

Борисова Т. С., Лабодаева Ж. П., Болдина Н. А., Матюхина Л. М.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ШКОЛУ

Белорусский государственный медицинский университет

Каждый новый этап в жизни ребенка, в т. ч. и начало обучения в школе — кризисный, т. к. сопровождается изменением ситуации его социального развития и вызывает необходимость реконструкции сложившейся модели поведения. Ребенок сталкивается с рядом непривычных для него факторов среды обитания, диктующих повышенные требования к соматическому здоровью, высшим психическим и социально-поведенческим функциям. Скорость адаптации к ним определяет состояние здоровья детей не только на стартовом этапе школьного пути, но и в последующие годы обучения.

По данным научных исследований, среди 6-летних детей количество функционально не готовых к обучению составляет от 18 до 50 %. Большинство из этих детей за освоение учебного материала расплачивается потерей здоровья. Так, на первом году обучения у функционально незрелых школьников отмечается замедление темпов роста, потеря веса, увеличение острой заболеваемости. В дальнейшем у таких учащихся диагностируются не только различные функциональные расстройства, но и хронические заболевания, а также пограничные изменения психического здоровья.

В связи с вышеизложенным, особую важность приобретает диагностика «школьной зрелости», установление и своевременная коррекция детерминирующих ее факторов. Исходя из этого, вполне обоснованным был выбор тематики направления научных исследований кафедры на текущую пятилетку «Гигиеническая оценка адаптации детей 6 лет к обучению в школе», утвержденной в 2009 г. Ожидаемые результаты — выявление закономерностей адаптации растущего организма к процессу обучения, позволят сформулировать концепцию оптимизации учебно-педагогического процесса и развития здоровьесберегающей педагогики, а также разработать программу медико-психологических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья учащихся первого года обучения.

Кроме того, в настоящее время прослеживается несогласованность в действиях педиатрической и санитарной служб в вопросах оценки функциональной зрелости детей, поступающих в первый класс, и коррекции адаптации к комплексу стресс-факторов школьной жизни. Проводимые кафедрой исследования должны помочь определить наиболее информативные и доступные методы оценки и коррекции адаптации к обучению.

За истекший период в рамках исследования была проведена оценка «школьной зрелости» детей в зависимости от состояния их здоровья и региона проживания. С этой целью обследованы дети из обычных, компенсирующих логопедических и санаторных групп дошкольных учреждений г. Минска, а также воспитанники дошкольных учреждений сельской местности (Клецкий р-н) и районного центра (г. Клецка). В возрастном аспекте это преимущественно дети 6 лет (77,1 %), девочки (54,3 %) и мальчики (45,7 %).

Оценка состояния здоровья осуществлялась с учетом трех его составляющих: соматической, физической и психологической.

Соматическое здоровье изучалось с использованием критерия специфической резистентности (по показателю частоты заболеваемости в течение года). Также были исследованы уровень и характер хронической патологии, распределение на группы здоровья. Изучение адаптационных возможностей детей старшего дошкольного возраста проводилось с применением показателей индекса функциональных изменений системы кровообращения (адаптационный потенциал). Статус и реактивность вегетативной нервной системы оценивали по вегетативному индексу Кердо. Исследование физического развития осуществлялось антропометрическим методом (рост, масса тела) с последующей оценкой по индексам Кетле и Ропера. На основании антропометрических данных и показателей, характеризующих деятельность сердечно-сосудистой системы (частота сердечных сокращений, артериальное давление), оценивали физическое и функциональное состояние организма (индекс физического и функционального состояния).

Изучение уровней развития школьно значимых функций проводилось по медицинским и психофизиологическим критериям. Биологический возраст детей и степень его соответствия хронологическому возрасту определялась по классической схеме с учетом зубной формулы, уровня и динамики роста.

Для определения профиля развития когнитивных, школьно значимых функций и степени психосоциальной зрелости использовались методики: «Напиши свое имя», «Бусы», «Найди и вычеркни», «Домик», «Хороший, плохой и я». Для оценки нервно-психического статуса старших дошкольников с целью выявления риска психосоматической дезадаптации к систематическому обучению использовали метод психодиагностического скрининга с применением методик «Школа зверей», определения доминирования познавательного или игрового мотивов в аффективно-потребностной сфере ребенка; оценки мотивации к учению с анализом качества мотивов (учебно-познавательные, игровые, позиционные, социальные, оценочные). Языковая компетентность будущих первоклассников анализировалась с помощью методики «Мышление и речь».

Дополнительно с целью выявления социальных и психологических факторов риска дезадаптации детей к школе проводилось анкетирование их родителей.

Сравнительный анализ медицинских критериев «школьной зрелости» в зависимости от региона наблюдения позволил выявить выраженную тенденцию ухудшения состояния здоровья детей по мере укрупнения населенного пункта (село – город – крупный промышленный центр), как при распределении их по группам здоровья, так и по острой заболеваемости, показателям физического развития. В ходе исследования установлено, что только 18,5 % детей из числа обследованных абсолютно здоровы. Среди 6-леток, посещающих группы санаторного профиля, вообще отсутствуют абсолютно здоровые дети. Часто болеющих детей в г. Минске в 6 раз больше по сравнению с сельской местностью, а абсолютно здоровых в 18 раз меньше. Диагностированная хроническая заболеваемость характеризуется полисистемностью поражения. Почти у каждого ребенка (80,1 %) отмечена сочетанная патология, т. е. имеется два и более диагнозов. В структуре функциональных нарушений и хронических заболеваний наиболее часто встречаются заболевания органов дыхания и носоглотки, отклонения со стороны костно-мышечной системы (в основном за счет нарушения осанки и плоскостопия), аллергические реакции.

Гармоничность телосложения в сравнительном аспекте в зависимости от региона проживания в большей степени свойственна сельским детям. Вместе с тем среди обследованного контингента прослеживается дисгармоничность физического развития, среди сельских детей — за счет дефи-

цита массы тела (особенно у мальчиков), у городских детей — за счет ее избытка.

Оценивая состояние здоровья дошкольников с гендерных позиций, следует отметить, что лица мужского пола характеризуются более низким уровнем здоровья по сравнению со своими сверстницами. Так, число девочек, имеющих II группу здоровья, на 17,3 % выше ($P < 0,05$), чем мальчиков. Хронические заболевания в стадии компенсации (III группа здоровья) отмечены у 16,3 % шестилеток, 12,2 % из них представлено мальчиками. Следует отметить, что у 6-летних мальчиков адаптационный потенциал несколько ниже, чем у их сверстниц.

Анализ функционального состояния вегетативной нервной системы по показателям индекса Кердо свидетельствует о преобладании деятельности симпатического отдела, что указывает на значительное напряжение механизмов адаптации организма старших дошкольников. У 6-летних мальчиков степень напряжения адаптационных механизмов достоверно выше, чем у девочек ($p < 0,05$). Функциональное состояние нервной системы организма детей, имеющих хроническую патологию (III группа здоровья), характеризуется резким снижением реактивности ее вегетативного отдела и, как следствие, перенапряжением адаптационных механизмов и срывом адаптации.

Использование индекса физического и функционального состояния позволяет установить уровень физического здоровья без использования дополнительных нагрузочных проб, что весьма важно в оценке состояния здоровья функционально ослабленных детей. При его анализе среди числа обследованных дошкольников выявлен низкий уровень физического состояния у 12,7 %, ниже среднего — у 31,8 %, средний, выше среднего и высокий — у 33,6, 15,5 и 6,4 % детей соответственно.

Индивидуализация процессов роста и развития приводит к широкому расслоению детского населения по уровню морфофункционального развития. Соответствие биологического возраста хронологическому отмечено лишь у 58,2 % 6-леток. Ускорение темпов биологического развития среди обследуемого контингента не выявлено.

При анализе школьно значимых функций и компетенций суммарно по всем апробированным методикам наблюдается преобладание условно не готовых к обучению в школе детей в сельской местности и уменьшение количества таких детей по мере укрупнения населенного пункта.

Группу риска школьно дезадаптированных детей образуют условно неготовые и неготовые к поступлению в школу дети с нестабильностью психоэмоционального состояния. В возрастном аспекте это преимущественно дети 5–6 лет (100 % сельских детей и г. Клецка, 50 % минчан данного возраста). По медицинским критериям — это дети II группы здоровья, эпизодически и часто болеющие, имеющие дисгармоничный уровень фи-

зического развития. Дети с нарушениями речи характеризуются более низким уровнем функциональной готовности к школе по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Так, даже среди 7-летних детей с речевой депривацией 20 % не готовы к систематическому обучению в школе. Среди воспитанников санаторных групп не готов к систематическому обучению каждый третий ребенок.

Успешность овладения ребенком учебной деятельностью определяется своевременностью формирования психических процессов. Изучение мотиваций к учению позволило отметить, что у 76,4 % детей, функционально готовых к школе, преобладают учебно-познавательные и социальные мотивы. У детей с низким уровнем развития школьно значимых функций, т. е. у каждого третьего ребенка, доминируют игровые и внешне-средовые мотивы.

Использование методики определения доминирования познавательного или игрового мотивов в аффективно-потребностной сфере позволило выявить, что у 45,5 % 6-леток познавательная потребность выражена весьма слабо.

Установлено нарастание по мере укрупнения населенного пункта количества детей с нестабильностью нервно-психических процессов и неуравновешенностью психоэмоционального состояния (импульсивность, тревожность): на селе таких детей нет, г. Клецк — 14,3 %, г. Минск — 29,1 %.

При оценке взаимообусловленности неготовности к школе и неблагополучия в психоэмоциональном состоянии установлено, что нестабильность нервно-психических процессов наблюдается у $\frac{1}{2}$ детей группы риска. Достаточно частым сопутствующим состоянием нестабильности нервно-психических процессов детей группы риска является их тревожное психоэмоциональное состояние, более выраженное по мере укрупнения населенного пункта.

Проведенное анкетирование родителей позволило определить некоторые социальные факторы онтогенеза, детерминирующие школьную зрелость. Так, образование родителей повышается с укрупнением населенного пункта, что оказывает влияние на приобщение детей к дополнительным занятиям в кружках. При этом большинство детей посещают кружки умственного характера и достаточно часто (62,5 % более 4 раз в неделю), в то время как физкультурно-оздоровительной деятельности практически не уделяется внимания.

В ходе анкетирования по 32 аспектам изучались отдельные личностные особенности детей. Достаточно часто распространены среди детей гиперактивность (60 %), тревожное состояние (43,4 %), актуализация внимания на себе (40 %), подтверждающие нестабильность и напряженность нервно-психического состояния будущих школьников и свидетельствующие о наличии тенденции нарушения «гармонии равновесия между

ребенком и социумом», что также следует расценивать как риск школьной дезадаптации.

Таким образом, в соответствии с закономерностями роста и развития организма, дети одного хронологического возраста имеют значительные индивидуальные различия функциональной готовности к обучению в школе. Полученные результаты исследования позволили спрогнозировать ближайшую зону здоровья обследованного контингента и выявить среди них группу риска школьно дезадаптированных детей. Анализ предикторов риска дал возможность установить наиболее значимые из них, способствующие снижению степени адаптации организма к условиям образовательной среды, на основании чего обосновать алгоритм осуществления приоритетных профилактических и корригирующих мероприятий. Обобщение результатов на коллективном уровне позволило определить общие закономерности формирования адаптационных процессов к обучению в школе и сделать следующие выводы:

1. Преобладающее большинство обследованного контингента детей условно готово к поступлению в школу как по психофизиологическим, так и по медицинским критериям. У большинства 6-летних детей по сравнению с 7-летками не закончен процесс формирования психологической модели «школьника». Прослеживается обратная зависимость между степенью развития когнитивных функций и состоянием здоровья детей по мере укрупнения населенного пункта.

2. В качестве предикторов риска дезадаптации детей к школе выступают:

- недостаточная сформированность когнитивных функций (зрительно-моторная координация, произвольность внимания, умение ориентироваться на образец, умение переводить план в действие);
- психоэмоциональная неуравновешенность (лабильность, тревожность, импульсивность);
- психологические особенности личности, такие как гиперактивность, актуализация внимания на себе, соперничество;
- социальные факторы (недостаточный уровень образования родителей, отсутствие единодушия родителей в вопросах воспитания детей);
- нестабильность состояния здоровья (дисгармоничный уровень физического развития; низкая сопротивляемость неблагоприятным воздействиям окружающей среды, наличие хронической патологии);
- особенности онтогенеза в виде речевой депривации.

3. Наличие группы риска у около $\frac{1}{4}$ обследованных детей требует проведения комплексных психолого-медико-педагогических профилактических и коррекционных мероприятий, своевременность и эффективность проведения которых определяет успех адаптации к школе, а следовательно, и состояние здоровья подрастающего поколения.