

Раздел 2. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

О. А. Веденина

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – ОСНОВА ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Планируя свою работу, преподаватель физической культуры должен ориентироваться в первую очередь на состояние здоровья воспитанников. Информация о наличии заболеваний у того или иного ребенка и в группе в целом позволяет грамотно, обоснованно определить конкретные методики проведения занятий, учитывая как необходимость развития двигательных навыков и укрепления здоровья детей, так и руководствуясь принципом «Не навреди!», вполне актуальным и для преподавателя детского дошкольного учреждения.

Особое значение имеет тесное взаимодействие и обмен информацией между преподавателем физической культуры и медицинскими работниками детского дошкольного учреждения. Именно медицинские сотрудники наиболее квалифицированно и объективно могут оценить состояние здоровья конкретного ребенка, а также спрогнозировать то, какое влияние на него окажет использование тех или иных методик преподавания физической культуры. Общение с медицинскими сотрудниками дает преподавателю физической культуры знания о состоянии здоровья детей на уровне конкретного детского дошкольного учреждения.

Кроме того, особенно при работе с детьми, недавно поступившими в детское дошкольное учреждение, большое значение имеет информация о здоровье детей, собранная на уровне муниципального образования, субъекта федерации и России в целом. Такая информация особенно полезна при разработке новых здоровьесформирующих технологий, поскольку позволяет преподавателю не замыкаться в стенах своего конкретного детского дошкольного учреждения, а учитывать тенденции в состоянии здоровья соответствующей возрастной группы в целом.

Общеизвестно, что число полностью здоровых детей в настоящее время крайне невелико. Такие отрицательные факторы, как неблагоприятная экологическая обстановка, нервные перегрузки и сложные условия труда современных женщин, недостаточные возможности для ведения здорового образа жизни, отставание в организации медицинского обслуживания будущих матерей, приво-

дят к росту детской заболеваемости. В свою очередь, перенесенные в раннем возрасте заболевания зачастую оказывают серьезное влияние на здоровье ребенка в последующие годы жизни.

В Российской Федерации проживает около 29 млн. детей. По имеющимся данным, в России только 30% новорожденных могут быть признаны здоровыми. Более половины детей имеют функциональные отклонения, требующие лечебно-коррекционных и реабилитационных мероприятий. Около 2% новорожденных и более 3% детей раннего возраста требуют оказания реанимационной помощи и интенсивной терапии. Ежегодно в России 5% детей рождаются с наследственными и врожденными болезнями [1].

Еще более сложная обстановка сложилась в Екатеринбурге. К году жизни на одного ребенка приходится 2,2 заболевания. По результатам проведения Всероссийской диспансеризации в 2002 г. в Екатеринбурге только 33% детей являются здоровыми, остальные имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья или хронические заболевания [2].

По имеющимся данным, только 30% новорожденных в Екатеринбурге являются здоровыми, хотя еще недавно этот показатель составлял 50%. Общая заболеваемость детей (количество случаев заболеваний на 1000 детского населения) на 01.01.2010 г. составила 2144,1, первичная заболеваемость на ту же дату – 1692,5 [4].

Положение усугубляется тем, что после поступления в детское дошкольное учреждение на ребенка часто начинает действовать целый комплекс негативных факторов, таких как нерациональный режим дня, высокая учебная нагрузка при недостаточной двигательной активности, дискомфортный тепловой режим, неоптимальный уровень искусственной освещенности. В результате у многих детей возникают или обостряются хронические заболевания.

В Свердловской области на начало 2009 г. численность детского населения составляла 787,2 тыс. человек [5].

В структуре хронических заболеваний у детей дошкольного возраста в Свердловской области на первом месте находятся заболевания нервной системы (20,8 %), на втором – заболевания костно-мышечной системы (19,4 %), на третьем месте – болезни органов пищеварения (8,8 %) [3].

В 2004–2008 гг. уровень пораженности детей хроническими заболеваниями в дошкольных образовательных учреждениях Свердловской области составлял от 437,8 до 506 на 1000 детей. В 2008 г. он составил 488,1 на 1000 детей, превысив среднее многолетнее значение на 34,6%. В тот же период уровень острой заболеваемости детей в дошкольных образовательных учреждениях

Свердловской области колебался в пределах от 1267,3 до 1274,9 на 1000 детей. В 2008 г. наблюдалось некоторое снижение данного уровня по отношению к среднему многолетнему уровню (1269,3 на 1000 детей, снижение на 3,5%).

В структуре острой заболеваемости в Свердловской области на первом месте находятся болезни органов дыхания (за счет острых респираторных инфекций) – 70,5–78,7%, на втором – инфекционные и паразитарные болезни (11% и 5,3% соответственно), на третьем месте – заболевания уха (2,3%) [3].

Данные профилактических осмотров свидетельствуют о том, что в Свердловской области наиболее часто выявляемой патологией у детей от 0 до 17 лет являются нарушения осанки (10,6%) и понижение остроты зрения (10,5%).

В 2009 г. в Свердловской области показатели общей и первичной заболеваемости повысились на 6 и 8% соответственно. Наибольшее повышение общей заболеваемости имеет место по новообразованиям – на 8,7%, врожденным аномалиям – на 7, болезням нервной системы на 6,7%.

Число детей и подростков, имеющих хронические заболевания и отклонения в состоянии здоровья, увеличивается. За время воспитания и обучения в различных образовательных учреждениях (с 3 до 17 лет) у детей возрастает уровень заболеваний гастритом – в 8 раз, сколиозом – в 11,6, миопией – в 10,3, вегето-сосудистой дистонией – в 11,9 раза, что связано с ухудшением санитарно-гигиенических условий и режимов воспитания, обучения и питания [5].

Обладая информацией о состоянии здоровья воспитанников дошкольного образовательного учреждения (на начальном этапе – исходя из данных по России и соответствующему региону, в дальнейшем – путем сопоставления этих данных с фактическим состоянием здоровья воспитанников), преподаватель физической культуры должен строить процесс обучения таким образом, чтобы, с одной стороны, минимизировать влияние на детей тех негативных факторов, которые воздействуют на ребенка в детском саду, а с другой – способствовать укреплению здоровья воспитанников, особенно с учетом выявленной структуры заболеваемости. Улучшение показателей, характеризующих состояние здоровья воспитанников детского дошкольного учреждения как по отношению к данным по этому учреждению за предыдущие периоды, так и по отношению к данным по муниципальному образованию, региону, России в целом может служить объективным критерием эффективности методик, применяемых преподавателем физического воспитания. Напротив, ухудшение показателей должно являться тревожным сигналом, требующим тщательного анализа проводимой работы с целью выявления возможных упущений.

Очевидно, что решение задачи укрепления здоровья воспитанников детского дошкольного учреждения возможно только в том случае, если руководитель по физическому воспитанию эффективно взаимодействует с воспитателями, медработниками, учителем-логопедом, педагогом-психологом, музыкальными руководителями. Одновременное участие в физкультурно-оздоровительной работе специалистов различных направлений позволяет осуществлять комплексное воздействие на детей, обеспечивающее и физическое, и интеллектуальное развитие воспитанников. При этом происходит постоянный обмен информацией между сотрудниками, участвующими в физкультурно-оздоровительной работе, что приводит к выработке у них единых научно обоснованных подходов к физкультурно-оздоровительной работе.

Только комплексное воздействие на детей позволит переломить сложившуюся к настоящему времени трудную ситуацию с состоянием здоровья детей и приведет к достижению тех показателей, которые заложены на федеральном и местном уровне. Так, в соответствии с федеральной целевой программой «Дети России» на 2007 – 2010 годы доля детей I первой группы здоровья (признанных здоровыми) должна возрасти до 37,5% общего количества детей [1]. В Екатеринбурге общая заболеваемость детей (количество случаев заболеваний на 1000 детского населения) за 2011 г. должна быть снижена до 2140,0, первичная заболеваемость – до 1690,0 [4].

Библиографический список

1. Постановление Правительства РФ от 21.03.2007 № 172 (ред. от 12.02.2011) «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2007 - 2010 годы» // Собрание законодательства РФ. 2007. № 14. Ст. 1688.
2. Решение Екатеринбургской городской Думы от 08.02.2005 № 70/2 (ред. от 22.12.2009) «Об утверждении целевой Программы «Здоровье маленьких горожан на 2005 - 2009 годы (по службе здравоохранения)» // Вестник Екатеринбургской городской Думы. 2005. № 88.
3. Указ Губернатора Свердловской области от 13.08.2009 № 756-УГ «Об утверждении ежегодного государственного доклада «О положении семьи и детей в Свердловской области» по итогам 2008 года и плана мероприятий на 2009 год по реализации выводов и рекомендаций ежегодного государственного доклада «О положении семьи и детей в Свердловской области» по итогам 2008 года» // Собрание законодательства Свердловской области. 2009. № 8 (2009). Ст. 1015.

4. Постановление Главы Екатеринбурга от 15.10.2010 г. № 4706 «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Здоровье маленьких горожан» на 2011 – 2013 годы» // Вечерний Екатеринбург. 2010. № 234.

5. Указ Губернатора Свердловской области от 13.10.2010 г. № 901-УГ «Об утверждении ежегодного государственного доклада «О положении семьи и детей в Свердловской области» по итогам 2009 года и плана мероприятий на 2010 год – I полугодие 2011 года по реализации выводов и рекомендаций ежегодного государственного доклада «О положении семьи и детей в Свердловской области» по итогам 2009 года» // Собрание законодательства Свердловской области. 2010. № 10 (2010). Ст. 1439.

М. В. Крипак

О ЗНАЧЕНИИ ПРАВОВОГО ВОСПИТАНИЯ В ИСПРАВЛЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОСУЖДЕННЫХ

*Facere ex curvo rectum, ex nigro album**

Преступность несовершеннолетних остается одним из важнейших предметов криминологических, социологических, психологических, педагогических и иных исследований, на основе результатов которых разрабатываются государственные (национальные), региональные программы, планы первоочередных (основных) мероприятий, нацеленные на снижение уровня преступности среди лиц, не достигших восемнадцати лет, профилактику безнадзорности и правонарушений подростков. К реализации указанных и иных документов привлекаются правоохранительные органы (в частности, подразделения, занятые непосредственно проблемами несовершеннолетних и защитой их прав), образовательные учреждения (в том числе, специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа), органы системы социальной защиты (отделы опеки и попечительства), учреждения социального обслуживания населения (центры помощи семье и детям), психологические центры (кризисные учреждения) и др.

На заседании правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Министр внутренних дел России Р. Нургалиев заявил о том, что за последние пять лет наблюдается устойчивая динамика снижения количества преступлений, совершенных несовершеннолетними: со 150 до 80 тыс. Приводились данные по подростковой преступности за первые пять месяцев 2010 г.: всего были зафиксированы более 31 тыс. преступлений, участни-

* Из кривого делать прямое, из черного - белое