



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№5/2013



Лечение кариеса
у детей

Профилактика
зрительных
нарушений

Проблема насилия
над ребенком
в семье

Первое знакомство
ребенка
со стоматологом

Записки
детского психолога



ГОСТЬ НОМЕРА
Марина
Юрьевна
ГАЛАКТИОНОВА



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 5/2013



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>М.Ю. Галактионова</i>	6

ГИГИЕНА

Оздоровительная работа

Зверева Е.С.

Планирование оздоровительной работы с часто болеющими детьми	14
--	----

Сапрыкина Е.А.

Закаливание и здоровьесберегающие технологии в ДОУ	18
--	----

Здоровый образ жизни

Гусева Н.В., Юматова Л.Ж.

Занятия по здоровому образу жизни в группе заикания	23
---	----

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

Терентьев С.П.

Профилактика и лечение кариеса у детей	34
--	----

Инфекционные и паразитарные заболевания

Ганузин В.М.

Принципы этапного лечения, диспансеризации и реабилитации детей с инфекционными заболеваниями мочевыделительной системы	37
---	----

Профилактика заболеваний

Латышева Р.А.

Профилактика зрительных нарушений	46
---	----

ПЕДАГОГИКА

Развитие ребенка

Гусева М.А.

Игры с песком в обучении дошкольников 56

Психологическая помощь

Зюзгина Л.А., Буркова О.В.

Взаимоотношения детей старшего дошкольного возраста 64

Епифанова Т.В.

Сказкотерапия в эмоциональном благополучии
дошкольников 67

Педагогическая копилка

Ванюкова Л.Н.

Игры для развития тактильных ощущений 73

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Приказ Минобрнауки России от 25.12.2012 № 1093

«Об утверждении перечней показателей деятельности
специального (коррекционного) образовательного учреждения
для обучающихся, воспитанников с ограниченными
возможностями здоровья, образовательного учреждения для
детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей
(законных представителей), специального учебно-
воспитательного учреждения для детей и подростков
с девиантным поведением, образовательного учреждения
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и
медико-социальной помощи, необходимых для установления
их государственного статуса» 76

Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об
утверждении Порядка проведения профилактического
медицинского осмотра» 80

Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н «Об
утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними
диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения
и воспитания в образовательных учреждениях» 88

Самообразование

Грицай А.Г.

Научно-педагогический аспект проблемы насилия
над ребенком в семье и формах его проявления 95

Советы родителям

Терентьев С.П., Терентьева М.А.

Первое знакомство ребенка со стоматологом 114

Литературная страничка

Симонян А.Г.

Записки детского психолога 117

Книжная полка 13, 36, 55, 124

А знаете ли вы? 33

Роспотребнадзор сообщает 54, 63, 75, 116

Мудрые высказывания 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).

Сафонкина Светлана Германовна — канд. мед. наук, доцент, заместитель главного врача Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в городе 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».

Танцюра Снежана Юрьевна — канд. пед. наук, доцент кафедры специальной психологии и специальной педагогики РОСНОУ (Российский открытый социальный новый университет), главный редактор журнала «Логопед».

Цветкова Татьяна Владиславовна — канд. пед. наук, член-корреспондент Международной академии наук педагогического образования, 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 фамилий авторов

ГБОУ № 1550, Москва	64	Ивантеевский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Теремок», г. Ивантеевка Московской обл.	73
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, г. Красноярск	6	МБДОУ «Детский сад № 43 компенсирующего вида», г. Владимир	23
Кафедра поликлинической педиатрии ГУБО ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», г. Ярославль	37	МБДОУ д/с комбинированного вида № 14, г. Мценск Орловской обл.	67
ГБОУ д/с № 2183, Москва	114	МБДОУ д/с комбинированного вида № 5, станция Ленинградская Краснодарского края	95
ГБОУ д/с № 2567, Москва	46	МБДОУ д/с присмотра и оздоровления № 51, г. Ижевск	14
ГБОУ ЦО № 1619 им. М.И. Цветаевой, Москва	56	Клиника «Дента-Вита», Москва	34, 114
ГБОУ ЦРР — д/с № 2626, Москва	18		
Детская городская поликлиника № 104, Москва	117		
Буркова Ольга Викторовна	64	Зюзгина Людмила Александровна	64
Ванюкова Лидия Николаевна	73	Латышева Римма Александровна	46
Галактионова Марина Юрьевна ..	6	Сапрыкина Елена Анатольевна	18
Ганузин Валерий Михайлович	37	Симонян Анна Георгиевна	117
Грицай Анна Геннадьевна	95	Терентьев Сергей Петрович	34, 114
Гусева Мария Александровна	56	Терентьева Мария Александровна	114
Гусева Наталья Валериевна	23	Юматова Людмила Жановна	23
Епифанова Татьяна Викторовна ...	67		
Зверева Елена Сергеевна	14		

Уважаемые коллеги!

Пролетело лето и мы рады новой встрече с вами. В сентябре в нашей стране отмечается профессиональный праздник — День воспитателя и всех дошкольных работников. Вы услышите в свой адрес самые искренние и добрые слова. И это заслуженно! Один из самых ответственных этапов образования ребенка — период дошкольного детства. Именно он во многом определяет всю последующую жизнь. Вот почему так важно, чтобы рядом с ребенком в это время были люди, обладающие не только профессиональными знаниями, но высокими душевными качествами. Коллектив «ТЦ Сфера» присоединяется ко всем поздравлениям. Приятно отметить, что в этом году работники дошкольного образования получат и материальную поддержку. И для этого есть все основания. 29 мая на совещании-видеоконференции об обеспечении доступности дошкольного образования министр образования и науки РФ Д.В. Ливанов отметил: «...очень важный эффект — это повышение зарплаты педагогических работников дошкольных образовательных учреждений, которое идет очень интенсивно: только в этом году заработная плата повысится в среднем по России на 35%».

Этот год — юбилейный для дошкольного образования в России. 150 лет! И очень символично, что именно в 2013 г. подготовлены важнейшие документы: проект ФГОС дошкольного образования и новая редакция санитарно-эпидемиологических требований к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных организаций.

СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 15.05.2013 № 26. При обсуждении проекта принимали участие представители федеральных органов исполнительной власти — Министерства образования и науки РФ, Министерства труда и социальной защиты РФ, Министерства здравоохранения РФ, а также представители гражданского общества и общественных объединений. Формат нового документа, по мнению разработчиков, будет способствовать решению проблемы организации проектирования и строительства детских садов, использованию возможностей действующих детских садов, а также развитию негосударственного сектора, прежде всего с позиции создания оптимальных условий обеспечения безопасности и благополучия детей. Так ли это — покажет время. Мы обязательно познакомим вас с содержанием этого документа и обсудим его основные изменения на страницах нашего журнала. Вас, дорогие читатели, мы призываем высказывать свою активную позицию в отношении изменений, происходящих в дошкольном образовании. С нетерпением ждем материалы для публикации.

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Гость номера

Галактионова Марина Юрьевна

д-р мед. наук, профессор РАЕ, член Ассоциации кардиологов России, член Союза педиатров России, врач-педиатр высшей квалификационной категории, заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, г. Красноярск

Состояние здоровья и адаптация дошкольников к микросоциальным условиям ДОУ

Одно из важнейших направлений государственной политики России — улучшение здоровья детей и создание условий, благоприятствующих их воспитанию и образованию [3; 4; 5; 7]. При этом особую актуальность приобретают проблемы совершенствования действующей организационной модели профилактических осмотров детей. В настоящее время в связи с занятостью женщин в производственной сфере возрастает роль дошкольных образовательных учреждений в процессе развития и формировании здоровья детей [2; 6; 8; 9].

Способность быстрого приспособления организма к меняющимся социально-психологическим условиям считается одним из показателей здоровья детей. Адаптацию на вегетативном уровне, как правило, оценивают по системе кровообращения, поскольку она одной из первых включается в процесс приспособ-

ления к меняющимся условиям среды, тесно связана с другими системами и позволяет выявить резервы организма [1]. Комплексная оценка уровня здоровья детей предполагает использование физиологических тестов, позволяющих выявить функциональные резервы и уровни адаптации организма. Вегетативный тонус, отражающий интегральное состояние соматических функций, выступает одним из основных признаков успешной адаптации ребенка. Недоучет неблагоприятных адаптивных сдвигов в связи с началом поступления в ДОУ приводит к раннему формированию дезадаптационного синдрома.

Цель исследования: изучить показатели здоровья дошкольников и адаптации к условиям ДОУ.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ интенсивных показателей заболеваемости 32 959 дошкольников, посе-

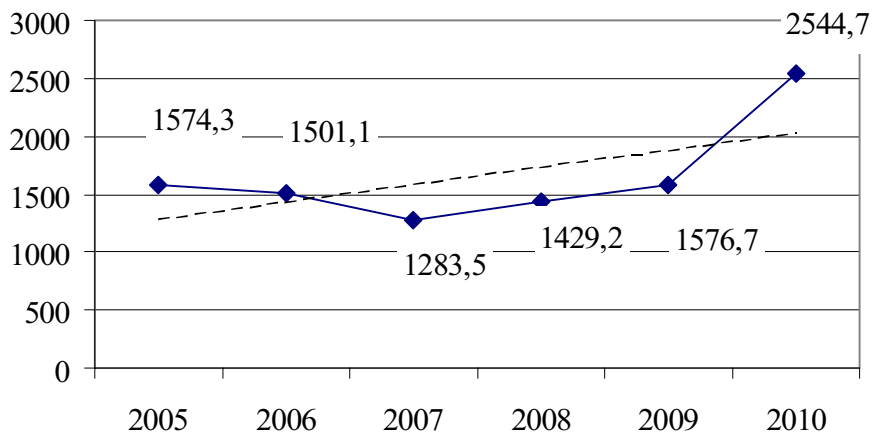


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости организованных дошкольников (на 1000 детей)

шающих ДООУ г. Красноярска за 6 лет (2005—2010), по данным официальной статистики Главного управления городского здравоохранения за период с 2006 по 2010 г. [10].

У 97 дошкольников в возрасте 4—5 лет (46 мальчиков и 51 девочка) и 214 дошкольников в возрасте 6—7 лет (90 мальчиков и 124 девочки) проведено исследование состояния вегетативной нервной системы и реакции организма на физическую нагрузку с помощью компьютерной программы «*ORTO-Expert*» (НПП «Живые системы», г. Кемерово, 2001). Основным методом диагностики — кардиоритмография; в качестве нагрузки использовали ортостатическую пробу. Были определены исходный вегетативный тонус (ИВТ), реакция сердечно-сосудистой системы на ортостатическую пробу, вегетативное обеспечение деятельности

(ВОД) и функциональное состояние организма школьников.

Статистическая обработка выполнена с помощью прикладных программ «*STATISTICA v. 7.0* © *STATSOFT, USA*» с использованием критерия χ^2 в модификации Пирсона. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Общая заболеваемость на 1000 организованных дошкольников г. Красноярска в динамике за 6 лет увеличилась более чем на треть (рис. 1).

В структуре общей заболеваемости лидирующее место занимает класс болезней органов дыхания. Второе место занимает класс болезней нервной системы, на третьем месте — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (табл. 1).

При анализе данных за 5 лет (2005—2009) выявлено сниже-

Таблица 1

**Ранговое распределение лидирующих классов болезней
организованных дошкольников за период 2008—2010 гг.**

Ранговое место	2008	2009	2010	Прирост/ убыль к 2005 г. (%)
Болезни: органов дыхания	71,4	74,1	68,4	–3,0
нервной системы	25,8	16,4	18,5	–7,3
костно-мышечного аппарата и соединительной ткани	13,5	17,6	16,4	+ 2,9

ние травматизма детей в ДОО г. Красноярск (с 16,2 до 7,5%), что указывает на соблюдение санитарно-гигиенических норм, правил к организации образовательного процесса и контроля со стороны администрации ДОО за охраной жизни и укреплением здоровья воспитанников.

При проведении профилактических осмотров дошкольников была внедрена автоматизированная экспертно-скрининговая технология диспансерного осмотра в рамках краевой целевой программы «Дети». Это позволило на ранних этапах выявить отклонения в состоянии здоровья по 24 профилям патологии.

Мы провели анализ профилактического осмотра дошкольников в 2010 г. с использованием технологии АКДО (автоматизированный комплекс диспансерных обследований) у 998 дошкольников. Наибольшее число подростков, прошедших АКДО, имели от двух до пяти профилей хронически значимых патологий (см. табл. 1). Один профиль хронически значимой патологии был зафиксирован

всего у 362 чел. (36,27%). У детей с 2—3 профилями хронически значимой патологии в структуре преобладали ортопедический, неврологический профили и ЛОР (табл. 2).

Отмечен рост числа детей с функциональными отклонениями в состоянии здоровья (табл. 3). За последние пять лет наметилась тенденция к уменьшению числа детей с третьей группой здоровья, что связано с улучшением условий содержания, питания, оздоровления детей в условиях ДОО.

Согласно методическому письму Минобразования России от 15.01.2002 г. № 03-51-5ин/23-03 «Об интегрировании воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии в дошкольных образовательных учреждениях» в некоторые ДОО г. Красноярск с 2009 г. были интегрированы дети-инвалиды, что привело к некоторому увеличению удельного веса детей V группы [1].

Анализ показателей физического развития дошкольников показал, что с каждым годом уменьшается число детей со сред-

Таблица 2

**Ранговая структура лидирующей десятки значимых
хронических отклонений в состоянии здоровья дошкольников,
выявленных с помощью технологии АКДО**

№ профиля	Название профиля	Всего $n = 998$		Ранг
		абс.	%	
4	Ортопедия	415	41,58	1
6	Офтальмология	185	18,54	7
7	ЛОР	362	36,27	3
8	Невропатология	384	38,48	2
9	Кардиология	317	31,76	4
12	Дерматология	144	14,43	8
16	Стоматология	268	26,85	6
17	Эндокринология	110	11,02	10
18	Аллергология	134	13,43	9
23	Физическое развитие	294	29,46	5

Таблица 3

**Распределение организованных дошкольников
г. Красноярска по группам здоровья (%)**

Группа здоровья	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Прирост/ убыль к 2005 г. (%)
I	7,3	7,3	7,6	7,1	7,4	7,6	+0,3
II	82,4	83,9	83,0	84,1	83,8	83,9	+1,5
III	9,6	8,3	8,7	8,2	8,0	7,9	-1,7
IV	0,6	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	-0,2
V	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	+0,2

ним гармоничным физическим развитием и увеличивается число детей с дисгармоничным развитием, особенно за счет избытка массы тела, низкого и высокого роста (табл. 4).

В связи с наличием хронической патологии и ухудшенного

физического развития к 2010 г. увеличился удельный вес дошкольников, занимающихся в подготовительной (с 7,7 до 8,3%) и в специальной (с 0,8 до 1,1%) группах.

Оценка течения адаптации детей к ДООУ — один из основных кри-

Таблица 4

**Физическое развитие дошкольников
в динамике с 2005 по 2010 г. (%)**

Физическое развитие	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Прирост / убыль к 2005 г. (%)
Среднее гармоничное	89,6	90,4	88,8	88,0	85,7	83,2	−6,4
Дисгармоничное за счет дефицита массы тела	5,8	3,2	5,6	4,6	5,6	6,3	+0,5
Дисгармоничное за счет избытка массы тела	3,4	3,4	4,2	4,6	5,3	5,5	+2,1
Низкий рост	1,2	1,2	1,2	1,5	1,7	2,9	+1,7
Высокий рост	—	1,8	0,2	1,3	1,7	2,1	+2,1

териев функциональных возможностей дошкольников и качества наблюдения за детьми в ДООУ при поступлении. В течение последних двух лет отмечено увеличение числа дошкольников с благоприятной адаптацией (рис. 2). Это объясняется подготовкой и качеством медицинского осмотра перед поступлением в ДООУ, организацией комиссий по адаптации в детских поликлиниках, санитарно-просветительной работе среди родителей.

Проведение кардиоинтервалографии с клиноортостатической пробой позволяет судить не только об исходном вегетативном тоне, но и вегетативном обеспечении деятельности. Исходный вегетативный тонус характеризует фоновую активность структур,

осуществляющих регуляцию функций организма в ходе приспособительной деятельности, и может рассматриваться в качестве одной из характеристик, формирующих тип реагирования организма на воздействие внешних факторов.

Во всех обследованных группах дошкольников распределение ИВТ было неравномерным со значительным преобладанием доли симпатикотонии (54,5% в возрастной группе 4—5 лет и 62,8% в возрасте 6—7 лет). Достаточное ВОД чаще встречается у детей 4—5 лет, чем у дошкольников 6—7 лет, данная тенденция в большей степени характерна для девочек ($p < 0,05$). Избыточное ВОД чаще встречалось в возрасте 6—7 лет ($p < 0,05$) (табл. 5).

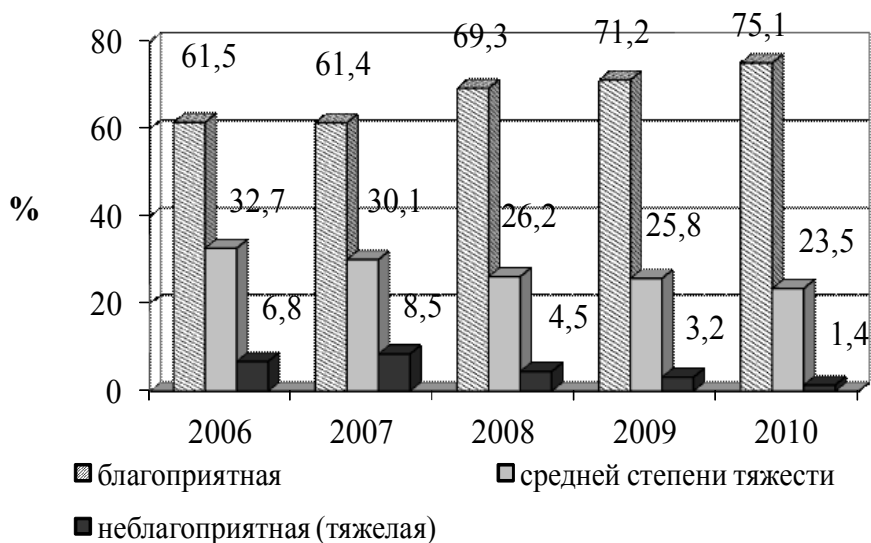


Рис. 2. Оценка течения адаптации дошкольников к ДОУ за 2006—2010 гг. (в %)

Таблица 5

Характеристика ИВТ и варианты ВОД у дошкольников (%)

Возраст, лет	Пол	n	Варианты вегетативного обеспечения деятельности			
			достаточное	избыточное	сниженное	парадоксальное
4—5	М	46	26,1 ± 6,5	26,1 ± 6,5	45,6 ± 7,3	2,2 ± 2,1
	Д	51	39,3 ± 6,8	17,6 ± 5,4	33,3 ± 6,5	9,8 ± 4,1
6—7	М	90	22,2 ± 4,4	40,0 ± 5,2	37,8 ± 5,1	—
	Д	124	21,0 ± 3,6	29,8 ± 4,1	47,6 ± 4,5	1,6 ± 1,1

При оценке функционального состояния организма у большинства дошкольников выявлено напряжение механизмов адаптации, реже отмечалось удовлетворительное функциональное состояние организма. Неудовлетворительное функциональное состояние организма регистрировалось довольно часто, у девочек чаще, чем у мальчиков (причем в

возрасте 6—7 лет), разница показателей оказалась статистически достоверной (табл. 6).

Таким образом, в результате проведенных исследований выявлены тенденции к ухудшению здоровья детей дошкольного возраста, высокая распространенность дисгармоничных вариантов роста и развития современных дошкольников, что диктует необ-

Таблица 6

Оценка реакции организма дошкольников на нагрузку (%)

Возраст, лет	Пол	n	Функциональное состояние организма		
			удовлетворительное	напряжение	неудовлетворительное
4—5	М	46	39,1 ± 7,1	43,5 ± 7,3	17,4 ± 5,5
	Д	51	27,4 ± 6,2	41,2 ± 6,8	31,4 ± 6,5
6—7	М	90	44,4 ± 5,1	44,4 ± 5,2	11,2 ± 3,3
	Д	124	31,4 ± 4,1	46,8 ± 4,5	21,8 ± 3,7

ходимость разработки комплексов коррекционных мероприятий для педагогов, родителей и медицинских работников по профилактике заболеваний у детей организованных коллективов.

Отмечается значительное преобладание влияния симпатно-адреналовой системы, что предопределяет напряжение механизмов адаптации и снижение функциональных резервов у дошкольников.

Литература

1. Ноздрачев А.Д. Современные способы оценки функционального состояния вегетативной нервной системы / А.Д. Ноздрачев, Ю.В. Щербатых // Физиология человека. 2001. № 6. С. 135–141.
2. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: Метод. пособие / Под ред. Г.Н. Сердюковской. М., 1993.
3. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей. М., 2008.
4. Павленко Т.Н. и др. Состояние здоровья и качество жизни детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения // Российский педагогический журнал. 2008. № 4. С. 47–50.
5. Письмо Агентства здравоохранения и лекарственного обеспечения администрации Красноярского края от 23.11.2007 г. № 03-08/11967 «О работе с экспертно-скрининговыми системами диспансерного осмотра детей».
6. Раппопорт И.К. и др. Состояние здоровья воспитанников детских дошкольных учреждений Москвы // Российский педагогический журнал. 2009. № 2. С. 49–52.
7. Рожавский Л.А. О заболеваемости детей Ленинградской области // Российский педагогический журнал. 2007. № 6. С. 42–44.
8. Романова Т.А. и др. Состояние здоровья детей Белгородской области // Российский педагогический журнал. 2007. № 6. С. 40–42.
9. Садыков М.М. Основные тенденции состояния здоровья детского населения Казани // Российский педагогический журнал. 2007. № 6. С. 44–48.
10. Ярусова О.А. Информационное письмо «Состояние здоровья детей Красноярского края в 2010 году». Красноярск, 2010.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ



ФИГУРНОЕ ПЛАВАНИЕ В ДЕТСКОМ САДУ Методическое пособие

Авторы — Маханёва М.Д., Баранова Г.В.

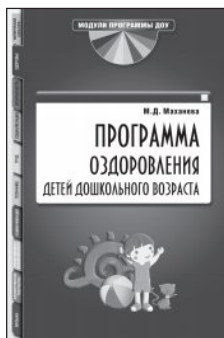
Содержит общую характеристику средств, обеспечивающих здоровый образ жизни ребенка, методику работы по плаванию старших дошкольников, а также перспективное планирование занятий в бассейне для детей 6—7 лет и работы студии «Рисунки на воде». Представлены рекомендации по развитию нетрадиционных форм обучения 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 «Прогимназия № 117» учителя физкультуры Г.В. Барановой.



ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Автор — Маханёва 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».

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».

Планирование оздоровительной работы с часто болеющими детьми

Зверева Е.С.,

врач-педиатр МБДОУ д/с пристра
и оздоровления № 51, г. Ижевск

ИЗ ОПЫТА
РАБОТЫ

Проблема часто и длительно болеющих детей — одна из наиболее актуальных проблем не только в педиатрии, но и в дошкольном образовании. Значительный удельный вес (80—85%) среди ЧБД приходится на рецидивирующие респираторные заболевания.

В группу ЧБД относят детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, при этом отсутствуют стойкие органические нарушения в них. Следует помнить, что рецидивирующие респираторные заболевания могут быть проявлениями наследственной, врожденной или приобретенной патологии (муковисцидоз, селективный дефицит иммуноглобулинов и др.).

Критерии ЧБД: до 1 года — 4, до 3 лет — 6, 4—5 лет — 5, старше — 4 и более эпизодов острых респираторных заболеваний в год. Необходимо учитывать не только частоту респираторных заболеваний, но и тяжесть, наличие осложнений, необходимость назначения антибактериальной терапии.

Среди этиологических факторов рецидивирующих респираторных заболеваний у детей ведущую роль играют вирусы (65—90%). Смешанные бактериально-вирусные инфекции имеют место в 25% случаев. Клинически рецидивирующие респираторные заболевания могут проявляться от ринита до бронхопневмонии. Реабилитация часто болеющих детей — проблема не только медицинская, но и социальная.

Комплексная реабилитация ЧБД на всех этапах оздоровления (семья, детский сад, поликлиника или санаторий) включает проведение профилактических меро-

ГИГИЕНА



приятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья, а также лечебные воздействия, способствующие коррекции имеющихся патологических отклонений.

Наш детский сад присмотра и оздоровления в основном посещают ЧБД, дети с аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, поллиноз), патологией бронхолегочной системы (бронхиальная астма, рецидивирующий бронхит). Наряду со сниженной резистентностью у детей отмечаются сопутствующие отклонения в состоянии здоровья: неврологические нарушения, патология опорно-двигательного аппарата, быстрый темп формирования хронической патологии.

Медицинская деятельность детского сада лицензирована по следующим направлениям: педиатрия, сестринское дело в педиатрии, медицинский массаж, физиотерапия, лечебная физкультура. Лечебно-профилактические мероприятия осуществляют: врач-педиатр, старшая медсестра, медсестра по массажу, физиомедсестра, инструктор по лечебной физкультуре.

Перед поступлением в детский сад детей осматривает врач-педиатр, изучаются амбулаторные карты, комплексно оценивается состояние здоровья. Проводится активная работа с родителями: сбор анамнеза, анкетирование, выявление индивидуальных особенностей, в том числе аллергической настроенности организма.

В заключение для каждого ребенка составляется индивидуальный план оздоровительных мероприятий, с учетом имеющихся у него отклонений в состоянии здоровья (см. приложение).

Длительность пребывания в детском саду от 5 мес. до 1 года. За это время дети получают комплекс медицинской реабилитации, которая включает следующие процедуры.

Оздоровительный режим дня — одна из важных задач, которые мы ставим перед собой. Правильное планирование, исключение переутомления и возбуждения, увеличение продолжительности сна, прогулки на свежем воздухе — со всем этим успешно справляются опытные педагоги.

Важный этап — *применение лечебной физкультуры, дыхательной и пальчиковой гимнастики*. Занятия лечебной физкультурой проводит инструктор в тренажерном и спортивном залах детского сада, цель — профилактика плоскостопия и нарушения осанки.

Питание ЧБД должно быть разнообразным, высококалорийным, сбалансированным по основным ингредиентам и содержать оптимальное количество минеральных солей и витаминов. Для детей с атопическим дерматитом используются таблицы взаимозаменяемости продуктов. У детей вследствие частых респираторных заболеваний развивается относительная витаминная

недостаточность. Исходя из этого в преддверии эпидемиологического сезона дети курсами получают витаминные препараты и пробиотики с учетом индивидуальной непереносимости.

Применение кислородных коктейлей способствует повышению сопротивляемости организма к инфекционным заболеваниям, активизирует работу иммунной системы, головного мозга, улучшает концентрацию внимания и память.

Закаливающие мероприятия проводятся в щадящем режиме. Используется закаливание воздухом: прогулки 2 раза в день, воздушные ванны во время утренней гимнастики, после дневного сна, занятия физкультурой на свежем воздухе; водой: умывание лица, шеи и рук до плеч, полоскание ротовой полости и горла; солнечными лучами.

Для проведения *ароматерапии* используются эфирные масла пихты, лаванды, шалфея и др. Большинство эфирных масел обладает антибактериальными, противовирусными, противовоспалительными, бронхолитическими, отхаркивающими свойствами. Под воздействием паров эфирных масел улучшается качественный состав микрофлоры верхних дыхательных путей, уменьшается микробная обсемененность кожи. Ароматерапию следует проводить в отсутствие детей. Перед процедурой помещение проветривают, затем с помощью аэрофитогенератора распыляют

эфирные масла. Через 30 мин распыления проводится сквозное проветривание (30—40 мин).

Фитотерапия назначается по показаниям и используется для санации органов носоглотки: полоскание полости рта и зева настоями и отварами трав, обладающих антибактериальными свойствами (ромашка, календула, шалфей). Настои трав входят и в состав кислородных коктейлей.

Галотерапия эффективна при хронических заболеваниях бронхолегочной системы, в том числе бронхиальной астме, патологии органов носоглотки.

Основной лечебный фактор — высокодисперсный сухой ионизированный аэрозоль хлорида натрия. После посещения соляной комнаты улучшаются реологические свойства бронхиальной слизи, улучшается функционирование реснитчатого эпителия бронхов. Аэрозоль оказывает бактерицидное, бактериостатическое и противовоспалительное действие.

Профилактическая галотерапия проводится лицам, страдающим пылевой аллергией. В этом случае целесообразно начать процедуру незадолго до появления первых симптомов. Эффект заключается в удалении пылевых аллергенов из дыхательных путей. Сезонные курсы проводятся для профилактики острых респираторных заболеваний.

В процессе галотерапии у некоторых детей может отмечаться появление небольшого каш-

ля, выделений из носа. Физикальные изменения в легких, повышение температуры, нарушение самочувствия при этом отсутствуют. Как правило, такие явления проходят самостоятельно и могут рассматриваться в качестве местной реакции дыхательных путей в ответ на воздействие применяемых лечебных факторов. При наличии упорного кашля можно назначить щелочные ингаляции, обильное питье.

По показаниям назначается *парафинотерапия* в виде аппликаций на нижние конечности, воротниковую зону, область печени и желчного пузыря с желчегонной целью (после проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости). Лечебный эффект при местном применении парафина заключается в его рассасывающем, болеутоляющем, антиспастическом действии, также улучшается крово- и лимфообращение.

Массаж — одна из самых эффективных и приятных процедур. Курс лечебного массажа является обязательным для наших детей. Проводит процедуру медсестра, имеющая сертификат по специальности «детский массаж». Он активизирует защитные силы организма, благоприятно действует на ЦНС, улучшает дренажную функцию легких, помогает сохранить правильную осанку и многое другое.

В детском саду имеется *физиокабинет*, оснащенный всем необхо-

димым оборудованием для проведения ингаляционной терапии, электро-, светолечения (в том числе аппарат «Биоптрон»), магнитотерапии и др. Лечение проводит опытная физиомедсестра по назначению педиатра или врачей узких специальностей. Для профилактики и лечения плоскостопия у детей имеется аппарат ЭПС «Стопа». Массаж нормализует кровообращение, снимает усталость, повышает умственную и физическую работоспособность, стимулирует биологически активные точки.

Гордость нашего детского сада — *гидрокомната*, в которой имеются циркулярный душ, лечебные ванны с использованием отваров и настоев трав. Во избежание переохлаждения детского организма гидрокомната используется в теплое время года.

Обязательны *осмотры детей врачами узких специальностей*: оториноларингологом, офтальмологом, неврологом, хирургом, стоматологом, гинекологом, логопедом. Данные осмотры проводятся 2 раза в год.

Таким образом, оздоровительная работа с ЧБД ведется по направлениям:

- снижение частоты острых заболеваний и их осложнений;
- предотвращение формирования хронической патологии;
- оценка эффективности оздоровления;
- формирование основ здорового образа жизни.

Приложение

**Индивидуальный
план оздоровления**

Фамилия, имя ребенка _____

Возраст _____

Период оздоровления с _____

по _____

1. Оздоровительный массаж _____

2. Массаж ног ЭПС _____

3. Лечебное питание (гипоаллергенное меню, С-витаминизация, соки, фрукты, бифидопродукты) _____

4. Кислородный коктейль _____

5. Фитотерапия _____

6. Витаминотерапия _____

7. Галотерапия _____

8. Парафинолечение _____

9. Санация полости рта _____

10. Физиопроцедуры («Биоптрон», «Милта», «Д'арсенваль», УФО, УВЧ и др.) _____

11. Медикаментозное лечение _____

12. ЛФК _____

13. Закаливание _____

14. Щадящий режим _____

15. Циркулярный душ, лечебные ванны _____

Закаливание и здоровьесберегающие технологии в ДОУ

Сапрыкина Е.А.,

старший воспитатель ГБОУ ЦРР — д/с № 2626, Москва

Дошкольные образовательные учреждения (детский сад, детский ясли — сад, прогимназия, детский развивающий центр и др.) формируются для помощи семье с целью воспитания детей от года до 6 лет, укрепления и охраны их психического и физического здоровья, воспитания индивидуальных способностей и необходимой коррекции в случаях не-совершенств развития.

ДОУ обеспечивают обучение, развитие и сохранность психического и физического здоровья. Первостепенными направлениями дошкольного образовательного процесса считаются: активизи-

зация познавательного, эмоционального и личностного развития, укрепление здоровья, проведение коррекционно-развивающей работы для полноценного развития.

Обеспечение физического развития детей становится значительным аспектом готовности детей дошкольного возраста к последующему обучению в школьном учреждении.

Физическое развитие дошкольников включает обеспечение здорового образа жизни, улучшение двигательных навыков, коррекции общей и мелкой моторики. Оно должно быть сориентировано на

укрепление здоровья; формирование правильной осанки, произвольных движений, физической работоспособности; тренинга сердечно-сосудистой и дыхательной систем; закаливание организма.

Система физического воспитания ребенка в ДОУ предполагает организованный режим жизнедеятельности, создание оптимальных условий для развития и коррекции движений. Для этого применяются подвижные игры, физкультурные занятия, общеразвивающие упражнения.

В дошкольном возрасте физическое воспитание реализуется в ходе игровой деятельности, в результате чего ребенок обучается взаимодействию с другими детьми, у него формируются нравственные модели поведения, спектр общения становится разнообразнее.

Большое внимание сосредотачивается на развитии мелкой моторики, сенсомоторном развитии, ритмической налаженности произвольных движений, выработке пространственно-временных представлений.

Во время подготовки детей к обучению в школе надо организовать наиболее благоприятные условия, активизирующие физическое развитие ребенка; воплощение в жизнь системы коррекционно-развивающих мероприятий, сориентированных на улучшение качества движений и предотвращение отклонений в психофизическом здоровье дошкольников.

Мы выделяем следующие *проблемы исследования*:

- сохранение здоровья детей;
- создание условий для их своевременного и полноценного психического развития;
- обеспечение каждому ребенку возможности радостно и содержательно прожить период дошкольного детства.

Цель работы — внедрение закаливания и здоровьесберегающих технологий в ДОУ.

База исследования: ГБОУ ЦРР — д/с № 2626 Москвы.

Закаливание и обеспечение здорового образа жизни

Дошкольный возраст охватывает период жизни от рождения до 7 лет. Именно в это время наиболее усиленно растут основные системы организма и формируются их функции, закладывается основание для полного развития физических и духовных способностей. Настоящий возраст наиболее благоприятен для закаливания организма, овладения элементарными жизненно необходимыми двигательными умениями, гигиеническими навыками и т.д.

Именно поэтому в исследовании был сделан упор на здоровьесберегающие технологии для детей дошкольного возраста.

Здоровье — главная и стержневая потребность человека, обуславливающая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое формирование личности. Оно обнаруживается основ-

ной предпосылкой к постижению окружающего мира, счастью и самоутверждению человека. Активная долгая жизнь — важное слагаемое человеческого фактора [1].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — социологическое понятие, характеризующее степень:

- социального благополучия как единства уровня и качества жизни;
- реализации потенциала конкретного общества (индивида, социальной группы) в обеспечении здоровья;
- эффективности функционирования социальной организации в ее отнесении к ценности здоровья [2].

Вопрос ухудшения здоровья детей дошкольного возраста в последние годы завоевывает все большую актуальность. По данным Министерства здравоохранения РФ, всего 13% российских граждан 6–7-летнего возраста могут считаться здоровыми, и одной из немаловажных причин сформировавшейся ситуации становится отсутствие у них ценностного отношения к собственному здоровью. Специализированная роль в решении данной задачи отводится системе образования, налаженности взаимодействия межведомственных учреждений города по организации оздоровительной работы [2].

Привычка к здоровому образу жизни может стать тем условием, которое позволит расти и правильно развиваться каждому

ребенку. Меняются времена, программы и методики, но формирование привычки к здоровому образу жизни остается лучшей традицией и главным условием воспитания дошкольников [3].

В нашем саду работа по сохранению и укреплению здоровья дошкольников планомерно проводится в нескольких направлениях. Остановимся на первостепенных и, на наш взгляд, наиболее важных из них.

Итак, основополагающее направление — *проверка физического воспитания и проведение закалывающих процедур*. Для этого в детском саду есть все возможности: отдельные спортивный и музыкальный залы, бассейн. Действует спортивный кружок по программе «Школа мяча». Но главным фактором правильно выстроенной работы все-таки является человеческий фактор.

Для обеспечения развития темы используются следующие методические материалы.

- Программа дополнительного физического образования для детей 5–7 лет «Творим здоровье души и тела».

- Опыт работы инструктора по физкультуре С.В. Левиной, почетного работника общего образования РФ «Организация здоровьесберегающей деятельности старших дошкольников».

- Стратегия деятельности специалистов в рамках ДОУ.

- Обзор методик здоровьесберегающей педагогической системы в ДОУ.

- Диагностический материал для первичного обследования и по результативности коррекционно-педагогического процесса.

- Валеологическая модель выпускника ДОУ.

- Методические рекомендации по формированию навыков здорового образа жизни.

- Круглый стол «Проблемы организации работы по снижению заболеваемости детей и пути их решения через взаимодействие всех участников педагогического процесса».

- Материалы кружковой работы по программе «Школа мяча».

- Педсовет «Система физкультурно-оздоровительной работы с детьми разного уровня физического развития и состояния здоровья».

- Семинар «Планирование двигательной активности детей с учетом их индивидуальных способностей и возможностей».

- Методическая копилка: упражнения и задания на развитие мелкой моторики руки ребенка, артикуляционная, дыхательная, утренняя, бодрящая гимнастика, физкультминутки, корригирующая мини-гимнастика для профилактики нарушений осанки и стопы, гимнастика для глаз, мимическая.

- Опыт работы старшего воспитателя Е.А. Сапрыкиной «Оздоровительно-досуговая деятельность детей дошкольного возраста».

- Рекомендации для родителей дошкольников по организации

спортивных игр и упражнений на воздухе с детьми.

- Анкета для родителей «Какое место занимает физическая культура в вашей семье».

- Советы «Как не надо кормить ребенка».

- Советы «Питание ребенка и его здоровье».

- Подборка игр на развитие психических процессов (тренинг для родителей).

- Памятка «Организация двигательной активности детей дошкольного возраста».

Закаливающие мероприятия:

- нахождение детей в групповой комнате в облегченной одежде в течение дня;

- проведение утренней гимнастики на свежем воздухе в течение года;

- прогулки на свежем воздухе.

При правильной организации прогулка становится одним из важных моментов закаливания. Летом, когда температура воздуха достигает в тени 18–20 °С градусов, вся жизнь дошкольников переносится на участок. В холодное время года длительность пребывания детей на воздухе 3,5–4 ч в любую погоду в одежде, не стесняющей активную деятельность ребенка.

План деятельности по закаливанию и ЗОЖ

Занятия физкультурой, хореографией, посещение бассейна начинаются с младшей группы и чередуются на протяжении всей

недели в каждой возрастной группе. В течение года проводятся спортивные праздники, развлечения: дни здоровья, дни Нептуна, «Семейные старты». Причем все эти мероприятия организуются и проводятся совместно с родителями воспитанников. Врачебный контроль проводится ежемесячно в каждой возрастной группе в течение всего учебного года. Два раза в год дети обследуются на физическую подготовленность и выносливость. Также с младшей группы, начиная после периода адаптации, проводятся закаливающие мероприятия. При этом, естественно, учитываются группа закаливания, и обязательно мнение родителей.

Другое важное направление — *лечебно-оздоровительная работа*. Летом — световоздушные и солнечные ванны, босохождение. В любое время года — прогулки, сон с доступом свежего воздуха, участие детей в спортивном кружке по программе «Школа мяча».

Организация питания. Полноценное и сбалансированное питание особенно важно в детском возрасте. Только разнообразная пища обеспечивает организм необходимыми веществами для его роста и развития. Разумно организованное питание в детском саду позволяет сформировать правильное пищевое поведение и вкусовые привычки не

только самого ребенка, но и родителей.

Таким образом, целенаправленная работа по организации ЗОЖ в нашем саду дает ценную возможность сотрудничества с семьей воспитанников по вопросам укрепления и сохранения здоровья, позволяет сформировать у детей привычку к здоровому образу жизни. Проведенное исследование показало, что занятия по здоровьесберегающим технологиям благотворно сказываются на личности и здоровье. С помощью физического воспитания можно добиться снижения заболеваемости, общего физического развития, дети станут менее закомплексованными и агрессивными. В то же время физические занятия могут способствовать решению логопедических проблем.

Литература

1. Агаджанян Н.А. и др. Валеология человека: здоровье — любовь — красота. СПб., 2000.
2. Апанасенко Г.Л. Валеология: имеет ли она право на самостоятельное существование? // Валеология. 1996. № 2.
3. Современные проблемы физического воспитания и спорта: сб. тр. региональной науч.-практ. конф., посвященной 10-летию факультета физической культуры ИГПИ (г. Ишим, 5—6 ноября 2009) / Под ред. И.Н. Григоровича, А.Г. Поливаева. Ишим, 2010.

Занятия по здоровому образу жизни в группе заикания

Гусева Н.В.,
учитель-логопед;

Юматова Л.Ж.,
инструктор по физкультуре МБДОУ «Детский сад № 43
компенсирующего вида», г. Владимир

Формирование здорового образа жизни — одна из самых актуальных задач в настоящее время. Заниматься этим вопросом нужно с самого раннего детства. Работа в этом направлении проводится и в нашем детском саду. Предлагаем вашему вниманию конспекты таких занятий.

КВН «Я здоровье берегу – быть здоровым я хочу!»

Цель: закреплять навык спокойной речи: умение дать четкий ответ развернутой фразой на поставленный вопрос логопеда.

Задачи

Образовательная: систематизировать знание детей по темам: «Наше тело» и «Здоровый образ жизни».

Воспитательная: воспитывать интерес к своему здоровью.

Коррекционно-развивающие:

- развивать просодические компоненты речи: дыхание, темп речи, выразительность через упражнения «Загадки», «Ручку правую вперед»;
- корректировать связную речь путем: составления сложных предложений с союзом «а»

(дидактическая игра «Конкурс капитанов»); составления предложений с однородными членами (дидактическая игра «Поиски на ощупь»); коллективного составления рассказа (дидактическая игра «Режим дня»);

- развивать способность к умозаключению;
- устойчивость внимания;
- координацию движений через игру «Ручку правую вперед».

Оборудование: эмблемы команд, картинки по теме «Одежда», карточки с изображением различных режимных моментов, 2 «волшебных» мешка, муляжи продуктов питания, спортивный инвентарь, призы.

* * *

Звучит заставка к игре КВН.

Логопед. Внимание! Внимание! Мы начинаем КВН. Все мы хотим быть здоровыми, сильными, красивыми. Сегодня мы с вами попробуем разобраться, что же поможет нам такими стать. В нашей игре участвуют команды «Крепыши» и «Здоровячки».

Конкурс «Эмблемы»

Команды заранее готовят свои эмблемы. Капитаны дают по одной эмблеме жюри и объясняют значение. Жюри оценивает, чья эмблема получилась лучше.

Конкурс «Домашнее задание»

Логопед. Все вы знаете выражение: «Чистота — залог здоровья». А чтобы мы могли успешно бороться с микробами, нам нужны помощники. Про них наши участники и загадают загадки.

Загадки команде «Крепыши»

Ускользает, как живое,
Но не выпущу его.
Белой пеной пенится,
Руки мыть не ленится.
(Мыло.)

Вот какой забавный случай:
Поселилась в ванной туча.
Дождик льется с потолка
Мне на спину и бока.
До чего ж приятно это!
Дождик теплый, подогретый,
На полу не видно луж.
Все ребята любят ... (душ).

Загадки команде «Здоровячки»

— А о ком я расскажу? —
Говорит дорожка —
Два вышитых конца. —
Помойся ты немножко,
Чернила смой с лица!
Иначе ты впольня
Испачкаешь меня.
(Полотенце.)

Лег в карман и караулит
Реву, плаксу и грязнулю,
Им утрет потоки слез,
Не забудет и про нос.
(Носовой платок.)

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

Конкурс «Разминка»

Логопед. А теперь я загадаю вам загадки, только отгадки вы вслух не произносите, а покажите их.

Вот гора, а у горы две
Глубокие норы.
В этих норах воздух бродит:
То заходит, то выходит. (Нос.)
Всегда во рту, а не проглотишь.
(Язык.)

У двух матерей по пяти сыновей.
Одно имя всем ... (руки, пальцы).

Вы все правильно показали.
А теперь я буду называть части тела, а вы до них дотрагивайтесь ладонями. Посмотрим, какая команда все покажет правильно и быстро.

Приготовились! Начали! Щеки, колени, локоть, подбородок, затылок, бока, темя, ухо, переносица, живот, пятки, подмышки, ключица, шея.

Конкурс капитанов

Логопед. Здесь разложена одежда. Капитан команды «Крепыши» должен выбрать себе

одежду для занятий спортом на улице, а капитан «Здоровячков» — для физкультурных занятий в помещении. Каждый из капитанов должен обосновать свой выбор.

Конкурс «Режим дня»

Логопед. Что такое режим дня? Это распорядок дня, то, что мы должны обязательно выполнять каждый день. Например, каждое утро мы умываемся, чистим зубы, завтракаем...

На этих карточках изображены различные режимные процессы. Попробуйте разложить карточки по порядку, одну за другой так, как вы выполняете распорядок каждый день. Потом рассказать о том, что получилось.

Музыкальный конкурс

Игра «Ручку правую вперед»

Игра проводится в кругу. Играющие поют, сопровождая слова песни движениями.

Ручку правую вперед, а потом ее назад.

А потом ее вперед и немножко потрясем.

Мы танцуем «буги-вуги», поворачиваясь в круге,

И в ладоши хлопаем вот так: раз, два, три!

Ушко левое вперед, а потом его назад (и т.д.).

Конкурс-эстафета

«Поиски на ощупь»

Логопед. Перед нами два волшебных мешка. В них лежит всякая всячина. Слушай внимательно задания.

Ребята очень рады бывают шоколаду,

А я считаю вкусной морковку и капусту.

В мешке лежат всякие вкусности. Ребята «Крепыши» по очереди подбегают к мешку и, не глядя, достают только те продукты, которые полезны для нашего здоровья. А какие они?

Дети отвечают.

Для «Здоровячков» другое задание. Как известно, хочешь быть здоровым — занимайся физкультурой. В этом мешке среди разных игрушек вы должны на ощупь найти, достать предметы, необходимые для занятий спортом, положить в эту коробку и рассказать нам.

Подведение итогов

Ты с красным солнцем дружишь,
Волне прохладной рад,
Тебе не страшен дождик,
Не страшен снегопад.
Ты ветра не боишься,
В игре не устаешь,
И рано спать ложишься,
И с солнышком встаешь.
Зимой на лыжах ходишь,
Резвишься на катке,
А летом загораешь,
Купаешься в реке.
Ты любишь прыгать, бегать,
Играть тугим мячом,
Ты вырастишь здоровым!
Ты будешь силачом!

Детям вручаются призы — витаминки.

**Театрализованное
представление
«Чистота — залог здоровья»**

Цель: закреплять навык самостоятельной речи во время театрализованного представления.

Задачи

Образовательная: систематизировать знания детей по теме «Чистота — залог здоровья».

Воспитательная: воспитывать интерес к своему здоровью.

Коррекционно-развивающие:

- развивать просодические компоненты речи: паузацию, интонирование через передачу стихотворных текстов;
- творческое воображение, активность, выразительность движений во время исполнения роли;
- координацию движений через игру «Ровным кругом друг за другом», «Стираем белье», «Пылесос»;
- зрительное и слуховое внимание;
- словесную память.

Оборудование: маски действующих лиц, принадлежности для умывания (зубная щетка, расческа, мыло, зеркало, полотенце, шампунь, мочалка, вода), пылесос.

Действующие лица

Фея Чистота.
Король.
Принц.
Принцесса.
Зубная щетка.
Расческа.

Ведьма.
Грязильда.
Мыло.
Зеркало.
Полотенце.
Шампунь.
Мочалка.
Вода.
Витамин.
Ребенок.

* * *

В зал входит Король.

Король

О, милые дети!
Приветствую вас!
Прошу вас послушать
Печальный рассказ.
Король я волшебной
Счастливой страны.
Правитель я мудрый,
Мне слуги верны.
Одна лишь забота, одна лишь беда:

Принцесса грязнулей растет
у меня.

Не хочет умыться и ногти
подстричь,

Не хочет наряд королевский
носить.

Лишь платье наденет — сразу
пятно.

Конфеты поест ли — замажет
лицо.

Что делать с дочуркой —
Грязнулькой моей?

Ведущий. От вредных привычек избавьтесь скорей!

С визгом вбегает Принцесса,
одетая в помятое платье, лицо у нее
грязное, волосы не причесаны.

Принцесса

Не хочу я умываться!

С грязи буду я чесаться,

Но водою, но водою

Я не буду умываться!

Король (*хватаясь за голову*).

И вот так каждый день!

Принцесса. Умываться ведь мне лень!

Раздается удар грома. Свет гаснет, а когда зажигается, на сцене появляется Грязильда.

Грязильда

Я — Грязильда, ведьма злая!

Это кто у вас такая?

Девочка чумазая,

Все лицо измазано.

Руки чернее ночи.

Таких детей люблю я очень!

К себе в замок утащу

И в темницу заточу.

Будешь у меня хиреть,

Будешь у меня болеть!

Принцесса. Помогите! Помогите! От беды меня спасите!

Король

Ребята, кто поможет нам,

Тому полцарства я отдам!

Ребенок

Поможет только Чистота.

Ее мы позовем сюда.

Дети

Фея Чистота,

К нам иди сюда!

Появляется Фея Чистота.

Фея Чистота

Я — Фея Чистота,

Я каждому нужна.

С тобой, Грязильда, я сражусь,
Тебя нисколько не боюсь.

Грязильда. Уж эту замарашку тебе я не отдам!

Король. Я доченьку любимую сейчас отмою сам.

Фея Чистота

А где мои помощники?

Скорей сюда, сюда!

Принцессе помогите,
Чтоб не стряслась беда!

Выходят дети с принадлежностями для умывания, по очереди загадывают загадки и отдают соответствующие предметы Принцессе.

Зубная щетка

Волосистою головкой

В рот она влезает ловко

И считает зубы нам

По утрам и вечерам.

Расческа

Целых двадцать пять зубков

Для кудрей и хохолков,

И под каждым под зубком

Лягут волосы рядком.

Мыло

Гладко, душисто,

Моем чисто,

Нужно, чтобы у каждого было

Душистое...

Зеркало

Я эту загадку в карман положу,
Достану потом — на себя

погляжу.

Полотенце

После бани помогаю,

Промокаю, вытираю.

Пушистое, махровое,
Чистое, новое.

Ш а м п у н ь

Чтобы волосы блестели
И красивый вид имели,
Чтоб сверкали чистотой,
Мною их скорей помой.

М о ч а л к а

Вы меня намыльте смело.
Сразу я возьмусь за дело.
Руки, ноги, тело тру,
Грязь любую ототру.

В о д а

Чтобы чистым быть всегда,
Людам всем нужна...

Фея Чистота. Мои подарки ты возьми.

Г р я з и л ь д а

Ей не умыться никогда,
Всегда грязнулею была!
Как в руки мыло взять не знает.

Фея Чистота

Подумаешь, беда какая!
Коль есть желание учиться,
Принцессу мы научим мыться.

Игра «Ровным кругом»

Дети, взявшись за руки, встают в круг. В середине стоит ребенок, исполняющий роль мыла. Дети двигаются шагом и поют.

Ровным кругом друг за другом
Будем весело шагать,
Что нам мыло здесь покажет,
То и будем выполнять!

Ребенок-мыло показывает, как надо намыливать руки. Дети повторяют движения. Затем игра повто-

ряется, соответствующие движения показывают шампунь, мочалка, полотенце, зубная щетка, зеркало. В зал входит умытая Принцесса.

К о р о л ь

В учебе ты — отличница:
Сама отмыла личико.
Сияют чистотой ладошки,
Отмыты также ручки, ножки.
Да и прическа модная.

Фея Чистота. Принцесса благородная!

Г р я з и л ь д а

Да, испугались вы меня.
Всего страшнее Чистота!
Боюсь ее я как огня!
Но выход я найду всегда.
Ты ей на платье погляди,
И чистый уголок найди.

Фея Чистота

В порядок платье приведем.
Большую стирку мы начнем.

Дети имитируют движения: «стирают белье», вешают на веревку, снимают с веревки, складывают в таз, гладят, аккуратно складывают. Потом Принцесса выходит в нарядном платье.

К о р о л ь

Горжусь тобой, моя красавица.
Принцесса мне такая нравится.

П р и н ц е с с а

С водою буду я дружить
И буду за собой следить.

Фея Чистота

Чистота всего полезней,
Защищает от болезней.

Грязильда

Насколько знаю, дочка ваша
Не убирала ни бумажки,
Лишь мусорить всегда умела.

Фея Чистота

А мы исправим это дело.

Игра «Пылесос»

Грязильда разбрасывает по полу
маленькие мячики, четыре ребенка
собирают их совком для мусора без
помощи рук. Пойманные мячи
опускаются в корзину.

Фея Чистота

Ну, Грязильда, погляди,
Попробуй грязь у нас найди.

Грязильда

Чистота — мой враг всегда.
Для меня она — беда.

Фея Чистота

И для вас, детвора,
Есть про чистоту игра.
Я начну, а вы кончайте,
Пословицу называйте.

Игра «Закончи пословицу или поговорку»

Фея Чистота (*начинает пословицу, дети продолжают*).

Мойте руки перед едой — (*будете здоровы*).

Кто аккуратен — (*тот людям приятен*).

Чистота — лучшая (*красота*).

Чистая вода (*для хворобы беда*).

Чаше мойся — (*воды не бойся*).

Будь аккуратен, забудь про
лень — (*чисти зубы каждый день*).

Грязильда

Нет сдаваться не желаю,
Своих микробов призываю.
Вы, микробы, мне полезны,
Принесли с собой болезни.
Будут все вокруг чихать,
Будут кашлять и рыдать.
Будет горлышко болеть
И никто не сможет петь.

Фея Чистота

От простуды и ангины
Нам помогут витамины.

Витамин

В овощах живем и фруктах,
Есть во многих мы продуктах,
А кто летом в лес пойдет,
Витамин и там найдет.

Принцесса

Вот полезные продукты —
Рыба, овощи и фрукты.

Король

Молоко и мясо съем.
Думаю, понятно всем:
Полноценная еда
Для здоровья нам нужна.

Грязильда

Вы микробов победили!
Что вы, дети, натворили!

Фея Чистота

Вызовем тебя на бой,
Будем воевать с тобой.
Принесу я аппарат,
Очень мощный агрегат,
Кто поможет грязь прогнать,
Это надо отгадать.
Ходит-бродит по углам,
Водит носом по коврам.

Где пришел — там пыли нет.
Пыль и сор — его обед.

(Пылесос.)

Фея Чистота включает пылесос
и наступает на Грязильду.

Грязильда
Убегаю! Убегаю!
Вам Принцессу оставляю.

Фея Чистота
Вы запомните, ребята:
Всех важнее чистота.
От хворобы, от болезней
Защищает нас она.
И недаром говорят в народе...

Дети. Чистота — залог здоровья!

Физкультурный досуг «Здравствуй, доктор Айболит»

Цели:

- укреплять здоровье;
- формировать навыки здорового образа жизни;
- закреплять навык выполнения основных движений;
- создавать положительные эмоции, радостное настроение во время игры.

Оборудование: по 2 мяча больших, мата, обруча с натянутой тканью, мешка; 2 веревочки, веревка, костюмы Айболита, Бармалея, по 8 палок гимнастических, мячей.

* * *

Дети в спортивной форме под музыку входят в зал, оформленный африканскими пейзажами. Строятся в шахматном порядке.

Ведущий. Ребята, посмотрите, как много гостей собралось сегодня у нас в зале. Давайте поприветствуем их!

Дети. Физкульт-привет, физкульт-привет!

Ведущий

Всем я дам такой совет и скажу
такое слово:

Спорт любите с детских лет,
будете здоровы!

У нас сегодня праздник
здоровья.

Быть здоровыми хотят
И взрослые и дети.

А как здоровье сохранить? Кто
может нам ответить?

1-й ребенок

Мы пришли вас научить,
Как здоровье сохранить.
Много грязи вокруг нас,
И она в недобрый час
Принесет нам вред, болезни.
Вам дадим совет полезный:
Наш совет совсем несложный —
С грязью будьте осторожны!

2-й ребенок

Мы рано просыпаемся,
Зарядкой занимаемся,
Зубы чистим каждый день
И холодной водою
Умываться нам не лень.

3-й ребенок

Чтоб быть быстрым, чтоб быть
ловким,

Я на завтрак ем морковку,
И всегда перед едой
Руки мою я водою.

4 - й ребенок

Я от вас, друзья, не скрою:
Постоянно уши мою.
У лисицы острый нюх,
У меня — отменный слух.

В е д у щ и й. Молодцы, ребята!
Сегодня в наш праздник здоро-
вья я предлагаю вам отправиться
в жаркую Африку, навестить
нашего доктора Айболита. Кста-
ти, недавно он прислал нам те-
леграмму и зовет нас в гости: он
очень хочет посмотреть, какими
сильными да ловкими вы стали.
Ну что, в путь? А не испугаетесь?

Дети отвечают.

Тогда перед дорогой нам не-
обходимо размяться и всем по-
казать, какие мы здоровые, лов-
кие да веселые.

Проводится разминка под музы-
ку «Чунга-чанга», по окончании —
дыхательная гимнастика.

Мы готовимся к рекорду,
Будем заниматься спортом:
Штангу с пола поднимаем,
Держим, держим и бросаем.
Наши мышцы не устали
И еще послушней стали.
Нам становится понятно:
Расслабление — приятно.

Открывается занавес, дети попа-
дают в Африку.

Ребята, посмотрите, мы оказа-
лись с вами в Африке.

Дети ходят по залу, осматривают-
ся, садятся на стулья.

Под музыку выбегает Б а р м а -
л е й.

Маленькие дети,
Ни за что на свете
Не ходите, дети, в Африку гулять.
В Африке — злодей,
В Африке — ужасный
Бармалей!

Уважаемый Бармалей, не кри-
чите так, а лучше поскорей нам
объясните, как добраться до док-
тора Айболита.

Б а р м а л е й. Так вы ищете это-
го жалкого докторишку? Терпеть
его не могу и дорогу к нему не
покажу.

В е д у щ и й. Ребята, не хочет
Бармалей помочь нам! Но мы
ведь и сами сможем справиться,
не так ли?

Б а р м а л е й. Подождите, подож-
дите, это как без меня? В моей
Африке я — хозяин, и дорогу к
Айболиту знаю только я один!

В е д у щ и й. А мы все равно не
боимся, не так ли, ребята?

Д е т и. Да.

В е д у щ и й. Потому что мы
смелые, ловкие и сильные, а еще
и здоровые.

Ведущий обращает внимание на
грязь на лице Бармалея.

Уважаемый Бармалей, а поче-
му Вы такой грязный?

Б а р м а л е й. Вас выслеживал,
вот и испачкался, а умыться не-
когда да и неохота.

В е д у щ и й. Да что Вы, Барма-
лей, разве можно так?

А вот наши дети знают, что
чистота — залог здоровья.

Ребята, расскажите Бармалею
зачем надо умыться.

Дети рассказывают.

Дорогой Бармалей, а поиграйка с нашими ребятами в игру «Что нужно мне для умывания?». Вот и посмотрим, все ли ты понял.

Бармалей. Ну, ладно, теперь я понял, зачем нужна вода, но с вашими играми я совсем проголодался, надо бы поесть.

Ведущий. Ребята, а давайте поможем Бармалею и объясним, какие продукты полезны для здоровья.

Проводятся две эстафеты: «Сухим полотенца после умывания», «Продукты для здорового завтрака».

Запомни, Бармалей, что для здоровья полезны овощи и фрукты, молочные продукты.

Бармалей. Спасибо, научили, но от ваших советов что-то я устал немного, полежу-ка у дороги. *(Отдыхает.)*

А наши ребята не устали. А почему? Ответим всем!

Дети. Со спортом дружит детвора, физкультура! Физкультура!

Часть детей выбегает на середину зала под песню «Чтоб расти и закаляться», другая часть выполняет упражнения с палками.

Ведущий. А еще мы умеем вот так.

Проводятся упражнения с мячами.

Бармалей. Ладно уж, так и быть, убедили вы меня, что надо следить за своим здоровьем. И за это провожу я вас к доктору Айболиту.

Под музыку дети с Бармалеем идут друг за другом, выполняя разные задания, к Айболиту,

Выходит Айболит.

Айболит. Рад вас видеть, ребята! Как вы выросли, окрепли! И Бармалей с вами?

Бармалей

Я хорошим обещаю стать и правила здоровья буду четко выполнять.

Айболит

Очень рад это слышать, А для вас, мальчишки и девчушки Приготовил я частушки. Если мой совет хороший, Вы похлопайте в ладоши. На неправильный совет Говорите: «Нет, нет, нет!»

Уважаемые, зрители, и вы не зевайте, с нами вместе поиграйте!

Постоянно нужно есть для зубов для ваших фрукты, овощи, омлет, творог, простоквашу.

Если мой совет хороший, вы похлопайте в ладоши.

Не грызите лист капустный, он совсем, совсем невкусный, лучше ешьте шоколад, вафли, сахар, мармелад. Это правильный совет?

Блеск зубам чтобы придать, надо крем сапожный взять. Выдавить полтюбика и почистить зубики. Это правильный совет?

Навсегда запомните, милые друзья, не почистив зубы, спать идти нельзя. Если мой совет хороший, вы похлопайте в ладоши.

Чтоб здоровье укреплять, полезно бегать и скакать, обливаясь, кувыркаться и под солнцем загорать. Если мой совет хороший, вы похлопайте в ладоши.

Молодцы, ребята, вот вам на здоровье витамины (*угощает*

детей), а мне пора провести моих зверей. До свидания, не болейте, витамины чаще пейте. (*Уходит.*)

В е д у щ и й. Пора и нам, ребята, возвращаться в нашу веселую страну «Неболейку».

А вы, уважаемый Бармалей, будьте здоровы и приезжайте в гости к нам.

Под веселую музыку дети и Бармалей выходят из зала.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Овощи и сыр против чипсов

Овощи с сыром могут заменить чипсы для маленьких любителей закусок, считают исследователи из Корнельского университета в США. По их наблюдениям, такая закуска тоже нравится малышам, но позволяет съесть на 72 процента калорий меньше.

В исследовании приняли участие более 200 детей. Малышей разделили на четыре группы и предложили во время просмотра телевизора закусить разными продуктами: картофельными чипсами, сыром, овощами и сочетанием овощей с сыром.

Затем у малышей измерили уровень сытости и проверили удовлетворенность пищей, которую они съели.

Из четырех видов закусок детям больше всего понравились чипсы и сочетание сыра с овощами. Выяснилось, что дети, которые ели сыр с овощами, потребили такое же количество калорий, как и те, кто перекусывал только овощами. При этом дети с избыточным весом благодаря сырно-овощной закуске сократили потребление калорий на 76 процентов, а малыши с нормальным весом — на 60.

Кроме того, по мнению ученых, такое сочетание молочных и овощных продуктов позволяет ребенку получить в одной порции клетчатку, витамины, а также ценный молочный белок и кальций.

<http://www.takzdorovo.ru>

Профилактика и лечение кариеса у детей

Терентьев С.П.,

врач-стоматолог, клиника «Дента-Вита», Москва

Ни для кого не секрет, что проблема кариеса зубов и методы его профилактики у детей очень актуальны.

Основной прирост заболеваемости кариесом и его быстрое прогрессирование приходится на возраст 6—7 и 11—13 лет. Кариозные полости в большинстве случаев возникают на жевательных поверхностях только что прорезавшихся зубов. Виной тому тонкая и уязвимая эмаль новых зубов. Основные средства гигиены полости рта с 5—6 лет — паста и зубная щетка. В этом возрасте дети могут уже сами чистить зубы. Однако родителям необходимо каждый день завершать гигиену полости рта своими руками примерно до 8 лет. Особое внимание необходимо уделять очищению уже имеющихся постоянных жевательных зубов. Это постоянные моляры, которые уже прорезались к этому возрасту. Чистить их нужно очень тщательно. Так как на их поверхности имеется большое количество ямок и фиссур. **Фиссуры** — это углубления на жевательной поверхности здоровых зубов.

Герметизация фиссур

Спасение зубов — герметизация фиссур. Эту процедуру можно делать детям от 2 до 12 лет. После прорезывания первых постоянных зубов, не позднее года, желательно, чтобы зубы ребенка испытали на себе герметизацию фиссур. Что это значит?

Сначала зуб проходит профессиональную чистку, затем обработку антисептиком. После полость рта ребенка изолируют от слюны, обрабатывают специальной кислотой, смывают ее, высушивают, а затем наносят специальный материал — герметик — тонким слоем. Фиксируют материал световой лампой и лишнее сошлифовывают.

За то время, что ребенок находится в руках стоматолога, врач посвящает его во все тонкости процесса герметизации простым и понятным языком, даже в игровой форме. Процедура абсолютно безболезненна и ни-

какого дискомфорта в кресле стоматолога дитя не почувствует, избежит волнения и мама.

Данная процедура имеет эффективность до 95—97% в том случае, если она проводится правильно и при минимальной инфицированности полости рта, т.е. ее необходимо проводить после профессиональной гигиены полости рта. Герметичными фиссуры будут в течение 1—2 лет. Герметик будет защищать поверхность зуба от попадания микробов и углеводов пищи, и дополнительно подпитывать ткани зубов фтором и кальцием. После герметизации фиссур необходимо регулярно два раза в год показываться стоматологу для контроля состояния твердых тканей зуба.

Начальный кариес

Начальный кариес представляет собой нарушение поверхностной ткани зуба.

На зубах появляются некрасивые пятна. Часто люди не обращают на них внимания и приходят к стоматологу, только когда начинает болеть зуб. Это ошибка!

Предупредить и остановить кариес можно на этапе его зарождения, главное — не упустить этот момент. Дело в том, что в полости рта постоянно идут два противоположных процесса: деминерализация и минерализация твердых тканей. И в том случае, когда они оба сбиваются, начинает активно вымываться каль-

ций, фосфор, фтор из поверхностных слоев.

В результате этого на зубе появляются белые меловидные пятна. Это и есть начальный кариес, который на данном этапе уже требует лечения. Сегодня это можно сделать, используя методику *Ison*. Более десяти лет назад в Германии впервые в мире был разработан *Ison*, способный остановить кариес без болезненного сверления. Это новая щадящая методика позволяет сохранить здоровые ткани зуба, которые раньше приходилось удалять при помощи бормашины. Используемая в этой методике смола запечатывает дефекты эмали, тем самым приостанавливает патологический процесс и не дает формироваться полостям. Для ребенка факт лечения зубов без бормашины особенно важен.

Лечение данной методикой займет всего 20—30 мин. И зубы станут здоровыми за одно посещение.

Кальцинирование и фторирование

Истощенная эмаль перестает защищать зуб, и он становится беспомощным перед атаками кариеса. При утрате зубного защитника зубы становятся более чувствительными и болят. Появление этих неприятных ощущений объясняется нехваткой фтора или кальция. В сменном прикусе зубы ребенка нуждаются в большом количестве этих элементов. В этот период два раза в

год нужно делать фторирование и кальцинирование зубов.

Процедура кальцинирования проста и недорога. Первый раз она делается в кресле стоматолога не более 5 мин. Этого времени вполне достаточно, чтобы зубы впитали в себя все необходимые витамины. Но радоваться рано. Одного раза зубам явно мало. Следующую процедуру можно сделать уже дома под пристальным вниманием родителей. В течение месяца ежедневно зубы ребенка будут насыщаться кальцием. После месячного кальцинирования наступает час следующей процедуры — фторирования.

По мировой статистике, фтор на 80% защищает зубы от стоматологических заболеваний.

Фторирование необходимо проводить после профессиональной гигиены и полной санации

рта, чтобы не было открытых кариозных полостей.

Эти процедуры особенно важны для молочных зубов, поскольку детские зубы отличаются тонкой эмалью и не особенно твердым дентином. Кариесу очень легко атаковать незащищенный зуб ребенка и в короткий промежуток времени расправиться с ним. Но и тем, у кого только начали прорезываться постоянные зубы, необходимо прийти к стоматологу. Полный курс фторирования зубов у детей и взрослых рекомендуется проводить один раз в год. Этого будет вполне достаточно, чтобы поддерживать зубы в должном состоянии.

Красивая улыбка и здоровые зубы — синонимы. При правильном уходе и постоянной заботе помощь стоматолога понадобится лишь для профилактики. Это аксиома, которую должен знать и взрослый и ребенок.

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



КАК СДЕЛАТЬ ОСАНКУ КРАСИВОЙ, А ПОХОДКУ ЛЕГКОЙ

Автор — Бабенкова Е.А.

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



Эту и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05
или закажите в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес.**

Принципы этапного лечения, диспансеризации и реабилитации детей с инфекционными заболеваниями мочевыделительной системы

Ганузин В.М.,

канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии ГУБО ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», г. Ярославль

Болезни мочевыделительной (мочевой) системы занимают одно из ведущих мест в структуре хронических заболеваний у детей. В последние годы в ряде регионов отмечается тенденция к увеличению распространенности этой патологии. В различных регионах России этот показатель колеблется от 54 до 87 на 1000 детей.

Под инфекцией мочевой системы (ИМС) подразумевают наличие воспалительного процесса в ее органах без специального указания на локализацию и определение его характера. Пилонефрит — это неспецифическое, острое или хроническое микробное воспаление в интерстициальной ткани почек и чашечно-лоханочной системе с вовлечением в патологический процесс канальцев, кровеносных и лимфатических сосудов.

Факторы риска развития ИМС и пиелонефрита у детей

Эндогенные:

- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и пато-

логическое течение беременности (выкидыши, аборт, недоношенность в анамнезе, хронические заболевания МВС у беременной, гестозы, хроническая гипоксия плода, внутриутробные инфекции и др.);

- факторы, способствующие формированию пороков развития МВС (наличие профессиональных вредностей у родителей и экологически неблагоприятный фон места проживания, вредные привычки родителей);
- отягощенная наследственность по патологии МВС;
- аномалии конституции (диатезы);
- перинатальная патология ЦНС в анамнезе, приводящая в ряде случаев к формированию дискинезии мочевыводящих путей (в том числе к пузырно-мочеточниковому рефлюксу, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, энурезу и т.д.).

Экзогенные:

- частые ОРВИ, ОРИ, хронические инфекции ЛОР-органов;

- рецидивирующие кишечные инфекции, дисбактериоз;
- функциональные и органические нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта;
- глистные инвазии, особенно энтеробиоз;
- дефекты питания (высокая белковая нагрузка на первом году жизни);
- применение нефротоксических лекарственных препаратов;
- переохлаждение.

Исходя из перечисленных факторов риска, педиатр на этапе поликлиники проводит комплекс мероприятий, не позволяющий реализоваться им в болезнь. Первичная профилактика включает формирование здорового образа жизни, повышение санитарной грамотности и медицинской активности всех членов семьи.

Для предотвращения развития нефропатий у детей из групп риска необходимо способствовать организации рационального питания (грудное — на первом году жизни) с соблюдением физиологического питьевого режима, повышение резистентности организма путем закаливания и рациональных физических нагрузок в различные возрастные периоды жизни.

Обследование и реабилитация детей с патологией мочевыделительной системы

Поскольку ИМС — острый инфекционный процесс в мочевых путях, при котором отсут-

ствуют лабораторные и инструментальные признаки поражения тубулоинтерстициальной ткани почек и нет четких признаков локального процесса (цистита, уретрита), диспансерное наблюдение за такими детьми осуществляется в течение 12 мес. по окончании антибактериальной терапии. При этом в самые кратчайшие сроки должны быть проведены дополнительные методы исследования и уточнена топика поражения мочевыделительной системы.

Если рецидивов заболевания не было и при обследовании не удалось определить топик поражения, ребенок снимают с диспансерного учета и переводят в группу риска.

При рецидивах заболевания ребенка с диспансерного учета не снимают и в обязательном порядке обследуют в нефрологическом отделении. При диспансерном наблюдении этих больных особое внимание уделяется появлению у них субфебрилитета, болей в животе и пояснице, дизурических явлений, вульвовагинита, наличия мочевого синдрома, воспалительных изменений в анализах крови.

При диспансеризации детей с ИМС осмотры педиатром в первые 3 мес. после постановки диагноза и проведения курса лечения проводятся ежемесячно, затем раз в 3 мес. в течение года.

К *обязательным лабораторным исследованиям* относятся:

- клинический анализ крови раз в 6 мес.;
- общий анализ мочи в первые 3 мес. — раз в 2 недели, далее — раз в мес. в течение года, а также — при интеркуррентных заболеваниях;
- анализ мочи по Нечипоренко (при нормальном и незначительно увеличенном количестве лейкоцитов в общем анализе мочи) — в первые 3 мес. — ежемесячно, далее — раз в 3 мес. в течение года, а также — при интеркуррентных заболеваниях; при высокой лейкоцитурии в общем анализе мочи данный анализ не показан;
- посевы на флору — перед началом антибактериальной терапии, далее — по показаниям (при лейкоцитурии, бактериурии и положительном нитритном тесте);
- инструментальные исследования — по показаниям.

Осмотры специалистов: нефролог — раз в 3—6 мес.; гинеколог — раз в 6 мес. Другие специалисты — по показаниям.

Реабилитационные мероприятия:

- режим щадящий, с соблюдением обильного питья, частым и полным опорожнением мочевого пузыря, что препятствует размножению патогенной флоры в мочевой системе;
- диета с исключением раздражающих мочевые пути веществ (соленья, острые соусы, чеснок, щавель, шпинат и др.);

- ЛФК, массаж;
- антибактериальная терапия при рецидивах инфекции мочевой системы;
- этапный метод реабилитации: стационарное обследование и лечение, амбулаторное долечивание, санаторий (по показаниям);
- медотвод от профилактических прививок на 3 мес.

Диспансеризация и реабилитация детей с пиелонефритом

При взятии на «Д» учет детей, больных пиелонефритом, участковый педиатр должен решать следующие задачи.

1. Определить кратность и длительность наблюдения. После перенесенного острого первичного пиелонефрита дети подлежат наблюдению в течение 5 лет. После острого вторичного пиелонефрита — до передачи во взрослую поликлинику.

Кратность осмотров педиатром: 1-й год наблюдения — в первые 3 мес. после купирования острого периода — ежемесячно, затем раз в 3 мес.; в последующие годы — раз в 6 мес.

При хроническом пиелонефрите дети наблюдаются до достижения ими 18 лет и передаются терапевту. Кратность диспансерных осмотров зависит от характера течения и тяжести заболевания.

2. Планировать лабораторное и функциональное обследования

для контроля эффективности реабилитационных мероприятий (составлены с учетом приказа Минздравсоцразвития России от 07.05.1998 № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям»).

Обязательные методы исследования проводятся всем больным, дополнительные — по специальным показаниям. Кратность диагностических исследований определяется индивидуально.

Обязательные лабораторные исследования для выявления микробно-воспалительного процесса и его активности

Клинический анализ крови:

- период максимальной активности — раз в 6—10 дней;
- стихания — раз в 14 дней;
- ремиссии — 2 раза в год;
- при интеркуррентных заболеваниях — однократно в начале и конце болезни.

Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, мочевины, фибриноген, СРБ):

- период максимальной активности — раз в 2 недели;
- стихания — раз в 2—4 недели;
- ремиссии — раз в 6—12 мес.

Общий анализ мочи:

- период максимальной активности — раз в 3—5 дней;
- стихания — раз в 7—14 дней;
- ремиссии — раз в 3 мес. в течение года, далее 2 раза в год;
- при интеркуррентных заболеваниях — однократно.

Количественные анализы мочи (по Нечипоренко, Амбурже):

- период максимальной активности — только при отсутствии выраженной лейкоцитурии;
- стихания — раз в 10 дней;
- ремиссии — раз в 6 мес.;
- при интеркуррентных заболеваниях — однократно.

Посев мочи на флору и антибиотикограмму:

- до назначения этиотропного лечения — однократно;
- по окончании этиотропной терапии — однократно;
- в ремиссии — при сохранении бактериурии.

Биохимические исследования мочи (суточная экскреция белка, оксалатов, уратов, цистина, солей кальция; показатели нестабильности цитомембран — этаноламин, перекиси, липиды, антикристаллообразующая способность мочи):

- период максимальной активности — однократно;
- стихания — однократно при наличии метаболических нарушений;
- ремиссии — по показаниям.

Обязательные лабораторные исследования для характеристики функционального состояния почек

Уровень креатинина, мочевины в крови.

Проба Зимницкого (у детей до 4—5 лет «свободная» проба Зимницкого): в период активности и

через 3 мес. после обострения; в период ремиссии раз в 12 мес.

Клиренс эндогенного креатинина.

Контроль за диурезом с уточнением количества выпитой жидкости.

Ритм и объем спонтанных мочеиспусканий (ведение дневника).

Обязательные инструментальные исследования

Измерение артериального давления (в период максимальной активности ежедневно, при стихании раз в неделю, в ремиссии раз в 3—6 мес.). При наличии повышенного артериального давления — суточное мониторное наблюдение за уровнем артериального давления для подбора адекватной терапии.

Ультразвуковое исследование органов мочевой системы (почки и мочевой пузырь) — в положении лежа и стоя, с наполненным мочевым пузырем до и после микции. Повторные исследования — по показаниям раз в 3—6 мес. На 2-м году диспансерного наблюдения — не реже раза в год.

Рентгено-контрастные исследования:

- микционная цистография (при стихании микробно-воспалительного процесса или в период ремиссии); в последующем — по показаниям;
- экскреторная урография (по показаниям в период ремиссии).

Участие врачей-специалистов в диспансеризации больных пиелонефритом: осмотры нефролога (уролога), гинеколога, ЛОР-врача, стоматолога — раз в 6 мес. (с санацией выявленных очагов инфекции), фтизиатра — раз в год, офтальмолога, невропатолога — по показаниям.

Все перечисленные специалисты не являются лечащими врачами больного ребенка, а помогают участковому педиатру определить лечебно-диагностическую и реабилитационную тактику ведения больного. При диспансерных осмотрах участковый педиатр должен определить не только общее состояние больного, но и наличие мочевого и отечного синдромов, состояние диуреза и ритма мочеиспусканий, а также оценить результаты проведенных лабораторных и инструментальных методов исследований.

Реабилитационные мероприятия

1. Формирование у ребенка и семьи активной медицинской позиции: врач-педиатр и медицинская сестра должны воспитывать у больного ребенка и его родителей установку на активное сотрудничество и успех в проводимом лечении.

2. Лечебно-охранительный режим на период обострения (постельный, полупостельный); щадящий — в первые 2—3 года после обострения.

3. Физические нагрузки. В период реконвалесценции показана лечебная физкультура.

В стадии ремиссии режим физических нагрузок расширяется; ребенок, в зависимости от течения заболевания, может заниматься в группе по физкультуре для ослабленных детей. В стадии стойкой клинко-лабораторной ремиссии (более 3 лет с момента обострения) может быть назначена основная медицинская группа по физкультуре с исключением некоторых видов упражнений (прыжки в высоту, на батуте и т.п.).

4. Режим мочеиспускания. Для детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями МВС важен режим регулярных мочеиспусканий (через 2—3 ч — в зависимости от возраста).

5. Ежедневные гигиенические мероприятия (душ, ванна, обтирания — в зависимости от состояния).

6. Диета. В период активного процесса: прием пищи 5—6 раз в день. Первые 7—10 дней молочно-растительная диета с умеренным ограничением белка (1,5—2 г/кг массы), соли (до 2—3 г в сутки), исключение экстрактивных веществ и продуктов, требующих для метаболизма больших затрат; обильное питье (выше возрастной нормы на 50%); при дисметаболических нефропатиях назначается специальная диета.

В период реконвалесценции: диета с исключением жареных, острых блюд, лука, чеснока, кофе и др.; чередование подкисляющей и подщелачивающей пищи

каждые 3—5 дней; высокожидкостный режим.

В период клинко-лабораторной ремиссии: диета с ограничением маринадов, консервантов, копченостей.

7. Медикаментозная терапия: — антибактериальная в амбулаторных условиях. В ряде случаев при обострении хронического пиелонефрита лечение ребенка может осуществляться амбулаторно с организацией «стационара на дому». Применяются «защищенные» пенициллины (амоксиклав, аугментин), цефалоспорины 2—3 поколения (пероральные типа цедекса, зинната или супракс) непрерывно в течение 3 недель со сменой антибиотика. Возможно применение ступенчатой схемы — при максимальной активности воспалительного процесса в течение 3—7 дней парентеральное введение препаратов одной группы с последующей сменой их на прием внутрь.

В поликлинике под наблюдением нефролога и участкового педиатра после курса непрерывной антибактериальной терапии проводится противорецидивное лечение в течение 4—6 недель в зависимости от характера пиелонефрита (обструктивный, необструктивный).

Рекомендуются следующие варианты противорецидивной терапии.

Фурагин (фурамаг) из расчета 5—6 мг/кг массы (полная доза) в течение 2—3 недель; да-

лее при нормализации анализов мочи и крови переходят на $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ от максимальной лечебной дозы в течение 2—8 недель.

Один из перечисленных препаратов налидиксовой кислоты (неграм, невиврамон); пипемидиновой кислоты (пимидель, палин, пипегал и др.); 8-оксихинолина (нитроксолин, 5-НОК) может назначаться по 10 дней каждого месяца в течение 3—4 мес. в возрастных дозировках.

Комплексный растительный препарат Канефрон Н в возрастных дозировках в течение 4—8 недель;

— антиоксидантная. Как правило, в остром периоде пиелонефрита терапия антиоксидантами не рекомендуется. По мере стихания микробно-воспалительного процесса в почечной ткани, через 3—5 дней от начала антибактериальной терапии, назначаются антиоксиданты на срок до 3—4 недель: витамин Е из расчета 1—2 мг/кг массы в сутки в зависимости от возраста; бета-каротин (Веторон по 1 капле на год жизни в зависимости от возраста (максимально 9 капель в сутки) ежедневно раз в сутки в течение 14 дней);

— иммуномодулирующая. Показания к применению: дети раннего возраста, имеющие возрастную дисфункцию иммунитета, пиелонефрит у часто болеющих детей, хроническое и затяжное тяжелое течение пиелонефрита, особенно в пост-

операционном периоде и вызванного госпитальными полирезистентными штаммами.

Препараты рекомбинантного интерферона (Виферон): Виферон-1 (150 000 МЕ) назначается детям моложе 7 лет ректально по 1 свече дважды в день в течение 7—10 дней, затем прерывисто 2—3 раза в неделю в течение 4—6 недель.

Бактериальные лизаты: Солкоуровак — вакцина, содержащая 10 штаммов различных патогенных микроорганизмов в инактивированной форме (6 штаммов *Escherichia coli*, по штамму *Proteus mirabilis*, *Proteus morganii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*). Препарат оказывает специфическое профилактическое действие при инфекциях мочевыводящих путей за счет стимуляции иммунитета. На фоне применения Солкоуровака происходит подавление инфекции мочевыводящих путей, в особенности устойчивой к другим видам терапии. Вакцинация проводится детям с 5-летнего возраста внутримышечно по 0,25 мл № 3 с интервалом в 2 недели, ревакцинация через год.

Уроваксом, содержащий 18 инактивированных штаммов кишечной палочки, разрешается с 6-месячного возраста внутрь по 1 капсуле утром натощак до исчезновения симптомов, но не менее 10 дней. При комбинированном лечении и профилактике рецидивов (обострения) хронической инфекции мочевого тракта, независимо от природы микроорганизма, в сочетании с

антибактериальными или антисептическими средствами — максимальный курс в течение 3 мес. Не следует принимать препарат за 2 недели до и в течение 2 недель после применения живых вакцин.

Полусинтетические: Ликопид назначается детям, начиная с периода новорожденности, по 1 таблетке (1 мг) раз в день в течение 10 дней;

— коррекция дисбиоза кишечника. Поддержание нормального кишечного микробиоценоза, с учетом возможного лимфогенного пути распространения инфекции, является профилактикой рецидивирования урогенальной инфекции. Коррекция дисбиоза кишечника проводится по двум направлениям: организация функционального питания (пищевые волокна, пре- и пробиотики); медикаментозное лечение (элиминация условно-патогенной и патогенной флоры с последующим восстановлением микрофлоры кишечника с помощью пробиотиков);

— фитотерапия. Назначается больным пиелонефритом в периоде ремиссии. Рекомендуются травы, обладающие противовоспалительным, антисептическим, регенерирующим действием. Целесообразно использование для проведения фитотерапии готового комплексного растительного препарата Канефрон Н;

— вакцинация. В активную фазу болезни проведение профилакти-

ческих прививок противопоказано. Вакцинация детей с пиелонефритом проводится не ранее 3 мес. после достижения клинико-лабораторной ремиссии, с обязательным контролем за анализами крови и мочи с целью уточнения активности процесса и функционального состояния почек. Вакцинация проводится по индивидуальному графику. По специальным показаниям вакцинация больных пиелонефритом может проводиться в периоде стихания микробно-воспалительного процесса.

Подготовка к вакцинации больных пиелонефритом

Показано проведение следующих лабораторных и инструментальных методов исследования:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи и анализ мочи по Нечипоренко;
- проба Зимницкого;
- УЗИ органов брюшной полости, почек.

Вакцинация

С первого дня вакцинации назначаются антигистаминные препараты (в течение 5—7—10 дней).

При рецидивирующем течении пиелонефрита после вакцинации на 5—7 дней назначается фурагин в возрастной дозировке, затем проводится поддерживающая терапия этим препаратом в дозе 2 мг/кг/сутки (однократно на ночь в течение 2—3 недель).

Поствакцинальное наблюдение проводится в течение первых 2

дней после вакцинации, затем с 6-го по 18-й дни (в период возможных поствакцинальных реакций). На 2-й, 6-й и 18-й дни поствакцинального наблюдения назначаются анализы мочи (общий или по Нечипоренко). Все дни поствакцинального периода измеряется температура.

Санаторно-курортное лечение показано:

- в периоде стихания острого пиелонефрита (местные санатории — «Малаховка» и др. — через 3 мес. от момента купирования активности заболевания);
- при первичном пиелонефрите в периоде ремиссии без нарушения функции почек и артериальной гипертензии;
- при вторичном пиелонефрите в периоде ремиссии без нарушения функции почек и артериальной гипертензии.

Курорты — через год после обострения (гг. Ижевск, Пятигорск, Железноводск и др.).

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий

Учитываются следующие показатели:

- исход в выздоровление, который определяется при сохранении стойкой полной ремиссии у больных острым пиелонефритом в течение 5 лет;
- исход в хроническую форму заболевания. Диагноз хронического заболевания устанавливается не ранее чем через год

от начала приобретенной патологии органов мочевой системы.

В приказе Минздравсоцразвития России от 19.04.2007 № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового» определены *критерии оценки качества диспансерного наблюдения больных детей:*

- полнота охвата диспансерным наблюдением должна составлять не менее 90% от числа детей, состоящих на «Д» учете;
- удельный вес детей, снятых с «Д» наблюдения по выздоровлению, должен составлять не менее 10% от общего числа, состоящих под «Д» наблюдением;
- удельный вес детей с улучшением состояния здоровья должен составлять не менее 10% от общего числа состоящих под «Д» наблюдением.

С диспансерного учета могут быть сняты дети, больные инфекционными заболеваниями органов мочевой системы (острый пиелонефрит, острый цистит и др.), через 5 лет и более после начала ремиссии при сохранении у них нормальных функций почек и при адекватном наблюдении в течение этого периода. В отдельных случаях, при неуточненной топике поражения после нефрологического обследования, дети с ИМС могут быть сняты с диспансерного учета через 12 мес. после получения курса терапии и наступления ремиссии.

Профилактика зрительных нарушений

Латышева Р.А.,

воспитатель ГБОУ д/с № 2567, Москва

Сегодня в дошкольных учреждениях уделяется большое внимание здоровьесберегающим технологиям, направленным на решение самой главной задачи дошкольного образования — сохранение, поддержание и обогащение здоровья детей. Кроме того, важно и обеспечение максимально высокого уровня реального здоровья воспитанников для формирования осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни как собственных, так и других людей.

По характеру деятельности выделяют частные (узкоспециализированные) и комплексные (интегрированные) здоровьесберегающие технологии. По направлению деятельности среди частных здоровьесберегающих технологий выделяют медицинские (технологии профилактики заболеваний, коррекции и реабилитации соматического здоровья, санитарно-гигиеническая деятельность), образовательные (информационно-обучающие и воспитательные), социальные (технологии здорового и безопасного образа жизни, профилактики и коррекции девиантного поведения) и психологические (технологии профилактики и психокоррекции психологических от-

клонений личностного и интеллектуального характера).

К *комплексным* здоровьесберегающим технологиям относят: комплексную профилактику заболеваний, коррекцию и реабилитацию здоровья (физкультурно-оздоровительные и валеологические); педагогические, содействующие здоровью; формирующие здоровый образ жизни.

Здоровьесберегающие технологии рассматриваются как фактор эффективного образования и метод формирования, укрепления и сохранения здоровья детей дошкольного возраста, что в наше время особенно актуально. Важно отметить, что эффективность образования напрямую зависит от состояния здоровья детей, а полноценная реализация здоровьесберегающих программ в образовании — прежде всего совместная работа медиков, педагогов и родителей.

Для этой цели, наряду с разнообразными лечебно-оздоровительными мероприятиями, направленными на реализацию здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе, огромное внимание должно уделяться технологиям обучения здоровому образу жизни, воспитанию культуры здоровья. Иными

словами, важно достичь такого результата, при котором наши дети, переступая порог «взрослой жизни», не только имели бы высокий потенциал здоровья, позволяющий вести ЗОЖ, но и багаж знаний, позволяющий им делать это правильно.

Болезни глаз у детей — не только медицинская, но и социально-психологическая проблема, потому что около 90% информации ребенок получает через органы зрения. Вот почему для качественного восприятия окружающего мира так важно правильное формирование здорового зрения и постоянный контроль за его состоянием.

Особое внимание необходимо обращать на детей, входящих в группу риска. К сожалению, данные неутешительны: у 80% детей за период школьного обучения снижаются показатели остроты зрения, а также нарушается рефракция.

В связи с этим наш педагогический коллектив должен больше уделять внимания охране и гигиене зрения детей, проведению различных занятий, игр и упражнений, способствующих улучшению зрительных функций.

Обязательный компонент коррекционной работы с детьми — *зрительная гимнастика*. В работе мы используем разные виды упражнений. Комплексы зрительной гимнастики основаны на авторских методиках Э.С. Аветисова, В.Ф. Базарного, Г.Г. Демирчоглыана и др. Такую гимнастику должны

проводить не менее 2 раз в день в течение 1—1,5—3 мин. Упражнения разнообразны по форме и содержанию, выполняются эмоционально и носят игровой характер. В упражнения должны включаться игровые или сюрпризные моменты, стихи, потешки и т.д. Кроме этого, в каждой возрастной группе, спальню комнате, кабинетах специалистов, спортивном зале, а также на верандах для прогулок необходимо создать условия для проведения упражнений для глаз и установить офтальмотренажеры.

При работе с последними мы можем выделить следующие коррекционно-развивающие задачи:

- развивать глазодвигательные навыки: способность следить за движущимся объектом и плавно перемещать глаза от точки к точке в разных направлениях (слева направо, сверху вниз и т.д.);
- периферийное зрение, расширять боковой обзор: способность видеть то, что нас окружает;
- навыки пространственной ориентации: способность судить о расположении одного предмета относительно другого;
- навыки зрительного анализа: способность выделять зрительное сходство и различие в размере, форме и цвете предметов.

Упражнения со зрительными стимулами (предметами)

На кончике указки прикрепляем яркий предмет (игрушка,

бабочка, самолетик, шарик и т.д.) и предлагаем вместе с ним отправиться в путешествие: обращаем внимание детей на соблюдение следующего правила: работают только глаза, голова неподвижна. Педагог перемещает указку в заданном направлении, сопровождая движения словами: «Посмотрели вверх-вниз, влево-вправо, покружились» и т.д. Предмет показывается в медленном темпе, чтобы ребенок до конца проследил глазами его движение. Зрительный стимул (предмет) находится чуть выше уровня глаз впереди сидящих или стоящих детей. Он не должен сливаться по цвету с одеждой педагога и окружающей обстановкой. При выполнении упражнения поощряем старания и результаты детей. Упражнения можно сопровождать стихами.

«Птичка»

Летели птички.

Дети следят глазами за птичкой по кругу.

Как они летели,

Смотрят вправо-влево.

Все люди глядели.

Как они садились,

Смотрят вверх-вниз.

Все люди дивились.

«Лошадка»

Мы поскачем

Дети следят глазами за предметом на лошадке.

Вправо-влево,

Смотрят вправо-влево.

Вверх-вниз.

Смотрят вверх-вниз.

Работа со схемами и малыми офтальмотренажерами

В работе педагоги часто используют офтальмотренажеры, которые не только помогают улучшить зрение, но и сами по себе интересны для детей. Тренажеры разработаны тифлопедагогами, логопедами и воспитателями. Они могут быть сюжетные, графические, модульные и выполняются в виде плакатов, схем, настенных панно и т.д.

Занимаясь на тренажерах, дети прослеживают глазами вертикальные, горизонтальные или другие линии, которые могут быть разной конфигурации: прямые, ломаные, сплошные, прерывистые, закругленные, спиральные. Очень нравится детям прослеживать глазами «запутанные» линии.

На схемах (лист ватмана размером 1×2 м) изображаем какие-либо цветные фигуры: овал, восьмерку, волну, спираль, ромб и т.д. Толщина линии — примерно 1 см. Плакаты размещаем выше уровня глаз ребенка в любом удобном месте (над доской, на боковой стене) и предлагаем «походить» глазами по линиям, а при повторном выполнении упражнения «побегать» глазами. Можно предложить де-

тям игровые сюжеты: «Едем в гости по разным дорожкам», «Кадаемся на машине», «Ищем дорогу в лесу» и т.д.

На первых порах детям легче проследить путь с помощью указки, а затем можно обойтись и без нее. Упражнения со схемами проводим в положении сидя или стоя. Педагог предлагает детям занять удобную позу, сделать несколько раз вдох и продолжительный выдох, после чего зафиксировать взор на точке или другом символе, обозначающем начало пути, затем проследить дорожку глазами (голова при этом остается неподвижной). Упражнение повторяем 5—6 раз.

Обучение детей работе на офтальмотренажере проводится в несколько этапов.

На *подготовительном этапе* детей знакомят с офтальмотренажером. Педагог медленно ведет указкой по линиям. Обращает внимание на точность движений, которые не выходят за контур линии, предлагает детям последить глазами за указкой.

На *основном этапе* ребенок сам ведет указкой по офтальмотренажеру. Педагог следит за точностью выполнения упражнения, помогает правильно проговаривать направления движений и их изменения на тренажере.

На *заключительном этапе* ребенок самостоятельно, без указки работает на офтальмотренажере, прослеживая глазами и обязательно называя пространственные направления.

«Штурман»

Цели:

- развивать зрительное восприятие, прослеживающую функцию зрения, навыки пространственной ориентации;
- обучать правильному словесному обозначению направления.

Педагог распределяет роли: один ребенок — «водитель», а другой — «штурман» (указать детям начало и конец пути цветными ориентирами). Водитель с помощью указки передвигается по игровому полю по словесной инструкции штурмана, например: «Едем вверх, затем направо...». Задача штурмана — проследить правильность движения водителя. По окончании игры игроки меняются ролями. Указку можно заменить маленькой машинкой.

Работа с карточками, расположенными на стенах групповой комнаты (метод В.Ф. Базарного)

Один из законов зрения — движение. Когда глаз перемещается, он видит. Если глаз долго и пристально смотрит вблизи, зрение слабеет. Мы должны стараться учить детей после продолжительной зрительной работы вблизи перемещать взгляд вдаль, вверх. Предлагаем посмотреть на предмет, зрительный стимул, расположенный в глубине пространства. Соблюдение этого правила обеспечивает снятие аккомодационного напряжения, которое является механизмом стойкого снижения зрения. При этом в динамическую работу включаются глазные мышцы, работающие недостаточно,

и, наоборот, расслабляются те глазные мышцы, несущие основную нагрузку при работе на близком расстоянии.

На стенах располагаем силуэтное изображение предметов, игрушек, героев сказок, геометрические фигуры, цифры, буквы. Их размер соответствует зрительным возможностям детей (15—30 см). Картинки и детали должны быть четко различимы с наиболее удаленного стола. На занятии дети по просьбе педагога встают, отыскивают глазами нужную картинку — отвечают на вопрос или загадку педагога: надо стараться, чтобы картинки соответствовали теме занятия и объединялись общим сюжетом.

Данный тип упражнения заключается в слежении глазами в положении стоя по заданным направлениям с одновременным вращением головой и туловищем: все упражнения выполняются в позе свободного стояния: каждое упражнение базируется на зрительно-поисковых стимулах; в процессе зрительного поиска дети совершают сочетанные движения головой, глазами и туловищем. Продолжительность упражнения, проводимого в середине занятия, 1,5—2 мин.

Упражнения на расширение зрительно-пространственной активности

Выполняются на больших офтальмотренажерах, расположенных на стене или потолке. В разработанные нами большие офтальмотренажеры мы вносим

игровой и познавательный сюжет; при этом размер настенных панно составляет от 2 до 5 м. Мы создали большие настенные панно: «Волшебные часы», «Полет бабочек», «Город геометрических фигур», «Бегущие человечки», «Дорожное движение», «В гостях у сказки», «Путешествие по Африке», «Разноцветные дорожки», «Радуга» и т.д.

Методика проведения упражнений и занятий на больших тренажерах аналогична методике проведения упражнений с малыми тренажерами. Педагоги могут сочетать упражнения для глаз с правильным дыханием, а также с физическими упражнениями. Приведем подробное описание некоторых упражнений.

«Часы»

Выполняется в положении стоя или сидя. Перед детьми на стене расположено большое панно.

Поднять глаза вверх, сделать ими круговое движение по часовой стрелке от 1 до 12 раз, затем наоборот, от 12 до 1, т.е. против часовой стрелки. Повторить движения 5—6 раз. Можно называть цифры в следующем порядке: 1, 3, 6, 9, 12, затем наоборот: 12, 9, 6, 3, 1.

Вытянуть руки вперед, посмотреть на кончики пальцев, поднять руки вверх (вдох), следить глазами за руками, руки опустить (выдох). Повторить 4—5 раз.

«Постреляй глазами по цифрам»

Дети фиксируют взгляд на центре круга. Педагог называет какую-либо цифру, а дети находят ее глазами, и взгляд снова возвращается в центр.

Вариант упражнения со стихами

Тик-так, тик-так!

Дети делают движения глазами.

Вот так, вот так!

Смотрят вправо-влево.

Тик-так, тик-так!

Смотрят вверх-вниз.

Еще вот так!

Тик-так, тик-так!

Делай с нами, делай так!

Двигают глазами по часовой стрелке.

Тик-так, тик-так!

Двигают глазами против часовой стрелки.

«Весенние мотыльки»

Цели:

- развивать прослеживающую функцию глаза, глазомер, зрительно-двигательную координацию;
- формировать навыки вербального описания зрительно воспринимаемых предметов и объектов, их свойств и явлений;
- укреплять наружную мускулатуру глаз: учить зрительно расчленять изображение на части, составлять целое из частей.

Упражнение выполняется сидя на полу, на стуле или стоя с использованием указки или движенья рук и пальцев. При этом педагог следит за осанкой детей, учит держать голову прямо и работать только глазами.

Педагог

На полянке на весенней
Закружились мотыльки.
Разноцветны, легкокрылы,
Все похожи на цветы!
По дорожке синей-синей
Удивительно прямой
Мотылек летит красивый,
Отливая синевой.
А вокруг него порхают
Два веселых мотылька.
То к земле они слетают,
То взмывают в облака.
Их малюсенькие крылья
Так нежны, как лепестки.

На зеленую дорожку
Сел зеленый мотылек,
А к дорожке шоколадной
Мотылек летит другой —
У него резные крылья
С полоской золотой.
А пока они летали,
Хоровод ведя цветной,
Больше крылышки их стали,
Мотылек стал большой!

А на красной красивой дорожке
Мотылек красивый кружит.
Вверх взлетая и вниз опускаясь,
Плавно крыльями он шевелит.
А навстречу ему из-за окошка
Прилетит краснокрылый
дружок.

На него, как на брата, похожий —
Весь такой же, как он, мотылек.

В конце пути каждого мотылька взгляд фиксируется на конечной точке полета.

«Цветные дорожки»

Цели:

- закреплять знания названий цветов радуги и последовательности их расположения;
- упражнять в порядковом и обратном счете в пределах 10, в узнавании и назывании цифр;
- знакомить с четными и нечетными числами первого десятка и цифрами, обозначающими эти числа.

* * *

Педагог. Жила-была прекрасная фея, которая любила играть с волшебным клубочком. Как-то раз клубочек укатился очень далеко. Давайте проследим глазами, куда же он покатился.

Педагог берет указку, на конце которой прикреплен красный клубочек, дети следят глазами за движением указки. По ходу выполнения упражнения педагог предлагает назвать цвет дорожек по направлению движения сверху вниз.

Докатился клубочек до сказочного замка, остановился и покатился обратно. Клубочек катился от цифры к цифре, а мы их назовем.

Дети прослеживают глазами движение указки по цветным дорожкам от цифры к цифре снизу вверх, на-

зывая их по порядку. Аналогично выполняется задание со счетом в обратном порядке и прослеживанием глазами сверху вниз.

Прикатился клубочек к фее и опять решил поиграть, стал прыгать по разным цифрам.

Дети «стреляют» глазами, называя цифры, около которых остановился клубочек.

В подготовительной к школе группе дети находят глазами и называют четные и нечетные цифры.

Гимнастика для глаз так же важна, как и общие физические упражнения. Под влиянием систематических упражнений глаза меньше устают, зрительная работоспособность повышается, улучшается кровообращение, а это способствует предупреждению нарушений зрения и развития глазных заболеваний. Профилактика глазных заболеваний, основанная на специальных двигательных упражнениях для зрительного прослеживания с применением специальных тренажеров, очень эффективна.

Компьютер считается мощным техническим средством обучения. Общение детей дошкольного возраста с компьютером начинается с игр, дома у многих есть компьютеры и дети неограниченны во времени. Поэтому родителям надо давать рекомендации по правильному использованию компьютера с комплексом гимнастик для глаз.

Зрительная гимнастика после занятия с использованием компьютера

Выполняется сидя или стоя, при ритмичном дыхании, с максимальной амплитудой движения глаз. Рекомендуются следующие варианты упражнений.

1. На счет 1—4 закрыть глаза, сильно напрягая глазные мышцы, затем открыть их, расслабив мышцы глаз, посмотреть вдаль через окно на счет 1—6. Повторить 4—5 раз.

2. На счет 1—4, не поворачивая головы, посмотреть направо и зафиксировать взгляд, затем на счет 1—6 посмотреть вдаль прямо. Аналогичным образом проводятся упражнения с фиксацией взгляда влево, вверх и вниз. Повторить 2 раза.

3. Голову держать прямо. На счет 10—15 поморгать, не напрягая глазных мышц.

4. На счет 1—6 быстро перевести взгляд по диагонали: направо вверх, налево вниз, потом прямо вдаль; затем на счет 1—6 — налево вверх, направо вниз и посмотреть вдаль. Повторить 2—3 раза.

5. На счет 1—4 закрыть глаза, не напрягая глазных мышц. На счет 1—6 широко раскрыть глаза и посмотреть вдаль. Повторить 2—3 раза. На счет 1—6, не поворачивая головы (голова прямо), делать медленно круговые движения глазами вверх-вправо, вниз-влево и в обратную сторону: вверх-влево, вниз-вправо. За-

тем посмотреть вдаль. Повторить 2—3 раза.

7. На счет 1—4 при неподвижной голове перевести взор с фиксацией его вверх, на счет 1—6 — прямо; после чего аналогичным образом вниз прямо, вправо прямо, влево прямо. Прodelать движение по диагонали в одну и другую сторону с переводом глаз прямо на счет 1—6. Повторить 2—3 раза.

В игровой комнате на оконном стекле на уровне глаз ребенка крепятся красные круглые метки диаметром 3—5 мм. За окном намечается какой-либо отдаленный предмет для фиксации взгляда. Ребенка ставят напротив метки на стекле на расстоянии 0—35 см и предлагают посмотреть в течение 10 с на красную метку, затем перевести взгляд на отдаленный предмет за окном и зафиксировать взор на нем в течение 10 с. После этого поочередно переводить взгляд то на метку, то на выбранный предмет.

Итак, здоровьесберегающая среда, созданная в условиях детского сада, способствует обеспечению адаптации ребенка в социуме, реализации потребностей в двигательной активности и более эффективному развитию двигательных навыков.

Результат эффективной работы педагогического коллектива — снижение заболеваемости детей.

Здоровье детей зависит не только от особенностей их физического состояния, но и от ус-

ловий жизни в семье, санитарной и гигиенической культуры людей, уровня развития здравоохранения и образования, социально-экономической и экологической ситуации в стране. Проблема здоровья детей в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях актуальна, своевременна и достаточно сложна, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества.

Именно обучение и воспитание, проявляясь в единстве целей формирования гармонично развитой личности, создают мотивацию в человеке. Поскольку все составляющие здоровья тесно взаимосвязаны, а реализация программы развития зависит от множества факторов, основная задача «педагогики здо-

ровья» — целостное формирование потребностей в сохранении и укреплении здоровья, в осознанной мотивации на здоровый образ жизни с помощью методов воспитания, самовоспитания, создание программы обучения здоровью.

Только здоровый ребенок может быть успешен в процессе личностного и интеллектуального развития, а значит, успешен в обучении. От того, насколько грамотно организована работа с детьми по физическому воспитанию, насколько эффективно используются для этого условия дошкольного учреждения, зависит здоровье ребенка.

Профессор Г.Г. Демирчоглян пишет: «Педагоги могут и должны сделать все возможное для нормального развития детского зрения».

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

В практику работы образовательных учреждений активно внедряются дошкольные группы кратковременного пребывания. Такая форма особенно востребована в сельской местности, где нет дошкольных учреждений. Данные группы размещаются на базе общеобразовательных школ, действующих детских садов, учреждений дополнительного образования.

По данным управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, на базе жилых квартир располагалась 1231 семейная группа, которые посещали 14 854 ребенка, а как структурное подразделение дошкольного учреждения сформировано всего 9046 семейных групп с числом детей — 79 589 (Москва, Краснодарский край, Ханты-Мансийский АО, Новосибирская область и др.).

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

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ

ОБУЧАЕМ ДОШКОЛЬНИКОВ ГИГИЕНЕ

Автор — Баринова Е.В.

В книге представлены подробно развернутые сценарии занятий по правилам поведения в детском саду и школе, личной гигиене. Помимо основных тем в пособии отражены темы добра и зла, вежливости и доброты, речевого этикета, дружбы, семьи, ОБЖ. Пособие предназначено для воспитателей дошкольных организаций, учителей начальных классов, организаторов внеклассных мероприятий.

ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ НА ПРОГУЛКЕ

Авторы — Бабенкова Е.А., Параничева Т.М.

В силу высокой учебной нагрузки в ДОУ и дома у большинства детей отмечаются дефицит в режиме дня, недостаточная двигательная активность, приводящая к появлению гипокинезии, вызывающей серьезные изменения в организме ребенка. В методическом пособии представлена методика врачебно-педагогического контроля при проведении игр на свежем воздухе. Описаны практические рекомендации по проведению подвижных игр на свежем воздухе в теплое и холодное время года. Приведены рекомендации по безопасности организации подвижных игр. Описано действие игры на организм ребенка.

ФИЗКУЛЬТУРНЫЕ СЮЖЕТНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 3—4 ЛЕТ

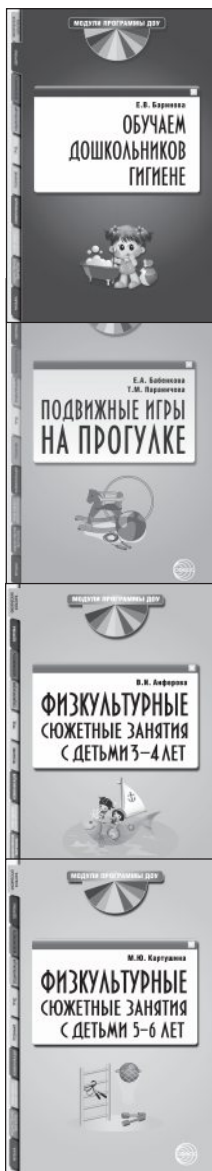
Автор — Анферова В.И.

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

ФИЗКУЛЬТУРНЫЕ СЮЖЕТНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 5—6 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

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



Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

Игры с песком в обучении дошкольников

Гусева М.А.,

педагог-психолог ГБОУ ЦО № 1619

им. М.И. Цветаевой, Москва

Организация игр и игровых упражнений с песком помогает эффективно развивать умственные и творческие способности дошкольников.

В данной статье представлена модификация игр с использованием песка:

- для развития перцептивных процессов;
- внимания и памяти;
- мышления и воображения.

Данная разработка поможет работникам ДОУ методически грамотно использовать песок в работе с детьми и эффективно решать проблемы и трудности, с которыми соприкасаются дети на пути своего личностного развития.

Игры и упражнения для развития перцептивных процессов

Какие игры и упражнения подходят тому или иному ребенку, педагог-психолог и воспитатели определяют самостоятельно, с учетом его развития.

Найди такую же игрушку

Цели:

- совершенствовать восприятие формы;
- развивать произвольное внимание.

Материал: карточки с изображением плоскостных геометрических фигур (прямоугольник, квадрат, треугольник, круг, овал) и игрушки, расположенные в разных местах песочницы (пирамидка, ракета, парус, шарик, тарелка, елка, трамвай, машина, собака, еж) и т.д.

* * *

Взрослый знакомит ребенка с геометрическими фигурами. Предлагает ему на песке найти игрушку, похожую на ту или иную геометрическую фигуру. В игре используется набор геометрических фигур с учетом возраста ребенка.



Составь разноцветный узор

Цели:

- совершенствовать зрительное восприятие;
- развивать произвольное внимание.

Материал: 2 набора цветных фишек по семь цветов (желтый, синий, зеленый, красный, коричневый, черный, белый) и карточки, в которых разноцветными кружочками изображена последовательность использования фишек для составления узора.

* * *

Взрослый предлагает ребенку посмотреть на карточку и запомнить, в какой последовательности разложить на песке фишки по кругу, чтобы получился разноцветный узор по предложенному образцу. Варианты образцов могут быть разные.

Посади огород

Цели:

- совершенствовать восприятие цвета и пространства;
- учить использовать заместители предметов и располагать их на плоскости в соответствии со знаковой символикой.

Материал: набор картинок с изображением овощей (репа, огурец, помидор, капуста, укроп, лук, свекла, редис, салат, кабачок) и карточки, на которых нарисованы разноцветные кружочки. Например, на карточке в верхней части расположены два зеленых кружка, в нижней части — по

одному кружку зеленого и красного цвета (цвета на карточке могут варьироваться).

* * *

Взрослый показывает ребенку плоскостную фигуру сказочной Феи и говорит, что Фея хочет посадить огород и ищет себе помощника, который сможет разгадать ее загадку и посадить овощи в задуманном ею порядке. Протягивает ребенку одну из карточек с цветными кружочками и предлагает самостоятельно посадить овощи на песке в той последовательности, которая указана на карточке (например, зеленый кружок — огурец, два зеленых — салат, красный кружок — морковь и т.д.). Продолжать игру можно, используя карточки с другим порядком расположения цветных кружков.

В мире загадок

Цели:

- совершенствовать тактильное восприятие;
- развивать внимание.

Материал: на песке расположены предметы из разного материала: ткани, пластика, дерева, металла, соломы, коры, картона, меха.

* * *

Вариант 1. Взрослый завязывает ребенку платком глаза, просит достать из песочницы предмет, определить его свойства и назвать, из какого материала он сделан.

После ответа на вопросы еще раз поговорить с ребенком, какие ощущения он испытывал, обследуя предмет.

Вариант 2. Взрослый называет свойства какого-либо предмета. Ребенок с завязанными глазами должен найти и взять этот предмет.

Картина на песке

Цели:

- совершенствовать восприятие формы и пространственных отношений между объектами;
- развивать произвольное внимание.

Материал: палочка для рисования на песке и несколько образцов сюжетных рассказов для детей.

* * *

Взрослый, используя один из сюжетных рассказов, предлагает ребенку выполнить следующее задание: в центре нарисовать домик, вверху слева — солнце, внизу слева — цветок, внизу справа — грибок, за домиком — дерево, под деревом — скамейку.

Затем взрослый вместе с ребенком проверяют правильность выполненного задания.

Варианты заданий могут быть разные.

Машина времени

Цель: формировать восприятие времени.

Материал: таблички со словами: вечер, утро, день, месяц, неделя, год, век, среда, пятница, вторник, воскресенье.

* * *

Взрослый в хаотичном порядке расставляет на песке таблички со словами (используется полный набор слов) и предлагает ребенку расположить слова в правильной последовательности.

После выполнения ребенком задания можно загадать загадки на времена года.

В лесу, где березки столпились
гурьбой,
Подснежника глянул глазок
голубой.

Земляника покраснела,
Повернется к солнцу боком —
Вся нальется алым соком.

Листья клена пожелтели,
В страны юга улетели
Быстрокрылые стрижи.
Что за время, подскажи?

Красногрудый, чернокрылый,
Любит зернышки клевать,
С первым снегом на рябине
Он появится опять.

Нарисуй квадрат

Цель: развивать пространственные представления.

Материал: указка и палочки одинаковой высоты (в количестве 20 шт.).

* * *

Ребенку показывают расположение палочек на песке.

Палочки расположены следующим образом: по пять по вертикали и горизонтали, к ним, образуя ровные ряды, ставятся еще десять палочек.

Все они образуют большой квадрат, внутри которого размещается 15 малых квадратов.

Ребенок указкой по предложению взрослого должен соединить палочки таким образом, чтобы получились квадраты: самый большой и самый маленький. Далее можно попросить ребенка соединить палочки таким образом, чтобы получились еще квадраты. В заключение попросить ребенка сосчитать количество квадратов разного размера.

Дорисуй фигуру

Цель: развивать пространственные представления.

Материал: указка.

* * *

Ребенку предлагается рассмотреть на песке рисунок (незаконченная геометрическая фигура квадрата) и дорисовать так, чтобы получился квадрат. Таким же образом изобразить на песке незаконченную фигуру треугольника, затем круга, ромба, овала, прямоугольника и т.д.

В заключение попросить ребенка вспомнить, какие геометрические фигуры были нарисованы на песке, их название, и сказать, на какие предметы, находящиеся в комнате, они похожи.

Игры и упражнения для развития внимания и памяти

Слушай мелодию

Цель: развивать слуховое внимание.

Материал: фортепиано или аудиозапись: «Наша елочка», «Медвежата» М. Красёва, «Скачут лошади» Т. Попатенко, «Игра с куклой» В. Карасевой, «Плачет котик» М. Парцхаладзе и коробка с игрушками, соответствующими музыкальному репертуару: елочка, лошадка, кукла, медвежонок.

* * *

Взрослый вместе с ребенком вытаскивают из коробки игрушку (в это время начинает звучать мелодия, соответствующая конкретному предмету-образу), вместе рассматривают ее и педагог-психолог предлагает изобразить действия с игрушкой под звучащую мелодию. И так повторяется со всеми игрушками, затем они убираются в коробку. Далее включается мелодия повторно, и ребенок должен из коробки взять игрушку, соответствующую тому или иному звучащему музыкальному произведению.

Волшебная цифра

Цели:

- совершенствовать память;
- закреплять математический счет.

Материал: карточки с цифрами (от 1 до 10; карточка с цифрой 3 красного цвета, остальные карточки белые с черными цифрами).

* * *

Взрослый говорит ребенку, что он попал в Страну знаний и в ней есть одна волшебная цифра.

Там, где она встает на песке, тут же меняется порядок других цифр. Предлагает вместе посмотреть на полянку и найти эту цифру. Ребенок видит: на песке порядок расположения цифр нарушен (1, 2, 4, 5, 6, 7, 3, 8, 9, 10). Волшебную цифру «3» ставит на свое место. Затем опять отворачивается. Порядок цифр снова нарушается. Игра продолжается до тех пор, пока не надоест ребенку.

Посмотри и повтори

Цель: совершенствовать память.

Материал: геометрические фигуры (квадрат, треугольник, круг, ромб, прямоугольник, пятиугольник).

* * *

Вариант 1. Взрослый выкладывает на песке фигуры в определенном порядке. Ребенок должен запомнить порядок выложенных на песке геометрических фигур. Затем он отворачивается от песочницы, воспитатель меняет последовательность расположения геометрических фигур на песке. Ребенок должен воспроизвести первоначальный порядок их расположения. Игра повторяется несколько раз и каждый раз усложняется: добавляется новая фигура.

Вариант 2. Ребенку дают карточку с чередованием геометрических фигур по форме и цвету.

Взрослый показывает карточку только на несколько секунд, затем убирает и просит выложить на песке все фигуры в правильной последовательности. Задание можно усложнять за счет включения новых геометрических фигур (эллипс, шести-, семи-, восьми-, девяти-, десятиугольник).

Построй заборчик

Цель: совершенствовать память.

Материал: палочки разной (10, 12, 15 см) высоты.

* * *

Взрослый расставляет на песке палочки. Например, высокая, средняя; средняя, высокая; средняя, низкая; низкая, средняя; высокая, средняя; средняя, высокая (чередование может быть разным).

Ребенок несколько секунд смотрит на заданный ряд, затем по памяти расставляет палочки на песке.

Игры для развития мышления

Больше — меньше

Цель: развивать умение сравнивать.

Материал: палочки разной (10, 12, 15 см) высоты и разной (0,5, 1 см) толщины.

* * *

Вариант 1. Взрослый называет предметы и объекты: слон, мышка, дерево, кустик, диван, стол,

окно, лампа, ребенок, взрослый и т.д. Ребенок подбирает нужную палочку по высоте и толщине, соответствующую названному предмету или объекту, и ставит в песок.

Вариант 2. Таким же образом закрепляются знания о понятиях: выше — ниже, шире — уже, длиннее — короче, толще — тоньше и т.д.

Четвертый лишний

Цель: формировать умственные операции анализа и обобщения.

Материал: игрушки (петушок, птичка, бабочка и коза — варианты могут быть самые разные, например, лев, слон, волк и корова) и т.д.

* * *

Взрослый предлагает ребенку рассмотреть игрушки, расположенные на песке, и спрашивает, какая лишняя. Игра повторяется до тех пор, пока она вызывает у ребенка интерес и он выполняет задания без ошибок.

Приходи в гости

Цель: развивать наглядно-образное мышление.

Материал: карточки-письма с изображением разветвленной дорожки к домику, где спрятан крот. На песке в разных местах размещены ориентиры, с одной стороны (справа) два грибка, с другой (слева) два дерева.

* * *

Взрослый предлагает ребенку внимательно рассмотреть схему и найти на песке место, где спрятался крот. Варианты карточек — письма (схемы) — даются ребенку с определенным усложнением. Первое задание ребенок выполняет по инструкции взрослого, последующие — самостоятельно.

Инструкция к первому заданию. Посмотри на песочницу, здесь где-то спрятался крот, он зовет тебя в гости. Надо найти его домик. Он прислал письмо. В письме нарисована дорога. Смотри, сначала надо дойти до середины песочницы, затем повернуть направо и дойти до грибка, затем пройти вперед и потом повернуть налево и дойти до дерева, где спрятался крот.

Найди похожий предмет

Цель: развивать логическое мышление.

Материал: коробка с набором мелких игрушек, подобранных по понятиям: виды транспорта, животные (домашние и дикие) и т.д.

* * *

Взрослый предлагает ребенку посмотреть на песок, на котором находятся два предмета, например, мотоцикл и автобус. Рассмотреть их, затем из коробки с игрушками выбрать те, которые подходят к этой группе предметов и относятся к одному понятию. Игра продолжается до тех пор, пока ребенок не ошибается и сохраняет интерес к ней.

Игры для развития воображения и творчества

Дорисуй фигуру

Цель: развивать воображение.

Материал: указка.

* * *

Взрослый обращается к ребенку с предложением вместе порисовать волшебные фигуры. Объясняет: они так называются потому, что каждую фигурку можно дорисовать, чтобы получилась какая-нибудь любая картинка, какую захочет ребенок. Затем взрослый указкой на песке рисует квадрат и показывает ребенку несколько вариантов дорисовывания, в процессе которого квадрат превращается в окошко, домик, будку, лоток и т.д. Затем ребенку последовательно предъявляются (по одной) геометрические фигуры (круг, прямоугольник, овал), которые ребенок дорисовывает на песке указкой. После того как ребенок дорисовал фигурку, взрослый спрашивает его: «Что у тебя получилось?»

Расскажи сказку

Цель: развивать воображение, фантазию.

Материал: в песочнице несколько игрушек (кукла Золушка, ковер-самолет, Баба Яга, волк, медведь, Иван-царевич). Все игрушки расставлены в песочнице в разных местах.

* * *

Взрослый предлагает ребенку рассмотреть игрушки, вспомнить,

из каких они сказок, и придумать свою сказку, используя героев разных сказок. Если ребенок попытается развивать самостоятельно сюжет сказки, ему следует помочь.

Попробуй представить

Цель: развивать вербальное воображение.

Материал: трафаретка на песке с надписью «Школа для кошек»; в коробке игрушки-трафаретки: 6 кошек, девочка, фигура взрослого человека, собака, мебель для комнаты.

* * *

Взрослый обращается к ребенку с предложением поиграть в школу для кошек: «Попробуй представить, что будет, если в одном сказочном городе откроется школа для кошек!»

В начале игры взрослый помогает ребенку пофантазировать, затем только поощряет выдумку ребенка. Вариантов может быть много, например: «Люди научились летать» или «Собаки стали говорить человеческим голосом, что бы они поведали людям?» и т.д.

Все эти игры и упражнения ребенок может выполнять под руководством взрослых (воспитателей, родителей). Целенаправленные занятия обычно дают хороший результат и помогают детям справиться со многими проблемами.

Чтобы усилия взрослых были эффективными, воспользуйтесь следующими советами.

Не допускайте, чтобы ребенок скучал во время игр-занятий. Интерес — лучшая из мотиваций, он делает детей по-настоящему творческими личностями и дает им возможность испытывать удовлетворение от интеллектуальных заданий.

Повторяйте игры и упражнения. Развитие умственных способностей ребенка определяется временем и практикой. Если в какой-то игре или упражнении ребенок не может выполнить задания, вернитесь к нему позднее или предложите ребенку более легкий вариант.

Не проявляйте излишней тревоги по поводу недостаточных успехов и недостаточного продвижения вперед или даже некоторого регресса.

Будьте терпеливы, не спешите, не давайте ребенку задания, превышающие его интеллектуальные возможности.

В играх нужна мера. Не заставляйте ребенка выполнять задания, если он вертится, устал, расстроен; предоставьте ребенку возможность заниматься играми с песком по своему желанию.

Избегайте неодобрительной оценки, находите слова поддержки, чаще хвалите ребенка за его терпение, настойчивость и т.д. Никогда не подчеркивайте его слабости. Формируйте у него уверенность в своих силах.

Успехов вам и больше веры в себя и возможности ребенка, с которым вам предстоит взаимодействовать!

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Количество дошкольных учреждений, находившихся под надзором Роспотребнадзора в 2011 г., составило 49 329 (в 2010 г. их было — 48 057), в том числе 48 366 муниципальных и ведомственных учреждений и 963 частных. Данное количество учреждений посещало 5 661 039 детей (в 2010 г. детские сады посещал 5 266 971 ребенок), в том числе 5 591 459 детей посещают муниципальные и ведомственные учреждения и 69 580 детей — частные. Таким образом, в течение 2011 г. свои двери для почти 400 тыс. детей открыло 1 271 детское дошкольное учреждение.

Это позволило сократить:

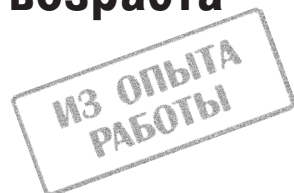
- общий процент укомплектованности (переуплотнения групп) дошкольных учреждений почти на 2% (с 106,4 до 104,6%);
- количество дошкольных учреждений, в которых группы переуплотнены, — на 4540 (или почти на 10%) (с 19 312 до 14 772 учреждений).

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

Взаимоотношения детей старшего дошкольного возраста

Зюзгина Л.А.,
старший воспитатель;

Буркова О.В.,
воспитатель старшей группы ГБОУ № 1550, Москва



Большое значение и актуальность приобретает изучение ребенка в системе его отношений со сверстниками в группе детского сада, так как дошкольный возраст (первоначальное становление личности ребенка) — особо ответственный период в воспитании. В это время в его общении со сверстниками возникают довольно сложные взаимоотношения, существенно образом влияющие на его развитие.

Общение с детьми — необходимое условие психического развития ребенка. Потребность в общении рано становится его основной социальной потребностью. Общение со сверстниками — условие формирования общественных качеств личности ребенка, проявления и развития начал коллективных взаимоотношений детей.

Как известно, потребность ребенка в общении со сверстниками возникает несколько позже, чем со взрослыми. Однако именно в дошкольный период она уже выражена очень ярко и если не находит своего удовлетворения, это приводит к неизбежной задержке социального развития. А наиболее благоприятные усло-

вия правильного воспитания и развития создает именно коллектив сверстников, в который ребенок попадает в детском саду.

Дошкольная группа — первое своеобразное детское общество, возникающее в совместных играх детей, где они имеют возможность самостоятельно объединиться друг с другом и действовать как маленькими, так и большими группами. Именно в этих совместных играх ребенок приобретает социальный опыт, необходимый для развития у него качества общественности. Это общество возникает на основе сюжетно-ролевой игры, где имеются благоприятные условия для формирования коллективизма. Воспитательное влияние группы на дошкольника обуславливается как исключительной значимостью общества сверстников, так и эмоциональной привлекательностью. Потребность всегда участвовать в совместной деятельности со сверстниками растет от младшего к старшему дошкольному возрасту. И если ребята не принимают своего товарища в игру, исключают из игры в случае нарушения правил — это действенная воспитательная мера

детского коллектива по отношению к своему сверстнику.

Под влиянием взаимоотношений у детей могут складываться как положительные, так и отрицательные качества личности. Ведущая роль в формировании правильных взаимодействий между детьми в детском саду принадлежит воспитателю. Он должен знать, что для выявления характера взаимоотношений детей следует провести социометрический эксперимент, рекомендованный Я.А. Коменским, определить принципы, по которым одни дети становятся авторитетами, лидерами, а другие оказываются в положении отверженных. Воспитатель должен определить свою роль в формировании правильных норм общения между детьми. Ему нужно провести наблюдения, направленные на выявление особенностей тематики и содержания игр и реальных взаимоотношений между детьми, побеседовать с ними для выявления мотивов игрового общения.

На основе результатов, полученных при изучении группы детей, воспитателю необходимо выяснить причину, почему ребенок оказался отверженным, найти в нем такое хорошее качество, чтобы дети поняли, что он не так плох.

Воспитатель, выявив отверженного ребенка в группе, обязан помочь ему войти в коллектив, формировать в нем дружеское отношение к своим сверстникам на примере своих товарищей или героев книг. Он должен давать ему какие-то поручения для совместного выполнения с другими детьми. Нужно помочь ребен-

ку самореализоваться и добиться понимания в группе.

Случается, что лидером становится совсем не тот ребенок. Здесь также надо хорошо изучить его и дать понять в процессе беседы с детьми, что за такие качества людей не ценят вовсе, их нужно перевоспитать.

Таким образом, воспитатель должен понимать и помнить, что ему принадлежит ведущая роль в формировании дружеских взаимоотношений у детей, поскольку в детском саду закладываются основы всей дальнейшей жизни ребенка. Важно, чтобы здесь он научился ценить дружбу, товарищество, умел соглашаться с наиболее оптимальными решениями, признавать себя правым и несправедливым.

В настоящее время в теории и практике дошкольной педагогики все большее значение придается детской коллективной деятельности на занятиях как средству нравственного воспитания. Совместная деятельность объединяет детей общей целью, заданием, радостями, огорчениями, переживаниями за общее дело. В ней распределяются обязанности, согласуются действия. Участвуя в совместной деятельности, ребенок учится уступать желаниям сверстников или убеждать их в своей правоте, прилагать усилия для достижения общего результата.

Прежде всего важно заранее решить, каким образом будет предъявлено задание, чтобы оно предстало как коллективное. Следовательно, воспитатель должен не только поставить перед детьми

цель, достичь которую они могут вместе, но и обсудить способы, при которых будут согласовываться совместные действия для ее достижения. Задача воспитателя состоит в том, чтобы разъяснить, как следует договариваться, с учетом желаний каждого, предлагать свои варианты, не допуская грубости, справедливо распределять задание между собой, выслушивать мнение товарищей, возражать в корректной форме и пр. Организация такой деятельности возможна лишь на этапе закрепления имеющихся навыков, когда дети не нуждаются в разъяснении приемов работы и их внимание можно сосредоточить на другой задаче. А чтобы раскрыть особенности методики воспитательной работы, которая приводит к формированию способов сотрудничества, необходимо определить, какое содержание занятий позволяет объединить детей в небольшие группы с общим заданием.

Способы сотрудничества формируются у детей постепенно. Вначале следует предлагать несложные задания, которые объединяют результаты деятельности всех участников в общий итог. Например, «Цветы на лугу» (рисование, аппликация и лепка). Затем задания постепенно усложняются. Наиболее сложными заданиями являются такие, которые ставят задачу идентичного выполнения всех действий, тесной согласованности друг с другом в процессе деятельности, например, расписывание узором волшебных сапожек, скатерти-самобранки. При такой форме

объединения особую роль играет совместный поиск: дети должны обсудить, что они нарисуют, какие элементы узора они включат и где их разместят.

Таким образом, можно сказать, что объединение детей в небольшие группы для совместного выполнения заданий по изобразительной деятельности позволяет сформировать у них прочные способы сотрудничества, а также определенные представления об особенностях работы в коллективе. Эти занятия не оказывают отрицательного влияния на формирование взаимоотношений, а наоборот, способствуют их укреплению. Сформированные при совместной работе способы сотрудничества оказываются достаточно устойчивыми, поскольку разъяснения о нормах поведения и отношения к сверстникам сразу реализуются детьми в собственной практической деятельности. Накопленный опыт согласования действий они переносят в другие виды деятельности (в труд, игру), а также в повседневное общение.

Известно, что в дошкольном возрасте игра — основная форма организации жизни, в процессе которой дети как-то влияют друг на друга, приобретают привычки. Детские взаимоотношения строились в процессе игр (дидактических и сюжетно-ролевых), при этом особый интерес вызывали подвижные игры. При их проведении важно то, чтобы дети без лишних споров могли распределять роли между собой, а затем соблюдали все правила. Дети способны самоорганизовываться. Они используют такие приемы:

«назначение ведущего», «поручаем по очереди провести игру» и т.д.

Совместная работа с детьми как форма организации их деятельности применяется в старших группах, когда осваиваются какие-то новые трудовые процессы. Вмешательство в процесс требовалось, только когда мы не были достаточно уверены в том, что дети доведут дело до конца, а также для предупреждения нежелательного их поведения. В таких ситуациях целесообразно применять частую оценку промежуточных результатов, например: «Вот мы уже половину работы выполнили, осталось немного до конца и дело сделано». Таким образом фиксируя и поощряя промежуточные успехи детей, мы приводим их к достижению конечной цели.

Из сказанного можно сделать вывод, что все виды деятельности детей влияют на их взаимоотношения. Чем чаще они участвуют в совместной деятельности, тем лучше и прочнее отношения в коллективе. Очевидно, что сама по себе группа не будет дружной. Сплочение коллектива не будет хорошим, если не проводить в нем целенаправленной работы по формированию дружеских взаимоотношений. Детям нужно доходчиво разъяснять, что такое «хорошо» и что такое «плохо». Лишь тогда у них сформируются правильные отношения в группе, а затем в школе и вообще в жизни дети будут уметь дружить, находить контакт с людьми, будут честными, добрыми, справедливыми, а эти качества всегда ценятся в людях.

Сказкотерапия в эмоциональном благополучии дошкольников

Епифанова Т.В.,

воспитатель МБДОУ д/с комбинированного вида № 14,
г. Мценск Орловской обл.

Эмоции играют важную роль в жизни детей, помогая воспринимать окружающую действительность и адекватно реагировать на нее. Чувства господствуют буквально над всеми сторонами жизни, придавая им особую окраску и выразительность. Поэтому

эмоции, которые испытывает малыш, легко прочесть на его лице, в позе, жестах, во всем его поведении.

Дошкольный возраст — начало всестороннего развития и формирования личности. Как известно, наблюдения за эмоци-

ональными особенностями собственного ребенка, хотя и удивили Ч. Дарвина, но не слишком изменили его представление об эволюции эмоций у человека, т.е. о чисто биологической функции и природе эмоций в отличие от духовной природы разума (Ч. Дарвин, 1881). Влияние дарвиновских идей прослеживается до наших дней в представлениях об инволюции эмоциональной жизни, как в фило-, так и в онтогенезе. По мнению В.К. Вилюнаса, эмоции особенно необходимы при отсутствии приобретенного опыта, т.е. чем ближе к рождению, тем их больше [4].

Д. Уотсон рассматривал эмоцию как наследственную стереотипную реакцию организма, которую в чистом виде можно найти только на самых ранних стадиях онтогенеза. Ученый выделяет в качестве базальных биологических реакций страх, ярость и любовь, которые можно полностью выразить в терминах ситуации и реакции на нее [3].

Классические исследования В. Штерна и К. Бюлера обнаружили специфическую динамику эмоциональной сферы в раннем детстве.

Отечественной психологией накоплены данные, позволяющие рассматривать развитие эмоциональной сферы в контексте процесса формирования личности (А.Ф. Лазурский, Г.Я. Трошин и др.) [1].

Так, А.В. Запорожец и Я.З. Неверович показали, что при пере-

ходе от раннего детства к дошкольному возрасту по мере возникновения простейших видов продуктивной деятельности (полезной не только для самого ребенка, но и для окружающих детей и взрослых) изменяются эмоциональные процессы, осуществляющие регуляцию такой деятельности [5].

Г.Я. Трошин описал представление о генезисе эмоциональной сферы. Именно он показал и органическую связь между онтогенезом эмоциональной сферы и личности. Впервые мы находим представление о возможности диагностики аномалий в психическом развитии на основе закономерностей развития в норме.

Следует отметить, что под влиянием эмоций течение всех познавательных процессов может изменяться. Эмоции могут избирательно способствовать одним познавательным процессам и тормозить другие [6].

Человек, находящийся в эмоционально нейтральном состоянии, реагирует на предметы в зависимости от их значимости, при этом, чем важнее для него тот или другой фактор (предмет, его свойство), тем лучше он воспринимается.

Эмоции умеренной и высокой степени интенсивности вызывают уже отчетливые изменения в познавательных процессах, в частности, у ребенка появляется сильная тенденция к восприятию, припоминанию и т.д. При этом содержание воспринимаемого,

мнемического и мыслительного материала усиливает и упрочивает эмоцию, что в свою очередь еще больше укрепляет тенденцию к сосредоточению на содержании, вызвавшем эту эмоцию. Поэтому, как правило, безуспешными оказываются попытки повлиять на сильные эмоции при помощи уговоров, объяснений и других способов рационального воздействия.

Ребенок более, чем взрослый, подвержен влиянию эмоций.

Эмоциональное возбуждение улучшает выполнение более легких заданий и затрудняет более трудных. Но при этом положительные эмоции, связанные с достижением успеха, обычно способствуют повышению, а отрицательные, связанные с неуспехом, — снижению уровня выполнения деятельности; когда успех вызывает эмоции большой силы, протекание деятельности нарушается, но и в случае, когда успех достигается ценой особых усилий, возможно появление усталости, ухудшающей качество деятельности; когда неуспех следует за серией успеха, он может вызвать кратковременное повышение уровня выполнения деятельности; положительная эмоция способствует лучшему, а отрицательная — худшему выполнению деятельности, в результате которой эти эмоции возникли.

Эмоции и мышление имеют одни и те же истоки и тесно переплетаются в своем функционировании. Однако особенность

сознательного человека заключается в том, что эмоции не определяют его поведения. Решение о том или ином действии формируется таким человеком в процессе тщательного взвешивания всех обстоятельств и мотивов. Этот процесс обычно начинается с эмоциональной оценки и завершается ею, но в самом процессе доминирует мысль [6].

Характерная особенность формирования эмоциональной сферы — когда эта задача решается в процессе всего времени пребывания ребенка в детском саду. Совместная деятельность ребенка с педагогом, сверстниками (на занятиях, в игровой или бытовой деятельности) постоянно оказывает влияние на его эмоциональную сферу. Общение с ребенком необходимо организовать так, чтобы он сам понял и открыл для себя, как ему следует реагировать и поступать в различных ситуациях. *И пример взрослого* здесь — один из решающих факторов. Учитывая это, взрослому необходимо уметь видеть себя со стороны, проявляя эмоциональную культуру и такт.

Для правильного эмоционального воспитания ребенка важна *организация самого процесса*. Оформление группы, расположение игр, игрушек, книг должно не только побуждать ребенка проявлять эмоции, но становиться его социальным опытом.

Одно из первых эмоциональных переживаний, которые формируются у ребенка в младшем

дошкольном возрасте, связано с желанием (нежеланием) посещать детский сад. Поэтому крайне важно, чтобы в группе была создана атмосфера добра, покоя, любви, т.е. эмоционального комфорта (благополучия).

Следует отметить огромную роль, которую играют взрослые, в первую очередь *семья*, в установлении душевной гармонии детей.

Анализируя эмоциональное благополучие (неблагополучие) детей, можно увидеть, что большую роль в создании благополучного эмоционального фона играет семья. Для полноценного развития личности ребенка необходима гармоничная семья, т.е. с благоприятным эмоциональным климатом, характеристиками которого считаются сплоченность, доброжелательность, значимость каждого ее члена, чувство защищенности и доверия друг к другу. Когда же в семье преобладают отчужденность, эмоциональная дистантность, отсутствие сотрудничества членов семьи друг с другом, это говорит о неблагоприятном климате — одной из главных причин дисгармоничного развития ребенка. Поэтому так актуально исследование детских эмоций, которыми занимались и занимаются отечественные и зарубежные ученые. Подходов к проблеме множество, поскольку детско-родительские отношения — это не односторонняя связь «родитель — ребенок», «ребенок — родитель», а взаимоотношения их

друг с другом. И причинами нарушения отношений могут быть личностные качества родителей и детей, стили поведения родителей, выбранный тип воспитания, эмоциональные отношения и т.д.

Отношения родителей с детьми формируют определенные отношения между детьми, создают определенный эмоциональный фон. Диктаторское, авторитарное поведение, подавление интересов, жесткая критика, а также игнорирование ребенка, отсутствие заинтересованности в его жизни формируют слабую, несамостоятельную, неуверенную в себе личность. Авторитетное поведение родителей в сочетании с вниманием, заботливостью, любовью к ребенку, готовностью помочь, поддержать его в трудных ситуациях формируют здоровую полноценную личность.

Один из эффективных методов работы с детьми, испытывающими те или иные эмоциональные и поведенческие затруднения, — **сказкотерапия**. Этот метод позволяет работать с агрессивными, неуверенными, застенчивыми детьми, имеющими проблемы стыда, вины, лжи. Почему сказка так эффективна при работе с детьми, особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте?

Во-первых, в дошкольном возрасте восприятие сказки становится специфической деятельностью ребенка, обладающей невероятной притягательной силой, позволяющей ему свободно мечтать и фантазировать. При этом

сказка для ребенка не только вымысел и фантазия. Это еще и особая реальность, которая позволяет раздвигать рамки обычной жизни, сталкиваться со сложными явлениями и чувствами и в доступной для понимания ребенка сказочной форме постигать взрослый мир чувств и переживаний.

Во-вторых, у маленького ребенка сильно развит механизм идентификации, т.е. процесс эмоционального объединения себя с другим человеком, персонажем, и присвоение его норм, ценностей, образцов как своих. Поэтому, воспринимая сказку, ребенок, с одной стороны, сравнивает себя со сказочным героем, и это позволяет ему почувствовать и понять, что не только у него есть такие проблемы и переживания. С другой — с помощью ненавязчивых сказочных образов ребенку предлагаются выходы из различных сложных ситуаций, пути решения возникших конфликтов, позитивная поддержка его возможностей и веры в себя. При этом ребенок отождествляет себя с положительным героем. Происходит это не потому, что дошкольник так хорошо разбирается в человеческих взаимоотношениях, а потому, что положение героя более привлекательно по сравнению с другими персонажами. Это позволяет усваивать правильные моральные нормы и ценности, различать добро и зло [8].

Каждая сказка уникальна. Однако использование сказко-

терапии как воспитательной системы предполагает общие закономерности работы со сказочным материалом.

Принцип осознанности. Основной акцент делается на осознании причинно-следственных связей в развитии сюжета; понимание роли каждого персонажа в развивающихся событиях. Основная задача взрослого — показать воспитанникам, что одно событие плавно вытекает из другого, даже если на первый взгляд это незаметно. Важно понять место и назначение каждого персонажа сказки.

Принцип множественности (понимание того, что одно и то же событие, ситуация могут иметь несколько значений и смыслов). В этом случае задача — показать одну и ту же сказочную ситуацию с нескольких сторон.

Принцип реальности (осознание того, что каждая сказочная ситуация разворачивает перед нами некий жизненный урок). Здесь задачей выступает кропотливое и терпеливое прорабатывание сказочной ситуации с позиции того, как сказочный урок будет использован в реальной жизни, в конкретных ситуациях.

В практической психологии можно встретить несколько способов работы со сказками как с проекцией, в зависимости от того, какие задачи ставит перед собой психолог или педагог.

Можно выделить следующие методы работы со сказкой:

— использование сказки как метафоры. Текст и ее образы вызывают свободные ассоциации, которые касаются личной психической жизни человека, затем эти метафоры и ассоциации обсуждаются;

— рисование по мотивам сказки. Свободные ассоциации проявляются в рисунке, дальнейшая работа идет с графическим материалом;

— «Почему герой так поступил?». Ведется активная работа с текстом, где обсуждение поведения и мотивов персонажа служит поводом к обсуждению ценностей и поведения человека. Вводятся оценки и критерии «хорошо — плохо»;

— проигрывание эпизодов сказки. Участие в них дает возможность ребенку или взрослому прочувствовать некоторые эмоционально значимые ситуации и «сыграть» эмоции;

— использование сказки как притчи-наравоучения. Дается под-сказка с помощью метафоры как вариант разрешения ситуации;

— переделка сказки или творческая работа по ее мотивам.

Можно сказать, что сказкотерапия — один из значимых методов, поскольку в сказках отражены и житейская мудрость, и примеры поведения людей и животных в различных ситуациях. На фактах и примерах языком художественных образов сказка учит жизни, ярко, определенно, без всяких оговорок, показывая хорошее и плохое. Это свойство делает ее ценным орудием воспитания, особенно детей дошкольного возраста, требу-

ющих предельной конкретности и ясности. Несомненно то, что, слушая сказку, дети как бы примеряют на себя образ персонажа, сравнивая и оценивая, как бы поступил он в той же ситуации. Сказка влияет на развитие эмоциональных качеств ребенка, а те, в свою очередь, на формирование правильных нравственных качеств.

Реальная помощь ребенку — изменение отношения со стороны близких взрослых (как главного источника положительных эмоций у детей на протяжении всего дошкольного возраста), от которого зависят поддержание физического и психического тонуса, формирование активной позиции в решении встающих перед ним задач, подкрепление адекватной возрасту устремленности в будущее.

Литература

1. *Абрамова Г.С.* Введение в практическую психологию. М., 1995.
2. *Астапов В.М., Микадзе Ю.В.* Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. СПб., 2001.
3. Альманах психологических тестов. М., 1995.
4. *Бреслав Г.М.* Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. М., 1990.
5. *Виллюнас В.К.* Психология эмоциональных явлений. М., 1976.
6. *Волков Б.С., Волкова Н.В.* Детская психология: от рождения до школы. СПб., 2009.
7. *Дубровина И.В.* и др. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми. М., 1998.
8. *Шорохова О.А.* Играем в сказку: сказкотерапия и занятия по развитию связной речи дошкольников. М., 2006.

Игры для развития тактильных ощущений

Ванюкова Л.Н.,

воспитатель отделения реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья «Особый ребенок» на базе Ивантеевского социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Теремок», г. Ивантеевка Московской обл.

В тактильных играх привлекайте внимание ребенка к собственным ощущениям, разнице получаемых ощущений с помощью сенсорных стимулов. Например, на спинку, животик, плечи ребенка накладывайте подушку, наполненную камешками.

Получая яркие ощущения от прикосновения тяжелой подушки, он начинает выделять, замечать эти части тела. Изменяя позы, перемещаясь, ребенок учится ориентироваться в пространстве собственного тела. Формируется интерес ребенка к собственному телу, создаются предпосылки к телесному ориентированию.

В играх используйте телесно-ориентированные приемы (объятия, поглаживания, совместные жесты) со зрительным контактом «глаза в глаза», эмоциональными и предметными стимулами. Сочетание этих приемов способствует возникновению у ребенка чувства защищенности, безопасности.

Твердый — мягкий

Перед ребенком на столе находятся мисочка с теплой водой, вата, жесткая щетка. Взрослый действует рукой ребенка, хлопая поочередно по воде, вате, жесткой щетке и сопровождая действия словами: «Твердая щетка, мягкая ватка». Если ребенок с удовольствием участвует в этой игре, можно побуждать его к самостоятельным действиям.

Усложнение: за счет использования разнообразных поверхностей — наждачная бумага, мисочка с кремом и т.п.

Кисточки

Взрослый предлагает ребенку рассмотреть и потрогать кисточки: мягкую большую — для нанесения макияжа и клеевую жесткую. Затем начинает гладить (щекотать) кисточкой тыльную сторону руки, ладонь, каждый пальчик, комментируя действия: «Глажу мягкой кисточкой, щекочу жесткой кисточкой». Фиксиру-

ется эмоциональная реакция ребенка на предлагаемый тактильный контакт.

Веревочки

Взрослый предлагает ребенку брать в руки (или вкладывает в его руки) различные веревочки (пояски от халатов, грубые хозяйственные веревки, гладкие или рельефные шнуры для штор). Протягивая веревку через руки ребенка, он фиксирует его внимание на удержании веревки в кулаке, комментирует свои действия. При многократном выполнении упражнения стимулирует ребенка к совершению самостоятельных действий.

Поиграем с тестом

Взрослый подготавливает тесто из муки и соли в пропорции (1:1). Раскрашивает его с помощью любого природного красителя. Предлагает потрогать тесто руками, похлопать по нему, погладить его, отщипнуть кусочек. Все кусочки, которые удается отщипнуть ребенку, выкладываются на тарелку. Варианты предлагаемых действий: разминать тесто руками, вдавливать кулак, палец в тесто, раскатывать кусок теста руками.

Аналогичное упражнение можно провести с желе, глиной, пластилином, пластиком.

Сухие материалы

Взрослый предлагает ребенку рассмотреть и потрогать рис, насыпанный в глубокую миску или

коробку, закопать ручки в рисе, просыпает его на металлический поднос, фиксируя внимание ребенка на звуке; предлагает подставить ручки под струю риса, брать его из коробки и высыпать на поднос, руку, в чашку и др.

Аналогичное упражнение можно провести с песком, мукой, фасолью, макаронами, опилками.

Веселый массаж

Взрослый выдавливает крем на левую руку ребенка. Поглаживая и похлопывая ее от локтя до кончиков пальцев и в обратном направлении, размазывает крем, действуя правой рукой малыша. Затем меняет руки. Все движения сопровождаются словами:

С горки — бух!

Движение от локтя к кончикам пальцев руки.

На горку — ух!

Движение от кончиков пальцев до локтя.

По мере возможностей необходимо побуждать ребенка к самостоятельным действиям.

Ровная — неровная

Взрослый выдавливает крем на гладкую поверхность (плоскую тарелку) и, работая рукой ребенка, размазывает его по тарелке. Все действия сопровождаются словами: «По ровненькой дорожке (поглаживающие движения), топ-топ (стучит ладонью по тарелке), по гладенькой дорожке (поглаживающие движе-

ния), скок-скок (постукивающие движения)».

Аналогичные движения производятся на неровной поверхности массажного коврика и сопровождаются словами:

По кочкам, по кочкам — топ-топ,
На бугорочки — скок-скок,
В ямку — бух!

Холодно — горячо

На столе перед ребенком мисочки с теплой водой, куском льда, предварительно нагретым в горячей воде шариком для пинг-понга. Малыш последовательно прикасается к этим температурным раздражителям с помощью взрослого, сопровождая действия эмоциональными восклицаниями (образец дает взрослый, произнося: «Ах»).

Вариант 1. С помощью бутылочек с разбрызгивателем взрослый распыляет прохладную и очень теплую воду на ладошку, ручку ребенка и комментирует свои действия. Фиксирует и сти-

мулирует эмоциональные реакции: улыбки, смех, плач, прятанье рук, желание снова и снова быть обрызганным.

Вариант 2. Ребенок получает тактильные ощущения от разницы температур, подставляя ладошки и другие части тела под фен. Взрослый периодически меняет режим работы фена, фиксируя словами: «холодный воздух — горячий воздух».

Мокрое — сухое

Взрослый ставит перед ребенком две одинаковые мисочки (в одной находится крупа, во второй — вода). Предлагает малышу опускать пальчики поочередно в каждую мисочку и комментирует его ощущения: «Водичка мокрая. Ручки мокрые у Вовочки. Крупа сухая и ручки сухие у Вовочки». После этого можно попросить ребенка найти мокрую (сухую) мисочку, не опуская в нее пальцы (дается инструкция: «Покажи мокрую (сухую) мисочку»).

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

В результате профилактических осмотров детей в 2009—2010 гг. отмечено увеличение числа детей с понижением остроты зрения и со сколиозом в конце первого года обучения в 1,5 раза по сравнению с показателями перед поступлением в школу, а с нарушением осанки — в 1,3 раза. В 2010 г. отмечено увеличение числа детей с понижением остроты зрения в 2 раза, со сколиозом в 2,4 раза, с нарушением осанки в 1,3 раза при переходе к предметному обучению (4—5 классы) по сравнению с показателями перед поступлением в школу.

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

Приказ Минобрнауки России
от 25.12.2012 № 1093

**«Об утверждении перечней
показателей деятельности
специального (коррекционного)
образовательного учреждения
для обучающихся, воспитанников
с ограниченными возможностями
здоровья, образовательного
учреждения для детей-сирот и детей,
оставшихся без попечения родителей
(законных представителей),
специального учебно-воспитательного
учреждения для детей и подростков
с девиантным поведением,
образовательного учреждения
для детей, нуждающихся в психолого-
педагогической и медико-социальной
помощи, необходимых для установления
их государственного статуса»**

В соответствии с пунктом 6 статьи 12 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 30, ст. 1797; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 150; 2004, № 35, ст. 3607; 2007, № 27, ст. 3215; 2008, № 9, ст. 813; № 30, ст. 3616; 2009, № 46, ст. 5419; 2010, № 19, ст. 2291; № 46, ст. 5918; 2011, № 6, ст. 793), пунктом 6 Положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2011 г. № 184 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 13, ст. 1772; 2012, № 31, ст. 4362), и подпунктом 5.2.33 Положения о Министерстве

АКТУАЛЬНО



образования и науки Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2010 г. № 337 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 21, ст. 2603; № 26, ст. 3350; 2011, № 6, ст. 888; № 14, ст. 1935; № 28, ст. 4214; № 37, ст. 5257; № 47, ст. 6650, ст. 6662; 2012, № 7, ст. 861, ст. 868; № 14, ст. 1627; № 15, ст. 1796; № 26, ст. 3523; № 37, ст. 5001; № 42, ст. 5723), призываю:

Утвердить:

перечень показателей деятельности специального (коррекционного) образовательного учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, необходимых для установления его государственного статуса (приложение № 1);

перечень показателей деятельности образовательного учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей), необходимых для установления его государственного статуса (приложение № 2);

перечень показателей деятельности специального учебно-воспитательного учреждения для детей и подростков с девиантным поведением, необходимых для установления его государственного статуса (приложение № 3);

перечень показателей деятельности образовательного учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и ме-

дико-социальной помощи, необходимых для установления его государственного статуса (приложение № 4).

Министр Д. Ливанов

Приложение № 1

Перечень показателей деятельности специального (коррекционного) образовательного учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, необходимых для установления его государственного статуса

1. Показатели деятельности, необходимые для установления государственного статуса образовательного учреждения, по типу:

соответствие содержания и качества подготовки обучающихся, воспитанников и выпускников федеральным государственным образовательным стандартам начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования (федеральному компоненту государственных образовательных стандартов начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования — до завершения их реализации в образовательных учреждениях) и (или) специальному федеральному государственному образовательному стандарту).

2. Показатели деятельности, необходимые для установления государственного статуса образовательного учреждения, по виду:

реализация основных образовательных программ для обуча-

ющихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, разработанных на базе основных общеобразовательных программ с учетом особенностей психофизического развития и возможностей категорий обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья;

обеспечение содержания и воспитания обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья.

Приложение № 2

Перечень показателей деятельности образовательного учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей), необходимых для установления его государственного статуса

1. Показатели деятельности, необходимые для установления государственного статуса образовательного учреждения, по типу:

соответствие содержания и качества подготовки воспитанников из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей), и выпускников федеральным государственным образовательным стандартам начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования (федеральному компоненту государственных образовательных стандартов начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования —

до завершения их реализации в образовательных учреждениях).

2. Показатели деятельности, необходимые для установления государственного статуса образовательного учреждения, по виду:

реализация общеобразовательных программ начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования;

реализация основных образовательных программ для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, разработанных на базе основных общеобразовательных программ с учетом особенностей психофизического развития и возможностей категорий обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья;

обеспечение содержания и воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей);

обеспечение содержания и воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей), с ограниченными возможностями здоровья.

Приложение № 3

Перечень показателей деятельности специального учебно-воспитательного учреждения для детей и подростков с девиантным поведением, необходимых для установления его государственного статуса

1. Показатели деятельности, необходимые для установления государственного статуса образо-

вательного учреждения, по типу:

соответствие содержания и качества подготовки обучающихся, воспитанников и выпускников федеральным государственным образовательным стандартам начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования (федеральному компоненту государственных образовательных стандартов начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования — до завершения их реализации в образовательных учреждениях) и (или) федеральным государственным образовательным стандартам начального профессионального образования;

обеспечение психологической, медицинской и социальной реабилитации обучающихся, воспитанников с девиантным поведением.

2. Показатели деятельности, необходимые для установления государственного статуса образовательного учреждения, по виду:

реализация общеобразовательных программ начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования;

реализация основных образовательных программ для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, разработанных на базе основных общеобразовательных программ с учетом особенностей психофизического развития и возможностей категорий обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здо-

ровья;

реализация основной профессиональной образовательной программы начального профессионального образования;

обеспечение содержания и воспитания обучающихся, воспитанников;

обеспечение содержания и воспитания обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья.

Приложение № 4

Перечень показателей деятельности образовательного учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, необходимых для установления его государственного статуса

1. Показатели деятельности, необходимые для установления государственного статуса образовательного учреждения, по типу:

соответствие содержания и качества подготовки обучающихся и выпускников федеральным государственным образовательным стандартам начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования (федеральному компоненту государственных образовательных стандартов начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования — до завершения их реализации в образовательных учреждениях).

2. Показатели деятельности, необходимые для установления государственного статуса образовательного учреждения, по виду:

реализация общеобразовательных программ (основных и дополнительных) в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, состоянием их соматического и психического здоровья;

обеспечение воспитательной деятельности детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи;

обеспечение проживания детей.

Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н

«Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»

В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить порядок проведения профилактического медицинского осмотра согласно приложению.

Министр В. Скворцова

Приложение

Порядок проведения профилактического медицинского осмотра

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с проведением в медицинских организациях профилактического медицинского осмотра взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше).

Настоящий Порядок не применяется в случаях, когда законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения профилактического медицинского осмотра населения в целях выявления отдельных заболеваний.

2. Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов*.

* Статья 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Проведение профилактического медицинского осмотра направлено на раннее выявление отдельных хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее — хронические неинфекционные заболевания), факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

3. Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года.

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.

Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, и работники, занятые на отдельных видах работ, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации проходят обязательные периодические медицинские осмотры, профилактическому медицинскому осмотру не подлежат.

4. Профилактический медицинский осмотр взрослого населения проводится медицинскими орга-

низациями (иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность) (далее — медицинская организация) независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания первичной медико-санитарной помощи, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по «медицинским осмотрам профилактическим», «терапии», «рентгенологии», «клинической лабораторной диагностике» («лабораторной диагностике»).

В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей профилактический медицинский осмотр, лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения профилактического медицинского осмотра в полном объеме, медицинская организация заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению профилактического медицинского осмотра.

5. Гражданин проходит профилактический медицинский ос-

мотр в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

6. Профилактический медицинский осмотр проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя (в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), данного по форме и в порядке, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Гражданин вправе отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в профилактический медицинский осмотр, в порядке и по форме, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

7. Руководитель медицинской организации организует проведение профилактических медицинских осмотров населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации.

Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) (далее — врач-терапевт) организует проведение профилактических медицинских ос-

мотров населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)), обслуживаемой территории (далее — участок).

Фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта организует проведение профилактических медицинских осмотров населения фельдшерского участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению профилактического медицинского осмотра, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской

Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971).

8. Основными задачами врача-терапевта при проведении профилактических медицинских осмотров являются:

1) привлечение населения участка к прохождению профилактического медицинского осмотра, информирование об его целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению профилактического медицинского осмотра, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

2) проведение заключительного медицинского осмотра гражданина, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем профилактического медицинского осмотра, или для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, меди-

цинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

3) проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

4) участие в оформлении (ведении) учетной и отчетной медицинской документации, в том числе паспорта здоровья, форма которого утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее — паспорт здоровья);

5) подведение итогов профилактических медицинских осмотров.

9. Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении профилактических медицинских осмотров являются:

1) участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении профилактических медицинских осмотров, об их целях и задачах, а также в проведении разъяснительной работы и мотивировании граждан к прохождению профилактических медицинских осмотров;

2) инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр, о порядке его прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;

3) выполнение доврачебных медицинских исследований (опрос (анкетирование) в целях выявления хронических инфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом);

4) определение факторов риска хронических инфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, предусмотренных приложением к настоящему Порядку;

5) формирование комплекта документов, включая заполнение учетной формы «Маршрутная карта диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)», утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее — маршрутная карта), по результатам исследований, проведенных в рамках профилактического медицинского осмотра, для направления пациента на заключительный осмотр врачом-терапевтом;

6) учет граждан, прошедших профилактический медицинский осмотр;

7) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;

8) заполнение паспортной части и, по согласованию с врачом-терапевтом, других разделов паспорта здоровья.

10. Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

1) опрос (анкетирование) в целях выявления хронических инфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;

3) измерение артериального давления;

4) определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);

5) исследование уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод);

6) определение суммарного сердечно-сосудистого риска (для граждан в возрасте до 65 лет);

7) флюорографию легких*;

8) маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);

9) клинический анализ крови (минимальный объем исследования включает: определение концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов);

10) исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте 45 лет и старше);

11) прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (у врача-терапевта или у врача (фельдшера) кабинета медицинской профилактики), краткое профилактическое консультирование, при наличии медицинских показаний направление граждан для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

11. При наличии у гражданина результатов исследований, указанных в пункте 10 настоящего Порядка, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествую-

щих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра, решение о необходимости повторного исследования в рамках профилактического медицинского осмотра принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

12. При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра медицинских показаний к проведению исследований и осмотров врачами-специалистами, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра в соответствии с настоящим Порядком, они назначаются и выполняются гражданину с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13. Результаты осмотра врачом-терапевтом и проведенных во время профилактического медицинского осмотра исследований вносятся в маршрутную карту, которая подшивается в учетную форму № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г.,

* Флюорография легких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года либо года проведения профилактического медицинского осмотра проводилась рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки.

регистрационный № 6188) (далее — медицинская карта амбулаторного больного).

14. На основе сведений о прохождении гражданином профилактического медицинского осмотра медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики заполняется «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» по форме, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Информация о проведении профилактического медицинского осмотра и его результаты врачом-терапевтом вносятся в паспорт здоровья, который выдается гражданину.

15. Для определения по результатам профилактического медицинского осмотра группы состояния здоровья гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии:

I группа состояния здоровья — граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска развития хронических

неинфекционных заболеваний врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;

II группа состояния здоровья — граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики;

III группа состояния здоровья — граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний),

нуждающиеся в дополнительном обследовании*.

Такие граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.

16. В медицинской организации ведется учет граждан, прошедших профилактический медицинский осмотр, с регистрацией исследований, выполненных при проведении профилактического медицинского осмотра, и исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и учитываемых при профилактическом медицинском осмотре, а также отказов граждан от прохождения отдельных исследований.

17. Профилактический медицинский осмотр считается законченным в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилакти-

ческого медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов граждан от прохождения отдельных исследований).

Приложение

Диагностические критерии факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний

Повышенный уровень артериального давления — систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст. или проведение гипотензивной терапии.

Дислипидемия — отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий холестерин более 5 ммоль/л; холестерин липопротеидов высокой плотности у женщин менее 1,0 ммоль/л, у мужчин менее 1,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л) или проведение гиполипидемической терапии.

Гипергликемия — уровень глюкозы плазмы натощак более 6,1 ммоль/л или проведение гипогликемической терапии.

Курение табака — ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

Нерациональное питание — избыточное потребление пищи, жи-

* По результатам дополнительного обследования группа состояния здоровья гражданина может быть изменена.

ров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4—6 порций в сутки).

Избыточная масса тела — индекс массы тела 25—29,9 кг/м², ожирение — индекс массы тела более 30 кг/м².

Низкая физическая активность — ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача определяется с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного подпунктом 1 пункта 10 порядка проведения профилактического медицинского осмотра, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от _____ № _____.

Суммарный сердечно-сосудистый риск устанавливается при отсутствии у гражданина доказанных заболеваний, связанных с атеросклерозом.

Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н

«Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях»

В соответствии с частью 1 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить Порядок прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях, согласно приложению.

Министр В. Скворцова

Приложение

**Порядок прохождения
несовершеннолетними
диспансерного наблюдения,
в том числе в период обучения
и воспитания
в образовательных учреждениях**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях.

Настоящий Порядок не применяется в случаях, если нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения диспансерного наблюдения несовершеннолетних при отдельных заболеваниях (состояниях).

2. Диспансерное наблюдение, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях, представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья несовершеннолетних, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации*.

* Часть 5 статьи 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

3. Условия прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации**.

4. При прохождении диспансерного наблюдения информация о состоянии здоровья предоставляется несовершеннолетнему лично врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в осуществлении диспансерного наблюдения. В отношении лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», информация о состоянии здоровья предоставляется его родителю или иному законному представителю.

5. В случае если при проведении диспансерного наблюдения выявлены признаки причинения вреда здоровью несовершеннолетнего, в отношении которых имеются основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий, медицин-

** В соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

ский работник обязан обеспечить информирование об этом органов внутренних дел в соответствии с Порядком информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 565н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июля 2012 г., регистрационный № 25004).

6. Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении:

1) несовершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе включенными в перечень социально значимых заболеваний, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715*, а также имеющих основные факторы риска развития таких заболеваний (отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкологическим заболеваниям, курение табака, избыточная масса тела или гипотрофия, низкая физическая активность, нерациональное питание, повышенное артериальное давление, высокий уровень стресса);

2) несовершеннолетних, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе включенными в перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715*, а также являющихся носителями возбудителей инфекционных заболеваний и перенесших инфекционные заболевания (реконвалесценты);

3) несовершеннолетних, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

7. Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь (далее — медицинская организация):

1) врач-педиатр (врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач)) (далее — врач-педиатр);

* Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 49, ст. 4916; 2012, № 30, ст. 4275).

2) врач-специалист (по профилю заболевания (состояния) несовершеннолетнего);

3) врач центра здоровья для детей;

4) фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения несовершеннолетних, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителя медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971) (далее — фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта).

8. Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются медицинским работником, указанным в пункте 7 настоящего Порядка, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний) и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения), разрабатываемыми и утверждаемыми медицинскими профессиональными некоммерческими организациями*, с учетом состояния здоровья несовершеннолетнего, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

При проведении диспансерного наблюдения медицинским работником, указанным в подпунктах 1 и 4 пункта 7 настоящего Порядка, учитываются ре-

* Часть 2 статьи 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

комендации врача-специалиста по профилю заболевания (состояния) несовершеннолетнего, содержащиеся в его медицинской документации, в том числе вынесенные по результатам лечения несовершеннолетнего в стационарных условиях.

В случае если несовершеннолетний определен в группу диспансерного наблюдения врачом-специалистом по профилю заболевания несовершеннолетнего и такой врач-специалист в медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь, отсутствует, врач-педиатр направляет несовершеннолетнего для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе специализированного вида, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания несовершеннолетнего.

9. Диспансерное наблюдение за несовершеннолетним, страдающим психическим расстройством, устанавливается в порядке, определенном статьей 27 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»**.

** Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 33, ст. 1913; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 30, ст. 3613; 2002, № 30, ст. 3033; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 27, ст. 2711; № 35, ст. 3607; 2009, № 11, ст. 1367; 2010, № 31, ст. 4172; 2011, № 7, ст. 901; № 15, ст. 2040; № 48, ст. 6727.

10. Врач центра здоровья для детей осуществляет диспансерное наблюдение за несовершеннолетними, имеющими основные факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкологическим заболеваниям, курение табака, избыточная масса тела или гипотрофия, низкая физическая активность, нерациональное питание, повышенное артериальное давление, высокий уровень стресса).

11. Медицинский работник из числа указанных в пункте 7 настоящего Порядка, осуществляющий диспансерное наблюдение:

1) ведет учет несовершеннолетних, находящихся под диспансерным наблюдением;

2) информирует несовершеннолетнего (его законного представителя) о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;

3) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий;

4) в случае невозможности посещения несовершеннолетним, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций организует проведение дис-

пансерного приема (осмотра, консультации) на дому.

12. Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинского работника, указанного в пункте 7 настоящего Порядка, включает:

1) оценку состояния несовершеннолетнего, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;

2) назначение и оценку лабораторных, инструментальных и иных исследований;

3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);

4) проведение краткого профилактического консультирования;

5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая направление несовершеннолетнего в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в центр здоровья для детей для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);

6) разъяснение несовершеннолетнему с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также его законному представителю правил действий

при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

Врач центра здоровья для детей также осуществляет коррекцию основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкологическим заболеваниям, курение табака, избыточная масса тела или гипотрофия, низкая физическая активность, нерациональное питание, повышенное артериальное давление, высокий уровень стресса).

13. Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления);

2) достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);

3) устранение (коррекция) основных факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

14. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию несовер-

шеннолетнего, а также в учетную форму № 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения», утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188) (далее — контрольная карта диспансерного наблюдения) (за исключением случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за больными определенными заболеваниями).

15. Врач-педиатр, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения обслуживаемого детского населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения.

16. Заместитель руководителя (иное уполномоченное должностное лицо) медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения детского населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования

и повышения эффективности диспансерного наблюдения.

17. Критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

1) уменьшение числа обострений хронических заболеваний;

2) уменьшение числа повторных госпитализаций по поводу обострений и осложнений заболевания, по поводу которого несовершеннолетний состоит под диспансерным наблюдением;

3) уменьшение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком;

4) сокращение случаев инвалидности несовершеннолетних, находящихся под диспансерным наблюдением;

5) снижение числа госпитализаций несовершеннолетнего, находящегося под диспансерным наблюдением, по экстренным медицинским показаниям;

6) сокращение случаев смерти, в том числе на дому, несовершеннолетних, находящихся под диспансерным наблюдением;

7) увеличение удельного веса несовершеннолетних, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в общем числе несовершеннолетних, состоящих под диспансерным наблюдением;

8) увеличение удельного веса несовершеннолетних с улучшением состояния здоровья в общем числе несовершеннолетних, состоящих под диспансерным наблюдением.

Научно-педагогический аспект проблемы насилия над ребенком в семье и формах его проявления

Грицай А.Г.,

музыкальный руководитель, социальный педагог, соискатель кафедры общей и социальной педагогики Армавирской государственной педагогической академии, МБДОУ д/с комбинированного вида № 5, станица Ленинградская Краснодарского края

Современное российское общество переживает тяжелый переходный период трансформаций и экономических реформ. На этом фоне жестокое обращение с детьми как социальный и психолого-педагогический феномен все чаще становится предметом научных и прикладных исследований. Одна из важных проблем, находящихся на стыке педагогических, психологических, юридических и медицинских дисциплин, — проблема насилия над ребенком в семье.

Рост насилия в стране во многом вызван как социально-экономической ситуацией в стране, резким падением общественных нравов, общественной дисциплины, так и рядом других факторов. Дети являются наиболее уязвимой частью нашего общества вследствие их зависимости от взрослых.

Многочисленные данные показывают, что количество преступлений против детей в последние годы продолжает расти во

всем мире. В доказательство сказанного приведем некоторые статистические данные. Так, по данным ООН, от произвола родителей ежегодно страдают около 2 млн детей в возрасте до 14 лет. Каждый десятый из них умирает, а 2 тыс. кончают жизнь самоубийством.

Сегодня стало явным, что российские дети, так же как дети других стран (а может быть и в большей степени), подвергаются насилию в семье. По данным генпрокурора, тысячи детей в России становятся жертвами насилия (2008 г. — 118 тыс., 2009 г. — 108 тыс., первое полугодие 2010 г. — 53 тыс.). В результате этих преступлений в 2008 г. погибли 1900 детей, в 2009 г. — 1600, в 2010 г. — 7005.

Генеральная прокуратура РФ ежегодно фиксирует около 2 млн российских детей в возрасте до 14 лет, подвергающихся избиениям и истязаниям со стороны родителей. Количество погибших от насилия детей в целом в России

составило 705 чел. Приведенные цифры подтверждают остроту проблемы, но также следует учитывать и те случаи, которые не попали в государственную статистику.

В результате все более глубокого проникновения насилия в жизнь семьи, как известно, разрушается нравственность, теряется связь поколений, лучшие традиции семейного воспитания, растут детская безнадзорность и беспризорность, формируется уверенность в безнаказанности насилия. Важность изучения данной проблемы очевидна, так как семья — один из основных институтов социализации ребенка, играющий одну из главных ролей в его жизни. Известно, что различного рода девиации в семье неизменно оказывают негативное влияние на дальнейшую жизнь ребенка и каждого члена семьи.

В то же время, несмотря на всю значимость и актуальность данной проблемы, публично о насилии в семье заговорили совсем недавно, она до сих пор остается недостаточно изученной и разработанной как для педагогической науки, так и для педагогической практики. Данный факт обусловлен тем, что долгие годы в Советском Союзе насилие в семье было «закрытым» от внимания общества вопросом. Им занимались только криминологи и некоторые другие специалисты при изучении преступлений, совер-

шенных в семейно-бытовой форме.

Объектом серьезного изучения жестокое обращение с детьми в современном мире стало после того, как американский врач С.Г. Кемпе и его сотрудники в 1962 г., обнаружив случаи насилия над детьми, описали «синдром избиваемого ребенка». Однако при всей злободневности проблемы отношение к ней в нашей стране продолжает оставаться снисходительно-терпимым. Факты насилия в семье не принято придавать огласке: считается, что это внутрисемейное дело и вмешиваться в семейные отношения неприлично. Под статьи УК РФ попадают действия с очевидным и ощутимым ущербом для здоровья — убийства, телесные повреждения, истязания. До сих пор, к сожалению, не разработан закон о предотвращении насилия в семье.

С 1994 г. официальные данные о детях, переживших насилие в семье, не приводятся в открытой статистике, закрыты для общественности. К сожалению, в ежегодные государственные доклады «О положении детей в Российской Федерации» подобные сведения не включаются. Между тем в ретроспективе последних лет прослеживается рост жестокого обращения с детьми в семьях, в каждой четвертой российской семье имеют место факты насилия. В то же время статистические данные не отражают в

полной мере масштабов проблемы жестокого обращения с детьми и, по мнению авторитетных исследователей (И.С. Кон), они занижены. По экспертным оценкам, лишь 3—5% фактов насилия над детьми фиксируется и попадает в статистику.

Согласно отдельным исследованиям, проведенным в разных регионах страны, жестокое обращение с детьми в семьях имеет место во всей Российской Федерации, в том числе и Краснодарском крае. Так, по Краснодарскому краю за 2010 г., по официальной статистике, выявлено 249 случаев жестокого обращения с детьми. Мы полагаем, что решение проблемы насилия в семье напрямую зависит от степени осознания обществом глубины данной проблемы, ее последствий, а также готовности общества в лице специалистов различного профиля, в том числе и воспитателей дошкольных учреждений, к *профилактике* данного пагубного явления. Превентивная работа в данном направлении предполагает научное осмысление психолого-педагогических аспектов проблемы насилия над детьми в семье, носящей педагогический характер, хотя ее механизмы находятся в ведении, преимущественно, психологии, которая достаточно глубоко изучает природу агрессивного поведения человека, а меры борьбы с проявлениями насилия — прерогатива юриспруденции, где трудно переоценить

значение превентивных мер и профилактической работы с неблагополучными семьями. Тем не менее, только педагогика, опираясь на опыт и достижения смежных наук, может дать ответ на вопрос: как сделать детство безопасным, а детей — защищенными?

Домашнее насилие — осознанное поведение человека, с помощью которого он добивается абсолютного повиновения детей и контроля над ними. Одна из главных особенностей внутрисемейного проблемы жестокого обращения с детьми состоит в том, что оно имеет системный характер, не является ни случайностью, ни досадным эпизодом. Системность домашнего насилия заложена в самих принципах его функционирования — это повторяющиеся во времени инциденты (паттерн) множественных видов насилия (физического, сексуального, психологического и пренебрежения).

Важное отличие домашнего насилия от других его видов заключается в особенностях отношений между объектом и субъектом насильственных действий. В отличие от преступления, совершенного на улице незнакомцем, домашнее насилие происходит в отношениях между близкими людьми.

Изучение научной литературы свидетельствует о том, что насилие как таковое и семейное, в частности, — предмет научных

исследований большого числа дисциплин, каждая из которых считает необходимым в соответствии со своими научными интересами выстроить собственную систему понятий. Анализ отечественной и зарубежной научной литературы четко обозначил наличие в проблемном поле насилия над ребенком в семье следующие основные понятия: «насилие», «жестокое обращение», «плохое обращение», «дурное обращение», «злоупотребление (родительскими) правами», «синдром опасного обращения с детьми», «злоупотребление», «управление и манипуляция поведением детей» и т.д. Во многих исследованиях указанные понятия свободно подменяются одно другим, что, на наш взгляд, не совсем правильно и корректно.

Данное терминологическое разнообразие во многом обусловлено, с одной стороны, научной новизной и слабой разработанностью данной проблемы, с другой — сложностью перевода отдельных понятий и категорий с иностранного на русский язык. Например, в английском языке понятие «*abuse*» имеет множество значений: оскорбление, плохое обращение, жестокое, дурное обращение, злоупотребление и др., каждое из которых в русском языке используется в качестве самостоятельного термина, составляя, таким образом, понятийный аппарат проблемы семейного насилия.

Такая вариативность использования трактовки понятия, на наш взгляд, также обуславливается его многоаспектностью: насилие — предмет научных исследований многих областей знаний (психологических, медицинских, юридических, социологических), каждая из которых считает необходимым в соответствии со своими научными интересами выстроить собственную систему понятий. Сказанное мотивирует на изучение сущности основных понятий и особенностей интерпретации их педагогических аспектов.

Анализ отечественных и зарубежных источников свидетельствует о том, что отсутствует единый подход к определению сущности рассматриваемого явления. Разнообразие понятий ставит задачу нахождения такого термина, который позволит верно определить сущность данного явления, так как точные определения терминов необходимы для более глубокого осмысления данного социально-педагогического феномена и организации профилактической работы по данному направлению.

Ключевым, главным, наиболее обобщенным понятием по отношению к ребенку, на наш взгляд, выступает понятие «насилие». Анализ научной литературы свидетельствует о том, что при толковании понятия «насилие» в современной литературе используются два подхода: узкий и

расширенный. Первый подход в основном доминировал на ранних этапах исследования рассматриваемой проблемы: насилие связывалось только с применением физической силы и ущемлением прав собственности человека. Данный подход характерен для зарубежных исследований.

В универсальном Оксфордском словаре английского языка насилие определяется как «использование физической силы для нанесения телесных повреждений или разрушения...». В словаре современного английского языка издательства Лонгман подчеркивается, что насилие — это использование физической силы по отношению к другому. Аналогичное определение насилия содержится в словарях английского языка американского варианта: «Насилие — это физическая сила, используемая для нанесения телесных повреждений, порчи или разрушения».

В немецком языке под насилием понимается грубое, физическое, телесное воздействие с целью подчинения другого своей воле. Эту точку зрения поддерживают, например, Г. Грэхэм (*Graham H.D.*) и Т. Гурр (*Gurr T.R.*), которые определяют насилие как «поведение, направленное на нанесение физического вреда людям или их собственности».

Аналогичный подход в понимании сущности понятия «насилие» характерен и для ранних отечественных исследований.

Приведем некоторые примеры. Так, Толковый словарь живого великорусского языка В. Даля определяет «насилие» как «принуждение, неволя, силование; действие обидное, стеснительное, незаконное, своевольное». Словарь русского языка С.И. Ожегова трактует рассматриваемое понятие как «применение физической силы к кому-либо; принудительное воздействие на кого-либо; притеснение, беззаконие; опора на силу, действие с помощью силы». Авторы педагогического энциклопедического словаря «насилие» рассматривают как «делание чего-либо через силу, принуждение силой» и интерпретируют его как общественное отношение, в ходе которого одни индивиды (группы людей) с помощью принуждения, представляющего угрозу жизни, подчиняют себе других. Таким образом, насилие ассоциируется прежде всего с физическим принуждением, воздействием на организм человека, и некоторые авторы употребляют этот термин как синоним физической силы.

Толкование термина «насилие» как применение физической силы значительно сужает понимание рассматриваемого феномена. Большинство современных исследований, как отечественных, так и зарубежных, придерживается более широкого толкования насилия как конструкта, включающего физическую, психологическую и другие составляющие.

Так, насилие в семье по определению, принятому Национальной ассоциацией социальных работников США (1983), означает эмоциональное, физическое или сексуальное насилие, совершаемое сознательно или неосознанно в отношении членов семьи или других домочадцев. К примеру, В.Г. Маралов, В.А. Ситаров под насилием понимают форму принуждения со стороны одной группы людей (одного человека) по отношению к другой группе (отдельному человеку) с целью приобретения или сохранения выгод и привилегий, завоевания политического, экономического и любого другого господства.

В аспекте расширенного понимания рассматриваемого явления к понятию «насилие» семантически близко понятие *«жестокое обращение»*, включающее в себя все виды деструктивных действий / актов бездействия, совершаемых в отношении детей в семье. «Жестокий» или «жестокое» — «свойство явления, процесса или личности и заключающееся в безразличии к страданиям других людей (или в стремлении к их причинению); осознанные действия, направленные на причинение мучений, страданий другим людям для достижения определенной внешней цели и удовлетворения потребностей»; «крайне суровый, безжалостный, беспощадный», «очень сильный, превосходящий обычное».

Следовательно, жестокое обращение с детьми можно рассматривать как любые умышленные, повторяющиеся действия или бездействие по отношению к ребенку со стороны родителей, лиц, их заменяющих, в результате чего нарушается его здоровье и благополучие или создаются условия, мешающие оптимальному физическому или психическому развитию, ущемляются его права и свободы. В данном определении отражается две взаимосвязанные части: описание действий, которые взрослые совершают по отношению к ребенку, и определение вреда, наносимого этими действиями.

Понятие и определение *«злоупотребление»* в отношении детей были расширены в недавние годы. Американский врач С.Г. Кемпе с сотрудниками впервые определили «злоупотребление ребенком» как нанесение ему тяжелых физических повреждений родителем или попечителем, таких, как переломы, гематомы и множественные травмы мягких тканей, что нередко влечет за собой инвалидность и смерть.

Понятие «злоупотребление» распространяется на ребенка до 18-летнего возраста, чей родитель или другое лицо, юридически ответственное за заботу о нем, причиняет или позволяет причинять ребенку серьезные физические повреждения; создает или позволяет создавать существенный риск причинения серьезного

повреждения; совершает или позволяет совершать против ребенка сексуальное злоупотребление. Таким образом, определение «злоупотребление ребенком» включает физический и моральный ущерб ребенку и отсутствие родительской заботы.

Наряду с понятием «насилие над ребенком в семье» в современной научной литературе встречается и юридическое понятие «*злоупотребление родительскими правами*». Известно, что закон, предоставляя родителям права по воспитанию и образованию детей, устанавливает четкие пределы осуществления этих прав. Назначение родительских прав — осуществлять воспитание, образование ребенка, обеспечивать его интересы, содействовать его всестороннему развитию, формировать в нем положительные качества.

При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Согласно им способы воспитания должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбления или эксплуатацию. Следовательно, «осуществление родительских прав в противоречии с их назначением, в процессе которого причиняется вред интересам детей», можно рассматривать как злоупотребление родительскими правами.

К злоупотреблениям родительскими правами также относятся все формы жестокого обращения с детьми.

Анализ данных определений подтверждает, что насилие, жестокое обращение, злоупотребление ребенком предполагают нанесение ему страданий, вреда, ущерба, выражающихся в действии или бездействии, в словах, психологическом воздействии. При этом проявления насилия могут быть преднамеренными или импульсивными, сознательными или неосознанными.

Исходя из краткого проведенного анализа названных понятий по проблеме, можно дать следующее определение: насилие над детьми в семье предполагает любые умышленные, повторяющиеся действия или бездействие по отношению к ребенку со стороны родителей, лиц, их заменяющих, в результате чего нарушается его здоровье и благополучие или создаются условия, мешающие оптимальному физическому или психическому развитию, ущемляются его права и свободы.

Следуя за отечественными исследователями (Ю.В. Василькова, Т.А. Василькова, Р.В. Овчарова, Н.Ю. Синягина и др.), мы выделяем четыре формы насилия над ребенком в семье: физическое, психическое (эмоциональное), сексуальное и пренебрежение его нуждами.

Физическое насилие — одна из самых распространенных в России форм насилия над детьми. В нашей стране физические наказания в качестве дисциплинарной меры — обычная практика. Многим взрослым кажутся допустимыми и оправданными наказания ребенка за провинности.

О масштабах распространенности физически жестокого обращения с детьми в нашей стране свидетельствует следующее. По данным Генеральной прокуратуры РФ, ежегодно около 2 млн детей в возрасте до 14 лет подвергаются избиению со стороны родителей, 10% из них умирают от побоев.

Две тысячи детей и подростков, не вынесших домашних конфликтов и унижений, заканчивают жизнь самоубийством. За последние 10 лет количество самоубийств детей и подростков в России увеличилось почти вдвое; четыре из десяти самоубийств дети совершают дома.

В научной литературе встречаются различные определения данного вида насилия. В них авторы указывают на различные существенные характеристики данного пагубного явления: степень осознанности осуществления насилия, виды травм, характер ущерба, нанесенного здоровью, типы и способы произведенных действий.

Ниже приведем определения физического насилия в семье, в

которых в большей или меньшей степени раскрываются выше названные характеристики, в зависимости от того или иного подхода (правового, медицинского, психологического, педагогического) в совокупности дающие общее представление о рассматриваемом явлении.

С правовой точки зрения физическое насилие — это или реальное, или потенциальное причинение физического вреда, под которым понимается нарушение анатомо-физиологической целостности человека посредством применения физической силы, холодного, огнестрельного оружия либо иных предметов, жидкостей, сыпучих веществ и т.д., а также воздействие на внутренние органы человека без повреждений наружных тканей путем отравления или спаивания одурманивающими средствами. Такие деяния (оскорбление действием) согласно УК РФ квалифицируются как преступление.

Педагоги, определяя данное понятие, не только указывают на сущностные характеристики явления, способы осуществления, но и последствия. Так, О.А. Никитина данное понятие рассматривает как нанесение ребенку родителями, лицами, их заменяющими, воспитателями или какими-либо другими лицами физических травм, телесных повреждений, которые причиняют ущерб здоровью ребенка, наруша-

ют его развитие или лишают его жизни; преднамеренное нанесение травм и/или повреждений ребенку, которые вызывают серьезные нарушения физического, психического здоровья, отставание в развитии. Н.В. Вострокнутов физическое насилие сводит к преднамеренному или осознанному применению телесных наказаний или причинение ребенку неоправданных физических страданий и указывает конкретные средства и способы, которыми оно может быть осуществлено (нанесение ударов руками, ногами, колющих ударов, прижиганий).

Физическое насилие можно распознать по особенностям внешнего вида ребенка и характеру травм:

- внешние повреждения, имеющие специфический характер (отпечатки пальцев, ремня, сигаретные ожоги и т.д.);
- повреждения внутренних органов или костей, которые не могли быть следствием несчастных случаев (переломы, отбитые почки, отеки головного мозга).

Систематическое физическое насилие может быть распознано по особенностям психического состояния и поведения ребенка: боязнь физического контакта со взрослыми; стремление скрыть причину травм; плаксивость, одиночество, отсутствие друзей; негативизм, агрессивность, жестокое

обращение с животными; суицидальные попытки.

Последствия физического насилия для ребенка крайне негативны. Многие из этих детей проявляют серьезные ухудшения психологического здоровья, затруднения в социальных взаимоотношениях и социальном поведении в целом. Последствием физического насилия, пережитого в детстве, являются низкая самооценка, тревожность, неспособность к доверительным отношениям, аутоагрессия.

По мнению С.В. Ильиной, основные последствия физического насилия для детей — отсутствие контроля за своей импульсивностью, снижение способности к самовыражению, отсутствие доверия к людям, депрессии. Непосредственно после травмы могут возникать острые состояния страха.

Кроме того, отсроченными последствиями физического насилия могут быть садистские наклонности, например, жестокое отношение к животным. Особо пагубные последствия физического насилия проявляется в подростковом возрасте, выражающиеся в форме бродяжничества, делинквентного поведения, употребления детьми алкоголя, наркотиков, депрессии и даже в суицидальных попытках.

Психологическое (эмоциональное) насилие, по оценкам разных специалистов, — наиболее распространенная его форма, поскольку

ку сопровождает все разновидности семейного насилия, включая в себя широкий спектр деструктивных действий психологического характера. Однако данные статистики свидетельствуют, что к этому виду насилия относится менее 10% всех заявленных случаев. Это объясняется сложностью выявления психологического насилия и малозаметностью результата применения по сравнению с другими видами, например, физического. Лишь в начале 80-х гг. XX в. психологическое насилие выделили в самостоятельную форму, поскольку, как показали наблюдения, его последствия не менее разрушительны, чем последствия других форм.

В отечественном законодательстве в отношении психического насилия употребляется словосочетание «угроза применения насилия», под которым понимается устрашение, запугивание жертвы применением физического насилия. Кроме того, психическое насилие может включать причинение душевной или психической травмы и ограничение свободы волеизъявления (независимо от реальности наступления физического вреда).

Психолого-педагогический взгляд на психическое насилие позволяет определить его сущность и формы проявления. В научной литературе встречается большое количество определений рассматриваемого явления, в

которых авторы указывают на характер влияния (или не влияния — игнорирования) на ребенка и способы воздействия и последствия. Приведем некоторые из них.

Психологи под психологическим (эмоциональным) насилием понимают однократное или хроническое психическое воздействие, враждебное или безразличное отношение, а также другое поведение, которое вызывает у ребенка нарушение самооценки, тормозит развитие личности и приводит к формированию патологических черт характера. Психическое насилие, как правило, представляет собой угрозу применения физического насилия, состоит в выражении намерения причинить зло, вред здоровью и жизни.

Н.Ю. Синягина психологическое насилие рассматривает как длительное или постоянное психическое воздействие родителей, опекунов или лиц, ответственных за воспитание, которое проявляется в словесной форме без физического насилия и приводит к возникновению у ребенка патологических черт характера или тормозит развитие его личности.

Т.Я. Сафонова, Е.И. Цымбал в трактовке рассматриваемого понятия делают акцент на формах психологического насилия, подчеркивая, что оно связано с постоянным или временным словесным оскорблением ребенка, угрозами, унижением его челове-

ческого достоинства, обвинением в том, в чем он не виноват, демонстрацией нелюбви, неприязни к ребенку, ложью, обманом, а также предъявлением чрезмерных требований, не соответствующих его возрастным возможностям.

М.В. Смагина психическое (эмоциональное) насилие рассматривает как периодическое, длительное или постоянное психическое воздействие на ребенка, тормозящее развитие личности и приводящее к формированию патологических черт характера. Это преднамеренное манипулирование взрослыми ребенком как объектом, игнорирование его субъектных характеристик (свободы, достоинства, прав и т.п.), либо разрушающее отношения привязанности между взрослыми и ребенком, либо, напротив, фиксирующее эти отношения и приводящее к различным деформациям и нарушениям психического (поведенческого, интеллектуального, эмоционального, волевого, коммуникативного, личностного) развития.

Н.А. Асанова подчеркивает, что психологическое (эмоциональное) насилие представляет собой воздействие взрослого члена семьи, при котором ребенок испытывает постоянную нехватку любви и заботы, терпит издевательства, обман, насмешки со стороны родителей, подвергается лишению любимых вещей, угрозам, предъявлению требований, не

соответствующих уровню его развития.

Анализ приведенных и других определений психического насилия над ребенком позволяет выделить *формы его проявления*:

- игнорирование (лишение ребенка необходимой эмоциональной стимуляции и эмпатии; пренебрежение его потребностью в безопасном окружении, стремлении быть ближе к родителям, общаться с ними, получать от них поддержку; отсутствие проявлений привязанности, любви и заботы о ребенке со стороны родителей);
- отвержение, унижение (предъявление чрезмерных требований к ребенку, невыполнимых в силу его возраста и возможностей; открытое неприятие, постоянная критика ребенка, употребление в его отношении негативных сравнений; публичное унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка, подчеркивание его недостатков);
- угрозы в адрес ребенка (угроза избить, совершить насилие над ребенком или над теми, кого он любит; обзывание, в том числе бранными словами; оскорбление, унижение его достоинства);
- изолирование (установление жестких ограничений на контакты ребенка со сверстниками, родственниками или другими значимыми для него

- людьми; запрет или ограничение на выход из дома);
- развращение (побуждение к антисоциальному поведению, склонение к деструктивному поведению, вовлечение в употребление алкоголя и наркотиков).

Анализ форм проявления психического насилия свидетельствует о том, что при нем происходит насилие над потребностями, намерениями, чувствами, установками ребенка, унижение или принуждение к действиям, противоречащим его устремлениям. В отличие от физического насилия, которое осуществляется, как правило, с помощью механических или химических средств, психическое воздействует непосредственно на психику и способно вызвать либо психическую травму, подавить (ограничить) свободу его волеизъявления, либо может повлечь нарушение функций различных органов и организма в целом. Причем основное средство насильственного воздействия на психику — информация.

Психическое насилие влечет серьезные деструктивные последствия на психику ребенка: его эмоциональное и физическое состояние, поведение, интеллект, взаимоотношения со сверстниками и др. Для детей, переживших психическое насилие в тех или иных формах, характерно подавленное эмоциональное состояние, проявляющееся в сниженном

эмоциональном фоне, низкой самооценке, проявлениях тревожности, беспокойства, страхов. Психологическое насилие неизбежно создает педагогические проблемы в развитии ребенка и прежде всего низкие образовательные достижения. Постоянно действующее психологическое насилие на ребенка, особенно с раннего детства, влечет задержку интеллектуального развития, что впоследствии проявляется в плохой успеваемости, связанной с недостатками развития когнитивных способностей, трудностью ребенка концентрировать внимание и пр.

Для детей, которых родители часто ругают, грубо обзывают, характерен высокий уровень агрессии, наличие межличностных проблем и отклонений в поведении. Такие особенности детей мешают их социальной адаптации, вызывают неприятие и даже отвержение со стороны сверстников и взрослых. Психологически жестокое обращение с ребенком способствует формированию у него таких черт, как агрессивность, непослушание, сварливость, лживость, склонность к воровству и асоциальному поведению. Постоянные критика и оскорбления приводят к тому, что ребенок начинает считать: он хуже всех, не заслуживает хорошего отношения родителей или других взрослых, не достоин их любви. Уровень его самоуважения значительно снижен, формируется

низкая самооценка. Эти особенности детей мешают их социальной адаптации, вызывают неприятие и отвержение со стороны сверстников и взрослых и даже ведут к антисоциальному поведению.

Отсутствие эмоциональной поддержки, враждебное поведение родителей нарушают и физическое функционирование. Встречается в связи с этим понятие «психологическая карликовость» (проф. Э. Касаткина), когда ребенок, растущий в неблагоприятных для него психологических условиях, сильно отстает в росте и имеет задержку психического развития. Причина этого явления заключается в нарушении синтеза гормона роста в мозге, влияющего не только на физические параметры ребенка, но и на его интеллектуальное развитие.

Психологическое насилие со стороны родителей вызывают у ребенка беспокойство и страх, подавляют его самостоятельность, в большинстве случаев развиваются психосоматические болезни (бронхиальная астма, дерматит, язва желудка, аллергии, избыточный вес, энурез, нервные тики и др.).

Одно из наиболее существенных проявлений негативного влияния психологического насилия над ребенком заключается в том, что у него повышается вероятность снова стать жертвой психологически жестокого обра-

щения в будущем. Перенесенное в детстве отвержение его родителями ведет к низкой самооценке даже во взрослом возрасте, неспособности справиться с трудными ситуациями, склонности к самоизоляции, развитию депрессии и деструктивному поведению.

Последствия эмоционального насилия могут рассматриваться также в качестве механизмов развития пограничной личностной структуры. Е.Т. Соколова выделяет два синдрома: «аффективной тупости», для которого характерны холодность, отсутствие чувства общности с другими людьми, ощущение себя неспособным строить отношения эмоциональной привязанности и, как следствие, отвержение себя и других; «аффективной зависимости», которому свойственны ненасытная жажда любви, постоянный страх потерять объект привязанности, зависимость и тревожная неуверенность в себе и других.

Следующая разновидность жестокого обращения в семье — **сексуальное насилие или инцест** — по сравнению с другими формами отличается крайней разрушительностью последствий для здоровья и психики ребенка, серьезностью ближайших и отдаленных последствий и высокой степенью латентности. По оценкам Центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, органы внутренних дел в России еже-

годно регистрируют 7—8 тыс. случаев сексуального насилия над детьми, по которым возбуждаются уголовные дела. Но в реальности эти показатели значительно выше. В то же время, как считает известный российский сексолог И.С. Кон, криминальная статистика не заслуживает доверия, так как приуменьшает реальные цифры до 5—7%.

Известно, что сексуальное насилие над детьми — всегда скрытое преступление, а потому очень трудно оценить его истинную распространенность. Постыдность проблемы, ее секретность приводят к тому, что добровольных сообщений о случаях сексуального насилия мало. Большинство детей ничего не рассказывают о насилии. Даже в тех случаях, когда насилие совершено не в семье, и дети все-таки рассказывают о нем, семьи неохотно обращаются за помощью.

По определению большинства отечественных специалистов, сексуальное насилие представляет собой «вовлечение ребенка с его согласия или без, осознаваемое или неосознаваемое в силу возрастной незрелости или других причин, в сексуальные отношения со взрослым с целью получения последним выгоды, удовлетворения или для достижения корыстных целей».

Е.И. Цымбал к данной форме насилия над детьми относит широкий *спектр действий сексуального характера*:

— прямые сексуальные контакты: половые акты с ребенком, совершенные вагинальным, оральным или анальным способом; мануальный, оральный, генитальный или любой другой телесный контакт с половыми органами ребенка, а также ласки эrogenных (интимных) зон тела; другие акты, в которых ребенок является объектом сексуального удовлетворения взрослого;

— не прямые сексуальные контакты: эксгибиционизм (демонстрация обнаженных гениталий, груди или ягодиц); демонстрация порнографических и эротических материалов; совершение полового акта на глазах у ребенка с целью побуждения детей совершать подобные акты; вовлечение ребенка в изготовление порнографических материалов; вуайеризм, а также принуждение ребенка к раздеванию. Специалисты утверждают, что чаще всего от сексуального насилия страдают девочки, мальчики становятся жертвой каждого четвертого полового преступления против детей. По их же данным, жертвами сексуального насилия могут быть дети любого возраста: примерно 25% из них находятся в возрасте до 5 лет.

Исследователи подчеркивают, что в отличие от внесемейного внутрисемейное сексуальное насилие (инцест) имеет хронический характер, иногда длится годами, причем ребенок втягивается в него постепенно.

На основе исследований Н.К. Асановой, Ю.А. Гуркина, Г.П. Тимченко можно выделить признаки и симптомы опасного сексуального обращения с ребенком. К ним относятся: изменения в поведении; нарушение сна; сонливость и общая вялость; проблемы в школе; психосоматические нарушения: головная боль, боль в животе и др.; несоответствующие сексуальные игры и поведение в отношении других детей или взрослых; проявление неадекватного сексуального поведения в рисунках, играх или разговорах; побег из дома или школы, попытки суицида.

Определение С.Г. Кемпе акцентирует внимание на отношении жертвы насилия к совершаемым по отношению к ней действиям: «Сексуальное насилие — вовлечение функционально незрелых детей и подростков в сексуальные действия, которые они совершают, полностью их не понимая, на которые они не способны дать согласие или которые нарушают табу социальных (семейных) ролей». Главным последствием детской сексуальной травмы современные исследователи считают «утрату базового доверия к себе и миру». Не случайно в анамнезе лиц с пограничными личностными расстройствами значительно чаще обнаруживается факт сексуального насилия или жестокого обращения в детстве (от 67 до 76% пациентов с пограничными расстройствами

имеют в анамнезе случаи инцеста по сравнению с 26% больных другими расстройствами).

Сексуальное насилие обычно включает в себя как физическое, так и психологическое насилие, и особенно травмирует жертву. У многих пострадавших развиваются чувство потерянности и предательства, тоска и депрессия, их мучают ночные кошмары и воспоминания, повышаются раздражительность и вероятность психоэмоциональных срывов вплоть до суицида.

Таким образом, в результате сексуального насилия наносится вред физическому и психическому здоровью ребенка, его психо-сексуальному развитию, появляются отклонения в поведении, затрудняющие социальную адаптацию. Выявление этой формы жестокого обращения с детьми часто бывает затруднено, так как в большинстве случаев за давностью оно не оставляет физических симптомов или признаков, а если даже они и имеются, то не являются специфическими только для сексуального насилия.

Пренебрежение нуждами ребенка представляет собой наиболее распространенную в семье форму насилия над ним. Несмотря на то что официальной статистики случаев пренебрежения нуждами детей не ведется, предположения о его распространенности можно сделать по материалам о количестве родителей, лишенных родительских прав, детей,

отобранных из семей без лишения их родительских прав, числе малоимущих семей в России. Отличительная особенность пренебрежения основными нуждами ребенка — то, что оно, в первую очередь, детерминировано внешними социально-экономическими факторами.

В общем виде под пренебрежением нуждами ребенка понимается неспособность и нежелание родителей удовлетворять жизненные потребности детей, такие как потребность в пище, одежде, тепле, лечении, т.е. отсутствие должного обеспечения его основных нужд, потребностей, интересов. Недостаток заботы о ребенке может быть непредумышленным. Он может быть следствием болезни, безработицы, хронической бедности, неопытности родителей или их невежества, следствием стихийных бедствий или социальных потрясений.

Пренебрежение основными нуждами выступает во множестве различных форм. Анализ психолого-педагогической литературы позволил выделить типы пренебрежения основными нуждами ребенка: физическое и эмоциональное. Физическое пренебрежение — неспособность обеспечить ребенку достаточное или необходимое питание, соответствующую погодным условиям одежду, необходимую медицинскую помощь, жилище, выполнение элементарных требований личной

гигиены, обеспечить личную безопасность.

Эмоциональное пренебрежение характеризуется недостаточным вниманием, отсутствием любви, заботы, нежности, эмоциональной близости, неспособностью удовлетворить потребности ребенка в одобрении его действий, признании его заслуг. Одно из проявлений эмоционального пренебрежения — отсутствие у женщины любви к ребенку, когда он еще находится в материнской утробе, т.е. к ребенку от нежеланной беременности. Оставление или отказ от ребенка, равно как и широко распространенное в современной России явление социального сиротства, представляет собой не что иное, как пренебрежение основными нуждами и соответственно одну из форм жестокого обращения с детьми со стороны родителей.

Социальное пренебрежение, проявляющееся, на наш взгляд, в пренебрежении социальными потребностями ребенка (в общении со сверстниками) и образовании ребенка, под которым понимается определенный вид действия или отсутствие помощи и поддержки в получении образования. Данный вид пренебрежения может выражаться в опоздании ребенка в школу, пропуске занятий, в избегании контакта родителей с учителем и др.

Следствие такого насилия, как пренебрежение нуждами, — хроническая усталость ребенка, его апатичность, тяжелые отклонения в поведении, склонность к вандализму. Ребенок, лишенный привязанности родителей, испытывающий пренебрежение, тревожен, менее адаптирован в обществе, труднее справляется с жизненными ситуациями. Ребенок, лишенный внимания со стороны родителей, как правило, отстает в физическом развитии; имеет место санитарно-гигиеническая запущенность; утомленный, сонный вид, малый вес; для ребенка характерна частая вялотекущая заболеваемость, госпитализация; неразвитая речь. Без ласки и внимания он подавлен и агрессивен, плохо учится, не умеет дружить, способен на преступление.

В заключение анализа форм насилия над ребенком в семье необходимо обратить внимание на то, что чаще всего дети одновременно или последовательно подвергаются воздействию нескольких форм насилия, в совокупности и в некоторых устойчивых сочетаниях. Практика показывает, что очень редко встречаются формы жестокого обращения с ребенком в чистом виде. Ребенок может переживать более чем одну форму плохого обращения в конкретном случае насилия или может переживать различные формы плохого обращения в разное время. Так, амери-

канский исследователь И.М. Кинард в своем исследовании выделяет *три группы наиболее часто встречающихся сочетаний различных форм насилия над ребенком*:

- сексуальное насилие с физическим или без физически жестокого обращения, или пренебрежения основными нуждами, что определяется как сексуальное насилие;
- физически жестокое обращение с пренебрежением основными нуждами или без пренебрежения определяется как физически жестокое обращение;
- пренебрежение основными нуждами с сексуальным насилием или физически жестоким обращением обычно определяется как пренебрежение основными нуждами.

Проявление перечисленных форм насилия над ребенком в семье обусловлено факторами риска насилия в семье: социально-экономическим положением, структурой семьи и моделью общения, личностями родителей и ребенка. Кратко раскроем сущность каждого фактора.

Социально-экономические факторы риска насилия в семье обусловлены: низким доходом и связанной с этим постоянной нехваткой денег; безработицей или сверхмерной занятостью родителей; незрелостью личности родителей (несовершеннолетние родители); неполнотой семьи (наличие одного кормильца); жилищными

проблемами; слабой финансовой поддержкой государства малообеспеченных семей.

На проявления случаев насилия над ребенком также оказывают влияние *структура семьи и модель общения между родителями*. Насилие над ребенком может провоцироваться составом семьи (родитель-одиночка, многодетная семья); тяжелым материальным положением, дефицитом свободного времени у родителей; наличием в семье отчима и мачехи, приемных детей; проблемами между супругами; наличием поведенческих стереотипов насильственного взаимодействия; отсутствием взаимопонимания между супругами в семье и пр.

Личность родителей во многом обуславливает возможность проявления насилия в семье по отношению к ребенку. Как правило, к возрастанию риска насильственной ситуации предполагают следующие личностные особенности родителей: ригидность, доминирование, тревожность, раздражительность, низкая самооценка, депрессивность, зависимость и созависимость, низкая стрессоустойчивость, эмоциональная лабильность, высокая степень агрессии, замкнутость, выраженные психопатологические отклонения, нервозность, склонность к суицидам и т.д. Негативно сказываются и отсутствие или недостаточный уровень развития социальных навыков,

таких как умение разрешать конфликты и проблемы, просить помощи и владеть собой в стрессовых ситуациях. Негативным образом влияют на нервную систему и делают женщину восприимчивой к стрессу проблемы со здоровьем, а именно патологически протекающая беременность, прервавшаяся беременность, тяжелые роды, сильный токсикоз и др. Безусловно, потенциальным проявлением насилия над ребенком в семье выступают слабое развитие родительской привязанности, материнского инстинкта, низкая педагогическая культура и слабые навыки справиться с воспитанием ребенка, например, подавить возникающую у него агрессию и гнев.

Существует целый ряд свойств *личности ребенка*, вызывающих в родителе недовольство, раздражение и следующее за ним насилие. Высокий риск стать жертвами насилия имеют дети со следующими проблемами: нежеланные; родившиеся раньше положенного срока, имеющие недостаток веса; погодки, либо родившиеся в многодетной семье; с врожденными или с приобретенными увечьями, низким интеллектом, нарушениями здоровья; поведенческими особенностями и их отклонениями; определенными личностными свойствами (требовательность, замкнутость, апатичность, равнодушие, внушаемость); низкими социальными

навыками, которые являются прежде всего недостатком воспитания; особенностями внешности, отличающейся от других и тяжело переживаемой родителями, с которыми последние никак не могут смириться; дети, чье вынашивание и рождение было тяжелым для матерей, которые часто болели и были разлучены с матерью в течение первого года жизни; также увеличивают в семье стрессовую обстановку и могут быть причиной насилия агрессивное поведение ребенка, тяжелый характер, особые нужды.

В профилактической работе социальный педагог должен быть информирован о раскрытых факторах риска проявления насилия в семье и способен распознавать и учитывать их в социально-педагогической деятельности. Таким образом, теоретический анализ проблемы насилия над ребенком в семье, осуществленный в данном параграфе, позволил сделать аналитический обзор по существующей проблеме, уточнить понятийный аппарат рассматриваемой проблемы — понятия: «насилие», «семейное насилие», «насилие над ребенком», «жестокое обращение с детьми», «злоупотребления в отношении детей», «злоупотребление родительскими правами», «насилие над детьми в семье»; рассмотреть формы насилия, выявить причины насилия над ребенком в семье и факто-

ры, влияющие на его проявление. Педагогический контекст, представленный в параграфе научно-обоснованной информации по рассматриваемой проблеме, может составить содержательную основу профессиональной подготовки будущего социального педагога к деятельности по профилактике насилия над ребенком в семье.

Литература

Бессчетнова О.В. Социальная работа с детьми, пострадавшими от насилия в семье: Учеб.-метод. пособие. Николаев, 2003.

Грицай А.Г. Физическое насилие в семье как одна из форм жестокого обращения в семье // Вестник Адыгейского государственного университета. Майкоп, 2011. Вып. 1.

Деменьтьева И. Обращение с ребенком в семье: последствия для личностного развития. Социальная педагогика. 2010. № 2.

Лысова А.В. Насилие в семье: Основные теоретические проблемы: Учеб. пособие. Владивосток, 2001.

Маралов В.Г. Педагогика ненасилия в практике детского сада. М., 2009.

Насилие в семье: это необходимо знать для его выявления и предотвращения: Метод. пособие. Ярославль, 2006.

Предотвращение насилия в семье (опыт регионов): Метод. пособие. М., 2005.

Психология человеческой агрессивности / Сост. К.В. Сельченко. М., 2001.

Первое знакомство ребенка со стоматологом

Терентьев С.П.,

врач-стоматолог, клиника «Дента-Вита»;

Терентьева М.А.,

педагог-психолог, ГБОУ д/с № 2183, Москва

Когда мы говорим о том, как правильно подготовить ребенка к первому визиту в детскую стоматологию, мы начинаем рассуждать на тему «Какие эффективные методы поведения нам лучше применить?». Однако необходимо готовить не ребенка, начинать следует с подготовки родителей. Почему? Да потому что многие взрослые имеют те же самые детские страхи — дентофобии, которые, нехотя, перекладывают на совсем еще юную, несформировавшуюся психику ребенка, имеющего более чуткое восприятие. Дорогие мамы, папы, бабушки и дедушки! Нам с вами необходимо помнить те *фразы, которые ни в коем случае не следует говорить детям перед посещением стоматологической клиники*:

- не больно;
- не страшно;
- не бойся.

Дети, особенно в раннем возрасте, не слышат частицу *не*. Поэтому ребенок все воспринимает наоборот: «Бойся. Будет больно».

Он еще не успел познакомиться с доктором, как ему уже навязали некий страх. Поэтому

фразы должны быть позитивными: «Мы идем знакомиться с доктором-стоматологом. Он посмотрит твой ротик». Так же необходимо обрисовать небольшую картинку запланированного визита.

Что же касается фразы: «Тебе ничего не будут делать», здесь мы можем столкнуться со следующим моментом: маленький ребенок не терпит, когда его обманывают! И сразу мы имеем дело с прерванным контактом, который еще не успел зародиться.

В клиниках с высоким уровнем сервиса и хорошей, в том числе и творческой, подготовкой персонала перед приемом в детском стоматологическом кабинете вы сможете получить краткую консультацию, которая подскажет, как необходимо готовить ребенка к посещению врача-стоматолога и даст ненавязчивые рекомендации по поведению самих родителей в данной ситуации.

Детский стоматолог — врач особенный. Тонкое чувство такта никогда не позволит назначить встречу маленькому пациенту сразу у себя в кабинете. Для начала необходимо немного узнать

друг друга в неформальной обстановке. Что поможет немного расположить ребенка сначала к помещению, а потом и к человеку, который предлагает пройти на яркое кресло, где взаимное расположение врача и пациента достигнет своей полноты и доверия, прежде чем начнется осмотр.

На какие только хитрости не приходится идти лечащему персоналу, чтобы успокоить малыша, боящегося лечить зубы: это и яркая мебель, и игровые комнаты, и новые для него игрушки, и мультфильмы, и сказки про зубную фею и т.д.

Именно таким должно быть первое, доброе, волшебное знакомство ребенка с врачом-стоматологом.

Предстоящее посещение врача нельзя подавать ребенку, как что-то сверхъестественное и болезненное. Отрицательное влияние оказывает выражение сочувствия малышу по поводу визита к доктору. Еще хуже, когда родители, рассказывая о необходимости чистить зубы два раза в день, грозят своему чаду болезненными встречами с врачом-стоматологом. Итог один: в памяти ребенка остается самая негативная информация с выводом, что лечение зубов неизбежно сопровождается болью. Записывая свое дитя на прием, не бойтесь! Специалисты клиники помогут вам грамотно обыграть ситуацию, которая поспособствует, не травмируя психику ребенка, привести в порядок его рот. Чем рань-

ше вы позаботитесь о здоровье зубов вашего малыша, тем меньше ему придется посещать стоматолога в будущем. Но если случился банальный кариес, вылечить его сегодня можно, играючи. К примеру, с помощью цветных пломб, цвет которых ребенок выбирает самостоятельно. Родители, не пугайтесь! Зеленые и оранжевые пломбы совершенно не токсичны и устанавливаются исключительно на молочные зубы.

А бывает, что бессильны даже разноцветные пломбы, тогда зуб необходимо удалять. Но и такую трагедию можно смягчить. Сначала врач помажет отслуживший зуб, как он говорит, «волшебным джемом», чтобы он уснул. Вкусная паста с фруктово-ягодным ароматом обезболит слизистую и анестезирующий укол малыш не почувствует. «Уснувший» зуб спокойно удалят и отдадут храброму пациенту.

Родители тоже не должны забывать про свои зубы и заниматься профилактикой. Сегодня существуют стоматологические клиники, которые могут посещать как дети, так и взрослые. Согласитесь, это очень удобно. Немаловажно, с каким настроением приходят и сами родители. Дети все это очень тонко чувствуют и воспринимают через призму родительских отношений.

И все же знакомство ребенка со стоматологией лучше начать, не дожидаясь острой боли. Даже если вы идете с малышом к стоматологу просто на профилактический

осмотр, ребенка все же стоит подготовить к этому мероприятию заранее, объяснив, что такое стоматология. Постарайтесь объяснить малышу все, что будет происходить в стоматологическом кабинете. Расскажите, как это интересно и развейте все его страхи.

Поиграйте дома с ребенком в зубного доктора, пусть он сам ос-

матрит зубы плюшевых зверей или кукол. Поставит им диагноз и полечит зубки.

Итак, очень важно, чтобы первый визит к стоматологу был своевременным и не принес вашему чаду боли и дискомфорта. И тогда он на собственном опыте убедится, что стоматология — штука полезная и совершенно безобидная.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Энтеробиоз является доминирующей инвазией в структуре паразитарных заболеваний, его доля колеблется от 72 до 75%.

В 2011 г. показатель заболеваемости энтеробиозом составил 156,1 на 100 тыс. населения и снизился на 17,4% по сравнению с 2009 г. (188,9), на 7,3% по сравнению с 2010 г. (168,3). Среди детей до 17 лет — 811,0 на 100 тыс. населения и снизился на 16,5% по сравнению с 2009 г. (970,9), на 7,1% по сравнению с 2010 г. (873,3).

Вместе с тем снижение уровней заболеваемости во многом обусловлено снижением числа обследованного населения на энтеробиоз и использованием малоэффективных методов лабораторной диагностики.

Показатель заболеваемости энтеробиозом по субъектам России колеблется от 42,2 до 548,8 на 100 тыс. населения при среднем показателе по Российской Федерации 156,1 на 100 тыс. населения. Превышение среднероссийского показателя в 2011 г. зарегистрировано в 40 субъектах Российской Федерации.

В 2011 г. доля детей до 17 лет составила 95,34% случаев энтеробиоза. Максимальные показатели заболеваемости энтеробиозом приходятся на возрастную группу от 3 до 6 лет. Энтеробиоз выявлен также среди детей до 1 года, показатель заболеваемости составил 69,32 на 100 тыс. населения.

Обнаружение яиц гельминтов в смывах свидетельствует о нарушении санитарно-эпидемиологического режима в учреждениях. В 2011 г. процент выявления составил 0,15 (в 2010 г. процент выявления составил 0,18).

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

Записки детского психолога

Симонян А.Г.

клинический психолог, детская городская поликлиника
№ 104, Москва

Пролог

Все дети играют. Что в этом необычного? Мы привыкли к этому и порой не придаем их игре значения. Но если относиться серьезно и быть внимательнее, мы поймем, что часто дети проигрывают те жизненные ситуации, которые их беспокоят. Как иначе может разрешить ребенок те злободневные проблемы, которые волнуют его, но мало осознаются им, либо вовсе далеки от его понимания, в силу юного возраста. Ведь ему пока мало знаком этот мир со своей сложной структурой межличностных отношений, борьбы добра и зла, установленных границ допустимого поведения и ограничений и т.д. Допустим, что маленький трехлетний карапуз ставит два-три кукольных персонажа, говорит: «Привет». Я ему отвечаю, потом начинаю спрашивать, как его зовут, где живет, куда идет. Он рассказывает, расспрашивает меня и постепенно у нас завязывается диалог, переходящий во взаимные действия. Эта игра про взаимодействие, установление контактов и поддержание их, которые насущны и важны этому ребенку на данном жизненном этапе.

Необязательно, чтобы ребенок проигрывал то, что его беспокоит. Если малыш просто катает машинки, развозит в грузовике фрукты и овощи, завешивает их, а потом готовит, или например, орудуя инструментами, что-нибудь чинит или строит, вероятнее всего, что он передает тот опыт, который запечатлен и увиден им в реальной жизни. Но если у того же малыша есть переживания, о которых мы, взрослые, пока ничего не знаем, он сыграет с тем же материалом иначе, и рано или поздно проблема, которая его беспокоит, проявится в характере игры. Например, пятилетний мальчик, спокойно строивший домик из кубиков, вдруг раскидывает их по полу и на вопрос взрослого, почему он так поступил, отвечает, что так поступает его полуторагодовалый брат, круша все то, что делает старший. Тогда невольно возникает вопрос, а как относится этот ребенок к младшему брату.

Или, например, когда шестилетний ребенок лепит из пластилина какую-нибудь фигуру, начинает вдруг потеть так сильно, что даже капельки пота проступают у него

на лбу, раздражается, закидывает пластилин куда-нибудь и отказывается от дальнейших действий. Тогда у меня закрадывается сомнение, как у этого малыша с поддержкой со стороны взрослых, интересуются ли они им, помогают ли в совместных действиях, или ребенок предоставлен самому себе? И каждый раз, когда у него не получается, он так и остается в состоянии неуспеха, не имея возможности или даже не умея обратиться к кому-либо за помощью. Но это только прелюдия, информация к размышлению, ключик к раскрытию сложного внутреннего детского мира, который шаг за шагом от одной встречи к другой предстает взору психолога. Будет ли эта работа о взаимоотношениях ребенка с остальными членами семьи, либо о его страхах, в частности боязни неуспеха, либо о его инфантильном или агрессивном поведении, гневе и непонимании норм поведения в обществе, покажут только дальнейшие встречи. А на начальных этапах у психолога с ребенком обычно устанавливаются доверительные отношения. Я даю малышу много пространства, возможность быть самим собой, следуя его игре, поведению и возникающим чувствам. Я не раз убеждалась в том, что как только ребенок почувствует его понимание и принятие таким, какой он есть, со стороны воспитателя, почувствует себя в безо-

пасности, он обязательно раскроет свой внутренний мир и начнет проигрывать те травматические переживания, которые доставляют ему беспокойство и просят разрешения. В любом случае, игра — это поле деятельности ребенка, через которое специалист черпает информацию о малыше и именно с ее помощью можно разрешить травматические переживания данного маленького индивида в доступной для него форме. Ребенок становится спокойным, более открытым, уверенным и зрелым, находит взаимопонимание со сверстниками и взрослыми. Я глубоко убеждена, что возможности игры для ребенка безграничны. Через нее малыш растет, социализируется, познает мир.

Потеря

«Доктор, помогите нам со Светочкой разобраться» — всхлипывая, говорит пожилая седовласая женщина, усаживаясь на стул.

«Меня и маму она не слушает. Говорит плохие слова, дерется. Вечером в кроватке лежит, грызет простыню, наволочку, все, что попадает ей под руки. Уже все с матерью пробовали, и уговаривали, и ругали, и отбирали из рук, и успокаивали. Все бесполезно. Заберешь иной раз простыню, ногти начинает грызть или сосет палец. Запрещаешь — огрызается. Я-то не тут живу, дом у меня в Волгограде, а сюда приезжаю

дочке с ребенком помочь. Отца у девочки нет. Умер, когда она еще не родилась». Голос у женщины пресекался, глаза увлажнились, она заплакала. Открыла сумочку в поисках платка. Протерев глаза и лицо, она немного успокоилась, окинула взглядом комнату и сказала:

«Дочка живет в коммунальной квартире, у нее одна маленькая комната. Быт не устроен, сами понимаете. А Свете простор нужен, она вот, то руками махать начинает, так что все валится, то ей попрыгать хочется, то попеть, поорать. Мы ей запрещаем, что поделаешь, рядом соседи. Вот на лето забираю ее к себе в Волгоград, там у меня хорошо, свой дом, огород. Там ей просторно, свободно, подруги есть. Поговорите с ней, может, чем поможете, она тут за дверью».

Света, шестилетняя девчушка, с задоринкой, живым блеском в глазах. В этот день я ее попросила нарисовать рисунок семьи. Она нарисовала маму, себя и папу в виде облака. С бабушкой девочки мы договорились о встречах раз в неделю и попросились.

На первом занятии Света, войдя в кабинет и окинув взглядом игрушки, плюхнулась на стул и заявила: «Хочу играть в солдатиков». «Ты можешь играть с чем захочешь и как захочешь», — ответила я.

Даже не дослушав мой ответ, Света приступила к игре. Собрав

нескольких солдатиков в кучку, девочка расставила их друг против друга и стала имитировать боевые действия. Солдаты боролись между собой, пинались ногами, стреляли, получали боевые травмы, увечья, вылечивались и снова воевали. Вся игра Светы была эмоционально насыщенной, не по-детски наполненной темой ранений, гибели. Солдаты у нее то падали в пропасть, откуда не было выхода, то в темное подземелье, а то их закапывали заживо в землю. Было безумно жаль и тревожно за эту девочку, у которой тема жизни и смерти была центральной во всей ее игре. Вообще, такая игра характерна для детей, утерявших чувство безопасности.

Обычно я включалась в ее развернутые боевые сражения, где наши солдаты были то союзниками, то врагами. Во время одной из таких баталий мои и Светины пальчики соприкоснулись, между нами пробежали импульс, желание более тесного контакта, а скорее борьбы, сопротивления. Света в мгновение ока отбросила солдат, обхватила мои руки своими, вплетая каждый свой палец в мои.

И вот мы оказались вдвоем в позе борющихся между собой борцов. Руки у Светы сильные. Я ощущала, с каким давлением она воздействует на мои, пытаюсь скрутить их. Желание дать почувствовать ей победу пронизало мое нутро. Света действительно

оказалась ловкой девочкой, немало поборовшись, она успешно взгромоздилась мне на спину, подняв торжествующе правую руку, закричала: «Я победила». Потом громко засмеялась и стала пританцовывать, а потом прибавила: «Хочу ходить на каратэ», и в ее живых глазах появился огонек радости и восхищения от признания собственной силы, ощущения победы и осознания тайного желания, дремавшего до сих пор где-то внутри.

На самом деле, детям с полнейшим чувством безопасности очень важно предоставить возможность ощутить победу.

На следующих занятиях характер игры Светы изменился. Теперь она играла с машинками, устраивала гонки, подключая меня в свои соревновательные игры. Игрушечные машинки мчались на огромной скорости, сметая все с дороги, переворачиваясь и проваливаясь в пропасти.

Как-то во время занятия Света, вдруг прервав игру, продолжительно посмотрела на меня и спросила: «А у Вас есть папа?»

«Нет, у меня нет папы, — ответила я, растроганная нашей общей с девочкой болью, — полгода назад я его потеряла».

«Он умер?» — не унималась Света.

«Да», — сказала я.

«Все умирают, — сокрушенно произнесла Света, — а потом падают на небеса, правда?»

«Да», — ответила я сдавленным голосом, чувство общей беды захлестнуло и парализовало меня.

«Тебе не хватает его?» — спросила я Свету через некоторое время, когда мне удалось немного собраться и совладать с собой.

«Да», — ответила Света, — я маму уговариваю выйти замуж, чтоб у меня был папа, а она не хочет. А я хочу, чтоб у меня был новый папа», — с чувством сказала девочка и вздохнула.

«Тебе очень хочется, чтоб у тебя был новый папа?» — спросила я.

Света кивнула. В этот день девочка больше не играла. Было интересно, о чем она размышляет, но мне не хотелось вторгаться в ее пространство, прежде чем она сама не будет готова поделиться переживаниями.

До конца занятия оставалось несколько минут, и Света молча сидела все это время, перебирая игрушки. Обычно ее забирала бабушка, и когда на следующее наше занятие за ней пришла мама, я очень обрадовалась представившейся мне возможности поговорить с ней.

Мама Светы рассказала мне, что она была на седьмом месяце беременности, когда скончался ее муж, отец девочки. Молодая женщина до сих пор переживает потерю любимого человека и потому ни с кем из мужчин не может встретиться.

«Да, Света мне рассказала о том, что ей хочется иметь папу», — сказала я.

«Она хочет, но я пока не могу, — всхлипнула женщина, я может и знаю, что пора забыть прошлое и жить настоящим, но пока внутренне не готова к этому. У меня был хороший муж, добрый, порядочный. Ко мне хорошо относился. Вы знаете, доктор, у нас пять лет не было детей. А тут узнали, что должна родиться Света. Он так радовался, так заботился обо мне. Слов нет». Женщина снова всхлипнула и замолкла. «Так скоропостижно умер, — продолжила мама Светы через некоторое время, пришел домой, прилег отдохнуть и вот врачи сказали — от сердечного приступа. Он иногда жаловался на сердце, но мы не придавали этому значения. Горю моему не было предела. Рождение Светы немного отвлекло, мама приехала мне помочь, так и осталась со мной».

«А знаете, Света ведь не была ни разу на могиле отца», — сказала неожиданно мне женщина, и, по-видимому, прочитав на моем лице недоумение, продолжила, — сначала, когда она была маленькой, не имело смысла, а теперь как-то тревожно, страшно за нее. Ведь Света такая впечатлительная девочка, вдруг она перепугается, и это скажется на ее здоровье».

«А сама Света не просится с Вами на могилу отца?» — спросила я.

«Раньше просилась, я ей сказала, подрастешь, пойдем».

«А Вы знаете, доктор, — голос женщины стал тише, теперь она говорила шепотом, — Света говорит мне, что она похороны отца видела, как его хоронили, и помнит его могилу. Как это возможно, ведь она тогда еще не родилась? Такое бывает?» Женщина посмотрела на меня в ожидании ответа.

«Я склонна скорее думать, что вы с мамой или с кем-нибудь еще говорили не раз об этом. Света, будучи еще ребенком, слышала ваши рассказы, и воображение девочки воссоздало на основе услышанного те картинки, которые стали для нее реальностью».

«Может быть, не знаю», — сказала женщина, задумавшись.

«А как вы думаете, — спросила она меня через некоторое время, — можно будет мне со Светой сходить на кладбище, показать ей, где похоронен ее отец?»

«Необходимо, если этого хочет Света», — ответила я.

«Вы знаете, мы с мамой ходили на кладбище», — сказала через неделю мне Света, затеявая очередные гонки.

«Ты побывала у папы на могиле?» — спросила я.

«Да, это не так страшно, как мне казалось».

«Тебе раньше было очень страшно, но теперь, после того как ты сходила на могилу, что-то изменилось?»

«Да, вокруг было так тихо, только птички пели, мама за-

плакала и я тогда расплакалась тоже».

«Вы вместе с мамой плакали?»

«Да, она меня взяла за руку и мы плакали».

Девочка давно уже отложила машинки, сидела на стуле, оставившимся взглядом рассматривала одну из игрушек.

«Ты что-то сказала папе?» — спросила я, желая помочь, поддерживать девочку в столь трудные для нее минуты.

«Нет, но хотела бы сказать, как я его люблю и как мне жаль, что его нет с нами», — девочка выглядела очень серьезной и даже как-то повзрослевшей со дня нашей последней встречи.

«Мы можем об этом написать, если ты этого хочешь», — сказала я.

«Как написать?» — Света удивленно посмотрела на меня.

«Письмо написать для папы».

«Прямо сейчас?» — спросила девочка, и в глазах ее появился живой огонек.

Я утвердительно кивнула.

«А потом что с ним делать?» — спросила девочка недоуменно.

«Ты можешь положить у себя где-нибудь в ящичке, или отдать маме, а можешь отнести его на могилу, когда пойдешь в следующий раз и оставить где-нибудь там. В любом случае, я думаю, папе было бы приятно узнать про то, как ты его сильно любишь и как тебе его не хватает».

Света, немного подумав, согласилась, и мы с ней написали

письмо. Скорее писала я. А девочка диктовала, поскольку писать сама она пока не умела.

«Дорогой папочка, мы с мамой тебя очень любим и помним о тебе. У нас дома висит твоя фотография, и я часто разглядываю ее. Ты у нас очень красивый, мужественный и добрый. Мне жаль, что тебя нет с нами, нам тебя очень не хватает», — голос девочки осекся, она молчала некоторое время, а потом продолжила: — Я хотела бы, чтобы ты был рядом с нами, мы бы с тобой играли, ходили гулять в парк, смотрели вместе телевизор. И было бы все так, как у других детей». Света снова запнулась. Было видно, как девочке трудно говорить о самом сокровенном и болезненном. Меня восхищало и потрясало то, с какой решимостью и смелостью она это делает.

«Но ты не беспокойся, — продолжила Света, — у нас с мамой все хорошо. К нам приехала бабушка. Она помогает маме по хозяйству. Водит меня в сад, гуляет со мной. Правда, она такая старенькая, часто болеет, нервничает, ругает меня, когда я шалю. А я папочка, такая “непоседа”, как меня называют мама и бабушка, все время чего-то вытворяю. Вот недавно разбила мамину любимую чашку, она расстроилась, а вчера в магазине спряталась от бабушки за колонкой, так она меня долго искала, перепугалась, бегала по магазину. Потом, ког-

да я вылезла, она долго ругалась. Когда вернулись домой, рассказала маме, и та меня поставила в угол и не разрешила смотреть мультики. Вот так и живем, — Света вздохнула, перевела дух и продолжила: — Но вообще-то они меня очень любят, балуют, как могут. Знаешь, папочка, а мама тоже по тебе скучает. Смотрит на твою фотографию и плачет, говорит что-то про себя и плачет. Мне ее жалко. Ты меня прости, папа, но я ее прошу, чтоб она нашла другого папу. Ты ведь простишь меня и ее за это? Прощай, папочка. Мы с мамой тебя всегда будем любить и помнить».

Наступила тишина. Я молча сложила листок бумаги вчетверо и отдала Свете. Она положила его в свой кармашек курточки. Что она сделала с письмом, показала ли маме, положила ли куда-нибудь к себе в ящик, она

мне не сказала, а я не стала ее спрашивать.

Света приходила ко мне еще два раза. Была спокойной, играла с кубиками, рисовала. Я попросила снова нарисовать рисунок семьи. На этот раз она нарисовала маму, себя и бабушку.

Бабушка сказала, что девочка стала намного тише, послушнее, «даже повзрослела как-то».

Так Света, побывав на могиле отца, поговорив с ним в письме и излив свои мысли и чувства, избавилась от тех травматических переживаний, которые, поселившись в ней совсем в раннем возрасте, угнетали ее детскую психику.

Высвободив и отпустив травматическую энергию, девочка успокоилась и приобрела зрелость.

(Продолжение следует.)

МУДРЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ

Самое важное лекарство — это нежная любовь и забота.

Мать Тереза Калькуттская

Дети должны воспитываться не для настоящего, а для будущего, возможно лучшего состояния рода человеческого.

Иммануил Кант

Знаете ли, какой самый верный способ сделать вашего ребенка несчастным, — это приучить его не встречать ни в чем отказа.

Жан Жак Руссо

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.

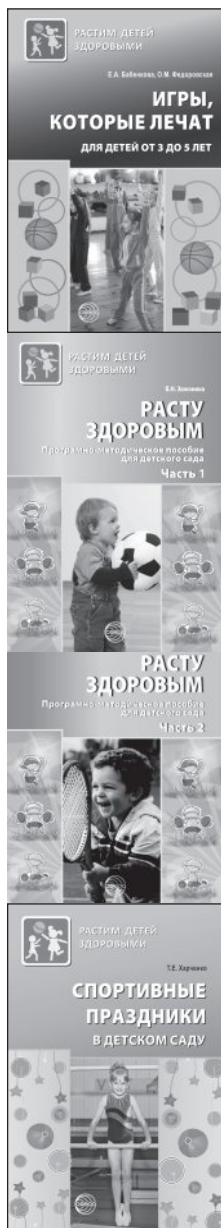
Предложена система физкультурных занятий, направленных на коррекцию нарушений функций опорно-двигательного аппарата и укрепление здоровья часто болеющих детей дошкольного возраста. Структура организации оздоровительной работы в ДОУ, конспекты физкультурных занятий и примерное планирование.



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 ч

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!

Интернет становится незаменимым помощником, поэтому издательство «ТЦ Сфера» активно развивает свои интернет-сайты.

Приглашаем посетить сайты:

www.tc-sfera.ru (книги);

www.apcards.ru (наглядная и поздравительная продукция);

www.udou.ru, www.vdou.ru, www.mrdou.ru,

www.logoped-sfera.ru (журналы).

*На сайте книг **www.tc-sfera.ru***

♦ Познакомьтесь с новостями о российском образовании, в том числе дошкольном, и о жизни издательства.

♦ Узнайте о вышедших новинках издательства и ассортименте имеющихся в наличии книг.

♦ Почитайте избранные главы из книг, статьи из журналов, другие публикации.

♦ Опубликуйте свой материал.

При размещении своих материалов на сайте, можно самостоятельно отредактировать их, исправить недостатки ее оформления, проявившиеся при переносе из текстового редактора на страницу сайта.

♦ Скачайте бесплатные материалы для вашей работы.

♦ Узнайте о семинарах и учебных курсах издательства, на которые можно зарегистрироваться на сайте и оплатить удобным способом.

♦ Подпишитесь на новостную рассылку.

♦ Сделайте заказ на книги издательства.

Книги и наглядные пособия, заказанные на нашем сайте, доставляет интернет-магазин компании «Лабиринт», с которой издательство заключило партнерское соглашение об этих услугах. Доставка возможна в любую точку земного шара, оплата заказа любым способом.

Возможны прямые заказы через издательство: 1) по почте **наложенным платежом**, для этого пришлите заявку по адресу: **129626, Москва, а/я 40** или **e-mail: sfera@cnt.ru**; 2) курьерской доставкой по Москве, заявку сделайте по тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.

*На сайте открыток **www.apcards.ru***

♦ Узнайте о вышедших новинках и имеющемся ассортименте.

♦ Сделайте заказ на наглядные пособия и открытки издательства.

Сумма заказа должна быть не менее 10000 рублей, при этом вы выиграете в цене, так как цены на сайте открыток оптовые.

Заказы на меньшие суммы возможны через издательство: курьерской доставкой по Москве или самовывозом из магазина по адресу: Москва, ул.Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3 (м. Ботанический сад). Заявку сделайте по тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.

*На сайтах журналов **www.udou.ru, www.vdou.ru, www.mrdou.ru, www.logoped-sfera.ru***

♦ Узнайте о вышедших номерах журналов, познакомьтесь с их содержанием.

♦ Загляните в архив журналов, воспользуйтесь указателем статей.

♦ Бесплатно скопируйте размещенные на сайтах материалы.

ПРИСЫЛАЙТЕ ВАШИ ПОЖЕЛАНИЯ ПО РАБОТЕ НАШИХ САЙТОВ! ЖЕЛАЕМ УСПЕХОВ!



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

На наши журналы можно подписаться с любого месяца

2013

2-е полугодие

Индексы в каталогах

Комплект:

«Управление ДОУ» с приложением;
«Методист ДОУ»,
«Инструктор по физкультуре»,
«Медработник ДОУ»;

Рабочие журналы для:

- воспитателя группы детей раннего возраста
- воспитателя детского сада
- заведующего детским садом
- инструктора по физической культуре
- музыкального руководителя детского сада
- педагога-психолога
- старшего воспитателя
- учителя-логопеда

Роспе-
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 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ», «ПОЧТА РОССИИ»

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их
по почте наложенным платежом по **адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по **E-mail:** sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

Профилактика детского дорожно-транспортного травматизма

Игровая площадка детского сада — территория оздоровления, воспитания и развития дошкольника

Острые бронхиты у детей раннего возраста с дисплазией соединительной ткани

Интегрированный подход к содержанию коррекционно-образовательной деятельности

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, № 5 (41)

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

Корректор

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 08.08.13. 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 0039

Издательство «ТЦ Сфера» представляет УГОЛОК МЕДРАБОТНИКА

Красочный плакат поможет медработникам ДОУ не только планомерно следить за здоровьем детей, но и сделает эту работу наглядной и доступной для педагогов и родителей.



Будем рады получить ваши пожелания по изданию других плакатов, необходимых в вашем детском саду!

С 2013 г. в журнале «Медработник ДОУ» планируется вести рубрики с материалами для «Уголка медработника».



Издательство «Творческий Центр Сфера»

Адрес: Москва, ул. Сельскохозяйственная,
д. 18, корп. 3 (м. Ботанический сад).

Тел./факс: (495) 656-72-05, 656-75-05 (реализация),
656-73-00, 656-70-33 (редакция).

Книга-почтой: 129626, Москва, а/я 40. E-mail: sfera@cnt.ru.

Сайты: www.tc-sfera.ru (книги), www.apcards.ru (открытки),
www.mrdou.ru (журнал).