянии менее чем сто метров по прямой линии без учета искусственных и естественных преград от ближайшей точки, граничащей с территорией, предназначенной для оказания образовательных услуг;

3) на территориях и в помещениях (за исключением магазинов беспошлинной торговли) железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, на станциях метрополитенов, предназначенных для оказания услуг по перевозкам пассажиров, в помещениях, предназначенных для предоставления жилищных услуг, гостиничных услуг, услуг по временному размещению и (или) обеспечению временного проживания, бытовых услуг.

Статья 20. Запрет продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, потребления табака несовершеннолетними, а также вовлечения детей в процесс потребления табака

1. Запрещаются продажа табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, вовлечение детей в процесс потребления табака путем покупки для них либо передачи им табачных изделий или табачной продукции, предложения, требования употребить табачные изделия или табачную продукцию любым способом.

2. В случае возникновения у лица, непосредственно осущес-

ствяющего отпуск табачной продукции (продавца), сомнения в достижении лицом, приобретающим табачную продукцию (покупателем), совершеннолетия продавец обязан потребовать у покупателя документ, удостоверяющий его личность (в том числе документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации) и позволяющий установить возраст покупателя. Перечень соответствующих документов устанавливается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

3. Продавец обязан отказать покупателю в продаже табачной продукции, если в отношении покупателя имеются сомнения в достижении им совершеннолетия, а документ, удостоверяющий личность покупателя и позволя-

ющий установить его возраст, не представлен.

4. Не допускается потребление табака несовершеннолетними.

Статья 25. Вступление в силу настоящего Федерального закона

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 июня 2013 года, за исключением положений, для которых настоящей статьей установлены иные сроки вступления их в силу.

2. Статья 13 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2014 года.

3. Пункты 3, 5, 6 и 12 части 1 статьи 12, часть 3 статьи 16, части 1—5, пункт 3 части 7 статьи 19 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 июня 2014 года.

4. Пункты 1 и 2 части 1 и часть 2 статьи 18 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 2017 года.

Президент РФ

В. Путин

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Показатели заболеваемости инсулинзависимым сахарным диабетом детей в возрасте от 0 до 14 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни, составили 13,6 на 100 000 детского населения (2009 г. — 13,2; 2008 г. — 13,0). Наблюдается рост показателей заболеваемости инсулинзависимым сахарным диабетом детей в динамике с 2008 г.

Показатели заболеваемости инсулиннезависимым сахарным диабетом детей в возрасте от 0 до 14 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни, составили 0,5 на 100 000 детского населения (2009 г. — 0,3; 2008 г. — 0,2). Наблюдается рост показателей заболеваемости инсулиннезависимым сахарным диабетом детей в динамике с 2008 г.

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

Психолого-педагогические советы родителям и педагогам

Лункина Е.Н.,

коррекционный педагог, логопед высшей квалификации
ДЦ «Сказочный замок», автор серии книг «Растим малыша»,
Москва

В связи с появлением в жизни малыша 4—6 лет элементов учебной деятельности для сохранения его психического и физического здоровья необходимо соблюдать следующие *ограничения и требования*:

- предоставляйте ребенку максимальную свободу для проявления его творческой инициативы и необходимое для этого физическое и психологическое пространство;
- у малыша не должно быть недостатка в цветных карандашах, красках, пластилине, бумаге, игрушках, книгах. Рисовать фломастерами детям не рекомендуется, так как для работы с ними почти не требуется мышечных усилий, что не способствует развитию мелкой моторики и подготовке руки к письму;
- давайте ребенку возможность экспериментировать;
- не перегружайте его избыточной информацией;
- ограничивайте непрерывную длительность занятия 15—25 мин, затем обязательна активная пауза — физкультминутка, и лишь затем продолжение занятия;
- не принуждайте ребенка, если он устал, отказывается работать, его внимание рассеянно;
- на занятиях избегайте излишних повторений, снижающих интерес и активность ребенка;
- не допускайте длительного пребывания в малоподвижной (статической) позе;
- чередуйте занятия со зрительной нагрузкой и гиподинамичные с занятиями с двигательной активностью;
- повышайте работоспособность малыша включением приемов, активизирующих внимание;
- не проводите занятия на фоне утомления или болезненного состояния, а также сразу после сна;
- строго соотносите дополнительные нагрузки (занятия спортом, музыкой, изучение иностранных языков и пр.) с возможностями ребенка, не допуская перегрузок и нарушения режима дня;
- занятия должны проводиться в форме игры, быть интересными для него;

- за одно занятие не следует давать более 2—3 упражнений;
- меняйте содержание и форму учебной работы на протяжении одного занятия;
- приучайте ребенка самостоятельно готовить рабочее место, работать аккуратно и после занятия убирать все на свои места;
- соблюдайте принцип «выхода чувств» у малыша, давайте ему высказаться;
- постоянные нотации и окрики вызывают у ребенка «смысловой барьер»;
- при контакте с малышом контролируйте его эмоциональное спокойствие;
- к последующим упражнениям следует переходить, лишь усвоив предыдущие.

Уважаемые родители и педагоги!

Вам необходимо научиться *разумной опеке*.

Развивая ребенка как личность, вы повышаете его самооценку.

Оценивайте положительные и отрицательные действия малыша, но никогда не оценивайте его личность.

Когда хвалите ребенка, сравнивайте его с ним самим, с его же достижениями (а не с «хорошим соседским ребенком»).

Знайте ограничения в похвале: зря не хвалите и не ругайте, только за что-то.

Слово «нельзя» употребляйте, только когда это касается безопасности.

Ребенок, которого мало хвалили в детстве, вырастает неуверенным и всю жизнь борется со своими комплексами.

Ребенок, которого захвалили в детстве, вырастает инфантильным, социально дезадаптированным «холодным эгоистом».

Чаще практикуйте с ребенком самостоятельное решение проблем (с вашей помощью) и совместную деятельность, от которой ребенок получает удовольствие.

Объясняйте мотивы и следствие поступка в доброжелательном тоне.

Старайтесь принимать ребенка как равного, не давать готовых решений.

Не забывайте: ограничения формируют личность!

Устанавливайте разумные запреты, но без чувства вины.

Называйте его эмоции. Это поможет ему осознавать себя и других: «Ты выглядишь разозленным» или «Эта маленькая девочка выглядит такой одинокой».

Помогайте ребенку действовать в направлении определенной цели, например, копить деньги на определенную игрушку или прочитать определенное количество книг.

Приучайте ребенка смотреть в глаза собеседнику, показывая ему

как неприятно, если человек отвлекается во время беседы.

Если кто-то здоровается с ребенком или хвалит его, а он не отвечает, помогите найти вежливые слова: «Полина, пойди и скажи Дмитрию Петровичу “здоровствуйте”».

Замечайте каждый случай проявления ребенком доброжелательности: «Ты молодец, что помогал своей сестре».

Избегайте унижения и оскорбительных замечаний. Найдите способ прийти к компромиссу и прекратить спор.

Если ребенок уличил вас во лжи, не пытайтесь врать дальше. Признайте свою ошибку: «Да, у нас действительно остались конфеты, но я не могу дать тебе их до обеда».

Организируйте дома жизнь без рукоприкладства.

Слишком агрессивного ребенка посылайте в специально созданное «место для охлаждения».

Возьмите ребенка с собой, когда идете навестить кого-нибудь из друзей, менее удачливых, чем вы, или помочь им. Объясните при этом, как приятно сделать что-то хорошее.

Всегда спрашивайте разрешения, прежде чем взять, попользоваться или выбросить что-либо, принадлежащее вашему малышу.

Если какой-нибудь ребенок начинает плакать на детской площадке, осудите это. Спросите

вашего малыша: «Как ты думаешь, что сделало его таким несчастным?»

Чаше разговаривайте о людях из вашего окружения, делающих добрые дела.

Если ваш ребенок взял чужую игрушку, объясните ему, почему так нельзя делать, и добейтесь, чтобы он отнес ее обратно.

Придумайте какую-нибудь фразу, которую будете произносить, если кто-то из членов семьи грубит. Если она сказана, нужно искать более спокойный способ выражать свои чувства.

Дайте вашему ребенку возможность почувствовать себя на месте другого человека: предложите ему на 10—15 мин роль родителя, а себе возьмите роль ребенка.

Если вы, гуляя с ребенком в парке или в лесу, заметили мусор, подберите его и отнесите в урну.

Если вы заметили, что ребенок лжет, сдержите свой гнев и помните, что надо говорить правду. Затем дайте ему еще один шанс. А если скажет правду, не наказывайте.

Поощряйте честность. Дайте малышу понять, что поступать честно всегда трудно.

Поощряйте его, если он противостоит соблазну «смухлевать» или обмануть.

Когда возможно, давайте ребенку почувствовать естественные последствия его ошибок:

«Если ты оставишь велосипед под дождем, он заржавеет».

Никогда не обещайте ребенку поощрений или наказаний, которые вы не сможете выполнить.

Поставьте дома стулья в виде «скамейки для драчунов». Если двое детей подрались, посадите их на эту скамейку, где они должны оставаться до тех пор, пока каждый не объяснит, в чем он был не прав.

Чтобы не было борьбы за игрушки, пусть ребенок сделает себе личную коробочку для игрушек и складывает в нее те игрушки, которые он не хотел бы делить с другими детьми. Часть игрушек оставьте доступными и для других детей.

Дайте ему понять, что не собираетесь делать за него задание, но с радостью поможете ему советом или проверите работу, когда она будет закончена.

Среда, в которой воспитывается ребенок, должна быть культурно обогащена.

Готовность ребенка к обучению в школе обусловлена всем ходом его предшествующего развития.

В возрасте 4—6 лет у детей появляется внеситуативно-личностная форма общения со взрослыми и другими детьми, что обеспечивает теоретические и практические познания ребенком социального мира. От этого общения ребенок ждет доброжелательности, внимания, сотрудниче-

ства, уважения, сопереживания, взаимопонимания. Общение должно быть содержательным. Беседа должна проводиться на одном уровне глаз.

На эмоциональное и личностное развитие ребенка самое сильное влияние оказывает среда сверстников, даже более богатая, чем среда взрослых людей. И чем старше становится ребенок, тем влияние других детей на него больше. Поэтому важно, чтобы ребенок периодически находился в детском коллективе, взаимодействовал с другими детьми на прогулке, в гостях.

Ведущий мотив в общении — личностный, осознаваемый (взрослый человек для малыша выступает как целостная личность, обладающая знаниями, умениями и социально-нравственными нормами). Оправдайте его надежды!

Ребенок рождается со своими психофизиологическими особенностями, переделать их невозможно, но скорректировать их в процессе воспитания можно. Эти особенности зависят от состояния ЦНС малыша (утомляемость, восприятие сверх сильных раздражителей, силы нервной системы и пр.).

Ученые-нейропсихологи определили, что у детей со слабой нервной системой лучше, чем у их сверстников со здоровой нервной системой, развиты письменная речь, логика и мышление.

Не беспокойтесь, если ваш малыш не может усидеть долго на одном месте, все дети до 6 лет расторможены, поскольку возрастные особенности перебивают психофизиологические особенности растущего организма.

Истинная сущность воспитательной работы заключается не столько в ваших разговорах с ребенком, не в прямом воздействии на малыша, сколько в организации вашей семьи, жизни вашей личной и ребенка.

Ученые определили важнейшие *этапы развития ребенка*:

- от рождения до 6 лет — этап становления и развития речи;
- от рождения до 5,5 — этап сенсорного и чувственного развития;
- от 2,5 до 6 — этап возникновения и закрепления социальных навыков;
- от рождения до 3 — этап восприятия порядка. Определяет отношения малыша с миром, это касается не только порядка

в окружающей среде, но и во времени, т.е. запускаются «внутренние часы» ребенка; — от 3 до 7 лет — этап освоения поведения.

Если опоздать и не воспользоваться этими периодами, наиболее благоприятными для развития, ребенок может потерять интерес к познанию на всю жизнь.

Вернутся родительские ошибки и случайные промахи этих периодов в самых неприятных формах уже после 6 лет. Винить в них только ребенка будет неправомерно.

Итак, постараемся придерживаться этих советов, дорогие родители и педагоги.

Конечно, давно известно, что советы давать всегда легче, чем их выполнять. Но кто сказал, что воспитание человека — это просто?

Так будем трудиться, удивляться, радоваться и переживать вместе с нашими детьми!

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

При изучении клинико-эпидемиологических особенностей острых кишечных инфекций вирусной природы, составляющих 35,5% «ОКИ неустановленной этиологии», выявлено, что 14,0% составляет ротавирусный гастроэнтерит, 15,0% норовирусная, 4,3% — аденовирусная и 2,2% — астровирусная инфекция. Характерен сезонный подъем в холодное время года с пиком заболеваемости при норовирусной инфекции в январе-феврале, ротавирусной — в марте, а астровирусной — в декабре.

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

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги серии «Растим детей здоровыми»



ЗАНИЯТИЯ В БАСЕЙНЕ 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.



ЗАНИЯТИЯ 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.



ЗАНИЯТИЯ 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.

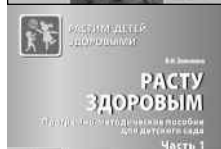


ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ Для детей от 3 до 5 лет

Авторы — Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.

В пособии представлены различные виды игр и физических упражнений, направленные на профилактику заболеваний и проведение оздоровительной работы с детьми 3—5 лет. Особое внимание уделено организации подвижных игр на свежем воздухе, а также занятиям с детьми, имеющими отклонения в развитии психики, дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата. Материал можно использовать в обычных ДОУ, в детских садах компенсирующего вида и дома.

Адресовано воспитателям, психологам, педагогам ДОУ, родителям.



РАСТУ ЗДОРОВЫМ Программно-методическое пособие для детского сада. В 2 частях

Автор — Зимонина В.Н.

НОВИНКА

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.

НОВИНКА

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@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.

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

Не забудьте подписаться на наши журналы

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-
чатьПресса
РоссииПочта
России**36804****39757****10399**Подписка
только
в первом
полугодии(без
рабочих
журналов)(без
рабочих
журналов)

«Управление ДОУ» с приложением
и один выпуск «Методист ДОУ»

82687

«Управление ДОУ»

80818

«Медработник ДОУ»

80553**42120**

«Инструктор по физкультуре»

48607**42122**

«Воспитатель ДОУ» с библиотекой

80899**39755****10395**

«Воспитатель ДОУ»

58035

«Логопед» с библиотекой

18036**39756****10396**

и учебно-игровым комплектом

«Логопед»

82686

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!

Планирование оздоровительной работы с часто болеющими детьми

Лечение, диспансеризация и реабилитация детей с инфекционными заболеваниями мочевыделительной системы

Профилактика зрительных нарушений

Научно-педагогический аспект проблемы насилия над ребенком в семье

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, № 4 (40)

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 16.04.13. 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 0038

МЕДРАБОТНИК ДОУ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Для медицинских работников, руководителей
дошкольных образовательных учреждений



НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОДПИСАТЬСЯ НА СВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ!

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» – 80553,

36804 (в комплекте)

«Пресса России» – 42120,

39757 (в комплекте)

«Почта России» –

10399 (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

