

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Основы формирования здоровья детей
Специальность	34. 03. 01 Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2022

ТЕМА 4	Медицинские аспекты организованного детства и формы профилактической работы в детских образовательных учреждениях.
---------------	---

Лекционный материал по дисциплине «Основы формирования здоровья детей»

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, к.м.н.

Шिशалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном
процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело
2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования

Шिशалова Т.Н.

Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Основы формирования здоровья детей» размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель	Ознакомить обучающихся с комплексной оценкой состояния здоровья, роль врача в профилактике дезадаптационного синдрома
Учебные вопросы	1. Обязанности врача и медицинской сестры в ДООУ, школе. 2. Комплексная оценка состояния здоровья, роль врача в профилактике дезадаптационного синдрома.

Здоровье детей дошкольного и школьного возрастов социально обусловлено и зависит от состояния окружающей среды, здоровья родителей, наследственности, условий жизни и воспитания ребенка.

Детские организованные коллективы разделяют на дошкольные (детские ясли, детские сады) и школы.

Детские сады организуются как детские сады общего и санаторного типа.

Школы классифицируют:

- по характеру учебного заведения - начальные, неполные средние, средние, вечерние, специализированные (гимназии, лицеи, воскресные, с углубленным изучением того или иного предмета).

- по состоянию здоровья воспитанников - массовые общеобразовательные школы для здоровых детей, школы для детей с пороками развития (школы интернаты для глухонемых, слепых, умственно отсталых детей), школы санаторного типа (для детей больных туберкулезом, ревматизмом и т.д.).

Лечебно-профилактическая работа в ОУ обеспечивается ДП, на территории которой оно расположено и в которой создаются специальные отделения профилактической медицинской помощи детям и подросткам в организованных коллективах. В состав отделения входят заведующий, старшая медсестра, педиатры и медсестры, работающие в ДООУ и ООУ.

На должность врача-педиатра ДООУ и ООУ назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование и сертификат по специальности «педиатрия».

Медсестра (фельдшер) - активный помощник врача в медицинском наблюдении за детьми в ДООУ и ООУ. На должность медицинской сестры назначается специалист, имеющий среднее медицинское образование и сертификат по специальности «сестринское дело в педиатрии».

Врач и медсестра в образовательном учреждении работают по графику, который для врача является скользящим. Медсестра работает в течение всего рабочего дня.

В своей работе медицинский персонал руководствуется действующими приказами и методическими рекомендациями МЗ РФ, местных органов здравоохранения и народного образования.

СЛ.2 Функциональные обязанности

Медперсонал ООУ обязан проводить различные мероприятия, основные из которых представлены на слайде, поэтому сегодня мы остановимся на некоторых аспектах их работы: наблюдением за здоровьем и развитием детей при проведении медосмотров, адаптацией к посещению ДООУ и обучению первоклассников.

1.Этапы медицинского контроля. Комплексная оценка состояния здоровья организованных детей

С момента начала посещения дошкольных учреждений ребенок переходит под наблюдение медицинского персонала детского образовательного учреждения. Главный раздел работы медицинского персонала этих учреждений – это наблюдение за здоровьем и развитием детей. Эта работа заключается в проведении медицинских профилактических осмотров. Их цель - динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей и подростков.

СЛ. 3 Медицинские осмотры

Медицинские осмотры разделяются на профилактические, которые проводятся медицинской сестрой (доврачебный этап), педиатром; предварительные – перед поступлением в образовательные учреждения и периодические, проводимые в общеобразовательных учреждениях с привлечением узких специалистов.

Профилактические осмотры проводятся в декретированные сроки: от 1 до 2 лет - 1 раз в квартал, от 3 до 7 лет - 1 раз в год. Антропометрические измерения проводятся в возрасте от 1 до 3 лет - ежеквартально, от 3 до 7 лет - 1 раз в полугодие. В школах любого типа профилактические осмотры, т.е. проведение скрининговых исследований и осмотра педиатром проводятся в возрасте 8, 9, 11, 12 и 13 лет. В эти возрасты исследования не проводятся, из специалистов смотрит только детский стоматолог, к которому направляет медсестра детского учреждения.

Периодические осмотры (каждый в 3 этапа) детей дошкольного возраста проводят в 3 года (или при поступлении в дошкольное учреждение) и перед поступлением в школу (в 6-7 лет). В школьном возрасте периодические осмотры проводят в возрасте 7, 10, 14 – 17 лет.

Периодические осмотры проводят по этапам:

I этап, доврачебный (скрининг), — обследование всех детей по скрининг-программе, проводимое преимущественно средним медицинским персоналом школы; скрининг-программу подразделяют на базовую и расширенную.

II этап, врачебно-педагогический — обследование детей, выделенных с помощью скрининг-тестов педиатром, офтальмологом, неврологом, хирургом, ортопедом, отоларингологом, педагогом, психологом.

III этап, специализированный — углубленное обследование врачами-специалистами узкого профиля. Специализированный этап проводится по показаниям либо в условиях детской поликлиники, либо специализированного стационара и предусматривает проведение необходимых лабораторно-инструментальных исследований.

Слайд 4 базовая скрининг-программа,

Базовая скрининг-программа доврачебного медицинского обследования используется для мониторинга здоровья детей и содержит тот набор тестов, который обязателен при проведении медицинских осмотров детей как в условиях города, так и в сельской местности. Она включает:

- анкетный тест - применяется редко в связи со сложностью последующей обработки;
- измерение антропометрических показателей – роста, массы тела и ОГК с последующей индивидуальной оценкой физического развития;
- измерение АД детским тонометром или взрослым с последующим пересчетом показателей и с проведением нагрузочной пробы;
- выявление нарушений опорно-двигательного аппарата с помощью комбинированного визуально-инструментального исследования

СЛ. 5 исследование позвоночника

СЛ. 6 исследование стопы (плантография);

Для этого используется плантограф – устойчивая скамейка, покрытая фланелью. Фланель смачивают штемпельной краской или чернилами. На нее сверху укладывают подписанный ФИО, возраст ребенка, лист писчей бумаги размером А4. Ребенка поднимают перед собой подмышки и устанавливают на лист бумаги. Через минуту ребенка опять берут подмышки и снимают со скамейки. На бумаге появляется отпечаток стоп. Далее проводится оценка состояния стопы. Необходимо помнить, что до 5 лет у ребенка физиологическое плоскостопие и только в последующем формируется свод стопы.

СЛ. 7 таблицы Сивцева-Головина;

- выявление предмиопии (склонности к близорукости) с помощью теста Малиновского исследование остроты зрения;

Кроме этого выявляют нарушения слуха с помощью шепотной речи. Для этого медсестра устанавливает ребенка в кабинете на расстоянии 6 метров и произносит слова с шипящими звуками. Ребенок не поворачивая головы должен их произнести вслух.

- Оценку уровня физической подготовленности проводит учитель физвоспитания. Проведение динамометрии динамометром проводят с 6-ти летнего возраста. Ребенку предлагают сжать аппарат на вытянутой в бок параллельно полу правой, а затем левой руке. Показания вносят в карту 026-2000/у

- лабораторные скрининг-тесты — анализ мочи на протеинурию и глюкозурию проводят в лаборатории поликлиники или используют скрининг тесты. Анализы собирают в определенный день и медсестра относит в лабораторию.

СЛ. 8 расширенная скрининг-программа

Расширенная скрининг-программа дополняет базовую в определенные возрастные периоды детства и включает:

- оценку резистентности (для всех возрастов);
- выявление невротических расстройств (анкета);
- оценку нервно-психического развития (эмоционально-вегетативной сферы, психомоторной сферы и поведения, интеллектуального развития);
- оценку вторичных половых признаков у подростков;
- выявление нарушений репродуктивного здоровья (анкета) у подростков.

После оценки скрининг-теста и осмотра детей врач решает вопрос о необходимости в дополнительных исследованиях, консультациях узких специалистов поликлиники или о необходимости дальнейшего наблюдения врачом образовательного учреждения.

Слайд 9 Врачебный и специализированный этапы

Врачебный этап включает осмотр педиатром, неврологом, офтальмологом, детскими хирургом, стоматологом, психиатром, акушером-гинекологом, урологом-андрологом, детским эндокринологом.

На этом этапе в ДООУ офтальмолог осматривает детей 3 и 6 лет с расширением зрачка.

СЛ. 10 Тест Рейнеке

С 4-летнего возраста проводится тест Рейнеке, который позволяет диагностировать расстройства бинокулярного зрения у ребенка.

СЛ. 11 План профилактических осмотров в ДООУ

В соответствии с приказом 396н от 2019 года профосмотры проводят в ДООУ в возрасте 3,4,5,6 лет. Перед поступлением в ДООУ и в школу – это углубленные профосмотры с привлечением специалистов и проведением анализов. В другие возрасты детей осматривает только врач, а медсестра проводит скрининговые исследования.

СЛ. 12 Алгоритм заключения

По результатам медицинских осмотров врач-педиатр составляет индивидуальное заключение о состоянии здоровья каждого школьника.

Медицинский осмотр детей в дошкольных учреждениях проводят в зимне-весеннее время, преимущественно в период школьных каникул. Осмотры школьников проходят с 1 сентября по 15 ноября (первоклассников осматривают в конце учебного года) с привлечением специалистов детской поликлиники.

2. Подготовка к поступлению в ДООУ и первый класс. Вопросы адаптации и дезадаптации. Роль врача в профилактике дезадаптационного синдрома.

Подготовка детей к поступлению в ДООУ начинается с первых дней его жизни. Согласно инструкции «О подготовке детей на педиатрическом участке к поступлению в дошкольное учреждение», она осуществляется участковым врачом-педиатром, участковой медицинской сестрой, фельдшером или медицинской сестрой кабинета по воспитанию здорового ребенка; состоит из двух основных разделов

СЛ. 13 общей и специальной подготовки.

Общая подготовка заключается в двух аспектах – педагогическом и медицинском. Медицинский аспект состоит из правильного и систематического профилактического наблюдения за ребенком с момента рождения для обеспечения гармоничного физического и нервно-психического развития и оптимального состояния здоровья при семейном воспитании. Педагогический - из формирования навыков гигиены, общения, мотивации к пребыванию и воспитанию ребенка в ДООУ. Правильно проведенная общая подготовка сокращает объем специальной подготовки.

Специальную подготовку начинают минимум за 3 мес. до направления ребенка в дошкольное учреждение. Она также включает педагогические и медицинские мероприятия. Педагогическая состоит из:

— санитарно-просветительной работы с родителями, проводимую

участковой медицинской сестрой, медицинским персоналом кабинета здорового ребенка в виде тематических бесед по вопросам подготовки детей к поступлению в ДОО;

— Врачебная включает диспансерное наблюдение детей участковым врачом-педиатром, врачами-специалистами, лабораторные исследования за 2–3 мес. до поступления;

— оздоровление и лечение детей в зависимости от уровня их здоровья и результатов последней диспансеризации.

Врач составляет предварительный план подготовки ребенка к поступлению в дошкольное учреждение. В форме № 112/у, в листе уточненных диагнозов, ставят отметку о начале подготовки ребенка к поступлению в дошкольное учреждение.

Медицинская сестра КЗР дает родителям памятку по **педагогической** подготовке ребенка к поступлению в дошкольное учреждение. Матери советуют приблизить домашний режим ребенка к режиму детского учреждения (отучить от соски, научить самостоятельно есть ложкой, засыпать, пользоваться горшком), активно приучать малыша к общению с детьми соответствующего возраста и взрослыми, воспитывать у ребенка гигиенические навыки — мыть руки, пользоваться горшком. Пища во время подготовки должна быть близкой по составу и технологии приготовления к пище детского учреждения. Мать получает информацию об организации жизни ребенка в дошкольном учреждении.

При оформлении ребенка в ДОО не менее чем за 2–3 мес. до поступления проводят предварительный медицинский осмотр с участием узких специалистов. Обязательно исследуют кровь, уровень глюкозы, мочу, кал на наличие глистов. После осмотра всеми специалистами и получения результатов анализов участковый врач-педиатр оформляет заключение в медицинской карте 026/у-2000, которая хранится в учреждении, посещаемым ребенком.

Ориентируясь на данные анамнеза и состояние здоровья, участковый врач-педиатр может спрогнозировать тяжесть течения адаптации. Прогнозирование течения адаптации целесообразно проводить дважды — в начале подготовительной работы и непосредственно перед поступлением детей в ДОО. При первом прогнозировании планируют дополнительные профилактические мероприятия по облегчению адаптации, при втором — подводят итог их эффективности и дают индивидуальные рекомендации по ведению ребенка в адаптационном периоде.

При переходе ребенка от домашнего воспитания к воспитанию в коллективе ломаются психологический и динамический стереотипы, что неизбежно приводит к стрессовой ситуации и возникает приспособление ребенка к новым социальным условиям жизни.

Адаптация ребенка к новым условиям среды - тяжелый и болезненный процесс, сопровождающийся негативными сдвигами в организме, затрагивающий все его уровни. В основе этого процесса лежит стресс, который превращает на время малыша в другого человека, разрушает его защитные барьеры, извращает важные физиологические реакции, необходимые для поддержки здоровья. Стресс похож на пламя, сжигающее все нещадно на пути. И если не найти "огнетушитель" и не залить бушующее пламя, оно "сожжет" весь организм ребенка, и родителям придется лечить нанесенные "ожоги" всю жизнь.

Период адаптации к новым условиям у ребенка наиболее сложно протекает в возрасте: от 9 мес. до 1г. 8 мес., так как к этому возрасту у детей уже формируются довольно устойчивые привычки; в возрасте 3-х лет, в период так называемого «кризиса трехлетнего возраста». В этот период малыш впервые ощущает себя как личность и хочет, чтобы это видели другие. Поэтому отстаивая перед взрослыми и сверстниками свою личность, психика его становится ранимее к воздействию различных воздействий окружающей среды; в любом возрасте с высокой степенью "биологического риска», а также у детей с преморбидными заболеваниями.

СЛ. 14 Степени адаптации

Различают 3 степени адаптации: легкую, среднетяжелую и тяжелую.

Наиболее ярким и нежелательным типом адаптации является тяжелая, при которой нарушение здоровья протекает следующим образом: разлука с матерью - страх - стресс - срыв адаптации - болезнь... При этом типе адаптации процесс затягивается на длительное время, и ребенок приспособливается к организованному коллективу месяцами, а иногда не может приспособиться совсем. Поэтому детей с тяжелой адаптацией, которую прогнозировали у ребенка еще в детской поликлинике, желательно не отдавать в три года в ДООУ, а немного позже, по мере совершенствования их адаптационных механизмов. Основной формой тяжелой адаптации или дезадаптации у детей раннего возраста являются ОРВИ, а у дошкольников — невротические реакции.

Полярным типом тяжелой адаптации, является тип легкой адаптации ребенка, когда малыш адаптируется к новой обстановке обычно несколько недель, чаще всего - полмесяца. С таким ребенком почти нет хлопот, и изме-

нения, которые видны в его поведении, обычно кратковременны и незначительны, поэтому ребенок не болеет.

Помимо двух полярных типов адаптации, имеется еще и промежуточный вариант, напоминающий собою перешеек, соединяющий обычно "северный" и "южный" полюс адаптации ребенка. Это т.н. средняя тяжесть течения периода адаптационных изменений в детском организме. При этом варианте ребенок в среднем адаптируется к новому организованному коллективу больше месяца и иногда во время адаптации заболевает. Причем, как правило, болезнь протекает без каких-то осложнений, что может служить главным признаком отличия указанного типа адаптации от неблагоприятного варианта.

В период адаптации важна медико-педагогическая, санитарно-просветительная работа с родителями по вопросам преемственности и достижения единства воспитания и ухода за ребенком в условиях семьи и ДОО.

Слайд 15 инструкция по облегчению адаптации к ДОО

Для облегчения адаптации проводятся следующие мероприятия:

Нового ребенка принимают в часы бодрствования (по режиму для данного возраста). Новый для ребенка режим вводят постепенно, сдвигая его по сравнению с домашним на 10–15 мин в день.

Всем вновь поступившим детям назначают укороченный день. Время пребывания ребенка в группе увеличивают постепенно на 1–2 ч в день в зависимости от его поведения.

В первые дни кормят и укладывают спать так, как ребенок привык дома. Кормят осторожно, не настаивают в случае отказа от еды, компенсируя недоедание дома. Одевают тепло, следят, чтобы он не переохлаждался, чтобы ручки и ножки были теплыми. Чаще предлагают ребенку теплое питье, учитывая повышенное мочеиспускание, слезоотделение и сухость слизистых оболочек.

Разговаривают с ребенком ласково, предупреждая отрицательные эмоции, не дают долго плакать. В первые дни организуют деятельность нового ребенка в стороне от детей, до тех пор пока он сам не проявит интерес и желание играть рядом с детьми.

В период адаптации воспитатели держат нового ребенка поближе к себе, общаются с ним каждые 2–3 мин взглядом, чтобы успокоить и привлечь к игре.

Используют музыкальные занятия как фактор, улучшающий эмоциональное состояние и самочувствие ребенка.

В течение периода адаптации на каждого ребенка составляют лист адаптации, в котором воспитатель отмечает адекватность поведения, спокойный и глубокий дневной сон, хороший аппетит, игровую и речевую активности, установление положительных контактов с детьми и взрослыми, появление новых признаков нервно-психического развития. Все эти данные 1 раз в неделю передаются медсестре ДОО, где проводятся антропометрические исследования и отмечается заболеваемость ребенка. Детей в возрасте до 3 лет врач осматривает не реже 1 раза в 5–6 дней, детей 3–7 лет — не реже 1 раза в 10–12 дней.

Адаптацию считают законченной при адекватном поведении ребенка, нормальной прибавке массы тела, отсутствии заболеваний в течение месяца.

Подготовка детей к обучению в школе

Прием детей восьмого или седьмого года жизни в 1 классы осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии о готовности ребенка к обучению.

Перед поступлением в школу проводится предварительный медицинский осмотр педиатром и врачами специалистами, исследуются кровь, моча, уровень глюкозы в крови, кал на яйца глистов, УЗИ органов брюшной полости, почек, ЭКГ и Эхо-КГ. Педагог - психолог определяет интеллектуальный уровень развития и дает заключение о степени готовности к обучению в школе: «к обучению в школе готов», «подготовлен слабо», «не готов» и дает соответствующие рекомендации.

К моменту поступления в школу ребенок должен иметь определенную школьную зрелость, от которой зависит адаптация и успеваемость ребенка на 1 году обучения в школе.

Слайд 16 Мерило школьной зрелости

Главным мерилom школьной зрелости является биологический возраст, т.е. определенный уровень физического и психического развития. Критерием биологического возраста служит количество прорезавшихся постоянных зубов, первые из которых – моляры - появляются в возрасте 5,5 лет.

Готовность детей к обучению в школе определяется степенью функционального развития психики и моторики ребенка, к его умению сосредоточиться, тормозить на определенное время свою двигательную активность, без лишнего напряжения сохранять рабочую позу. В основу определения функциональной готовности к обучению положены психофизиологические тесты Керна - Иерасека, состоящие из 3 заданий (**слайд 17 фигура человека, слайд 18 - срисовывание фразы, слайд 19 - точек, слайд 20 - мотометриче-**

ский). Каждое задание оценивается по пятибалльной системе, причем чем меньше сумма баллов, тем выше готовность ребенка к обучению.

Слайд 21 Школьная зрелость

Ребенок считается функционально готовым к школьному обучению, если его биологический возраст соответствует паспортному, он исполнил тест Керна – Иерасека на 3-6 баллов и положительно выполнил мотометрический тест.

Ребенок считается функционально условно готовым к школьному обучению, если его биологический возраст соответствует/не соответствует паспортному, исполнил на 7-9 баллов тест Керна-Иерасека и положительно выполнил мотометрический тест.

Ребенок считается функционально неготовым к школьному обучению, если его биологический возраст не соответствует паспортному, исполнил на 10-15 баллов тест Керна-Иерасека и не выполнил мотометрический тест.

Организованные дети, не готовые к школьному обучению, по психофизиологическим показателям (незрелые), временно не допускаются в школу. Они остаются в подготовительной группе на следующий год, а неорганизованных рекомендуют определить в подготовительную группу детского сада.

Большую роль в течении адаптации играет возраст начала систематического обучения. Чем младше ребенок, тем тяжелее протекает адаптация. Адаптация к школе — довольно длительный процесс, имеющий и физиологический, и психологический аспекты.

В физиологической адаптации, т.е. привыкании работать в новом режиме, к школе выделяют несколько этапов. Первые 2-3 недели называют "физиологической бурей" или фазой "острой адаптацией". В это самое тяжелое время для ребенка, на все новые воздействия организм отвечает значительным напряжением практически всех своих систем и тратит все, что есть, поэтому так важно помнить, какую высокую «цену» платит каждый ребенок в этот период. Поэтому среди первоклассников высока острая заболеваемость.

Следующий этап адаптации - неустойчивое приспособление или фаза подострой адаптации длительностью до 2-3 недель. Организм ребенка ищет и находит приемлемые, близкие к оптимальным варианты реакций на новые условия. Физиологическая «буря» начинает затихать.

После этого наступает период относительно устойчивого приспособления (компенсаторная фаза). Организм находит наиболее оптимальные вари-

анты реагирования на нагрузку, требующие меньшего напряжения всех систем. Длится этот период до нескольких месяцев. Продолжительность всех 3 фаз физиологической адаптации составляет приблизительно 5–6 нед.

Психологическая адаптация протекает по-разному. Одни адаптируются к школе в течение первых 2 месяцев обучения, в те же сроки прохождения физиологической адаптации. Эти дети, как правило, поступающие в школу из ДООУ, относительно быстро вливаются в коллектив, осваиваются в школе, приобретают новых друзей в классе; у них почти всегда хорошее настроение, они спокойны, доброжелательны, добросовестно и без видимого напряжения выполняют все требования учителя. Иногда у них отмечаются сложности либо в контактах с детьми, либо в отношениях с учителем, так как им еще трудно выполнять все требования правил поведения; хочется побегать на перемене или поговорить с товарищем, не дожидаясь звонка. Но к концу октября эти трудности, как правило, нивелируются, отношения нормализуются, ребенок полностью осваивается с новыми для него требованиями, режимом - он становится учеником. Такое течение адаптации в сочетании с отсутствием болезней называют благоприятным.

У других детей, поступающих в школу из домашних условий или не готовых к обучению, период несоответствия их поведения требованиям школы затягивается: они не могут принять ситуацию обучения, общения с учителем, детьми. Они играют на уроках, не реагируют на замечания учителя или реагируют слезами, обидами. Эти дети испытывают трудности и в усвоении учебной программы, в связи с этим у них часто появляется чувство страха и нежелания идти в школу. Лишь к концу первого полугодия их реакции становятся адекватными требованиям школы, учителя. Такая умеренная выраженность невротических реакций на протяжении 2 четвертей с дальнейшим ослаблением их проявлений к концу учебного года в сочетании с редкими нетяжелыми формами острых заболеваний указывает на условно благоприятное течение адаптации.

Благоприятную адаптацию и в определенной степени условно благоприятную адаптацию можно считать закономерной реакцией организма детей на изменившиеся условия жизни.

Индикаторами трудности психологической адаптации, т.е. дезадаптации, являются изменения в поведении детей, проявляющиеся либо чрезмерным возбуждением, агрессией, либо заторможенностью, депрессией. Дезадаптация в первую очередь выражается в неуспеваемости; в нарушениях поведения как в виде открытых форм - расторможенность, агрессивность, не-

умение строить свое поведение в соответствии с требованиями социума, нарушение общепринятых норм и правил поведения; так и в скрытых формах – замкнутость, тревожность, напряженность, боязливость, нарушение межличностных отношений со сверстниками. Значительно выраженная симптоматика, близкая к неврозу свидетельствует о непосильности учебных нагрузок и режима обучения для организма первоклассника. Также о неблагоприятном течении адаптации свидетельствуют и частые острые заболевания, особенно если они протекают с осложнениями. Период неблагоприятной адаптации затягивается до окончания 3 четверти.

Слайд 22 критерии адаптации

Критерии завершения адаптации школьника подразделяются на педагогические и медицинские. Педагогическими критериями считают стойкую стабилизацию эмоционально-поведенческих реакций, успеваемости, психологической адаптации в коллективе (оценка проводится педагогом).

Критериями окончания адаптации, легко контролируемые медперсоналом школы, считают оценку динамики массы тела, контроль артериального давления.

По изменению массы тела можно проследить, какое влияние оказывает учебная нагрузка на организм, вызывает ли она отрицательные изменения в состоянии здоровья. Ведь ребенок, обучающийся в школе, интенсивно растет, развивается, и снижения веса или образования «дефицита массы тела» не должно быть. Однако результаты обследования первоклассников свидетельствуют, что доля таких детей постоянно увеличивается и в некоторых детских коллективах уже к концу первой четверти масса тела снижается у 60% учащихся. Одновременно со снижением веса ухудшаются и показатели работоспособности, появляются соматовегетативные жалобы.

Другой показатель – это артериальное давление. Чаще всего при утомлении у первоклассников отмечается значительное снижение артериального давления. А в тех случаях, когда учебные нагрузки приводят к переутомлению, артериальное давление может значительно повышаться. Это говорит о том, что нагрузка непосильна для ребенка. Особенно часто повышение артериального давления отмечается в начале учебного года (в остром периоде адаптации) и в середине третьей - самой трудной четверти. Иногда такие нарушения в деятельности ССС выявляются и в конце учебного года.

Слайд 23 облегчение адаптации школьника

Существенно облегчают адаптацию к школе всех детей, особенно «неготовых» и ослабленных, факторы, зависящие от учителя и родителей.

Наиболее важный из них — рациональная организация учебных занятий и рациональный режим дня. В начальных классах плотность учебной работы школьников на уроках по основным предметам не должна превышать 80%. Обучение детей в первом классе следует проводить с соблюдением требований, к которым относятся:

- проведение учебных занятий только в первую смену;
- пятидневная учебная неделя;
- организация облегченного учебного дня в середине учебной недели;
- проведение не более 4 уроков в день;
- продолжительность уроков не более 35 мин;
- организация в середине учебного дня динамической паузы продолжительностью не менее 40 мин;
- использование ступенчатого режима обучения в первом полугодии; в сентябре и октябре — три урока продолжительностью по 35 мин; со второй четверти — четыре урока продолжительностью по 35 мин; со второго полугодия продолжительность урока увеличивается до 45 мин.;
- обучение без домашних заданий и балльной оценки знаний;
- дополнительные недельные каникулы в середине третьей четверти.

В первых классах запрещается проведение сдвоенных уроков. Домашние задания дают первоклассникам во втором полугодии в таком объеме, чтобы они смогли их выполнить в течение часа.

Для облегчения адаптации и в оздоровительных целях в общеобразовательных учреждениях создают условия для удовлетворения биологической потребности учеников в движении. Проводят гимнастику до учебных занятий, физкультминутки на уроках, подвижные игры на переменах, уроки физкультуры, спортивные внеклассные занятия и соревнования, дни здоровья, самостоятельные занятия физкультурой в объеме не менее 2 ч в день. С этой же целью в учебные планы для учащихся начальной школы рекомендуют включать предметы двигательного характера (хореографию, ритмику, современные и балльные танцы, обучение традиционным и спортивным национальным играм и др.).

В целях профилактики утомления, нарушения осанки, нарушения зрения обучающихся на уроках письма, чтения и математики проводят физкультминутки и гимнастику для глаз. При появлении первых признаков нарушения адаптации, а также с учетом прогноза течения адаптации назначают медицинские корригирующие мероприятия.

Наблюдение за адаптацией проводят в течение всего первого года обучения. Результаты наблюдения заносят в лист наблюдения за адаптацией. Медицинская сестра в конце каждой четверти анализирует листы адаптации и выделяет детей, имеющих отклонения в адаптации. Этим детям в процессе наблюдения консультирует педиатр и при необходимости психолог. По результатам наблюдения назначают медико-психолого-педагогические коррекционные мероприятия, данные фиксируют в медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (форма 026/у-2000).

Работа врача в школе социально обусловлена. Зная соответствующие нормативные документы и придерживаясь их выполнения, можно многое сделать для сохранения и укрепления здоровья школьников, создать для них оптимальные условия для обучения, отдыха, правильного физического и высокого интеллектуального развития.