

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Б1.О.38 Основы формирования здоровья детей
Направление подготовки	34. 03. 01 Сестринское дело
Направленность (профиль)	Медико-организационная и педагогическая деятельность медицинской сестры (брата)
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 6

Формирование здоровья детей дошкольного и школьного возраста.

г. Ставрополь - 2025

Методические указания к практическим занятиям 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.

Методические указания по дисциплине «Основы формирования здоровья детей» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся основам формирования здоровья детей дошкольного и школьного возраста.
- 2. Учебные вопросы**
1. Организация жизни детей в ДООУ. Адаптация детей к дошкольному учреждению, к школе.
 2. Профилактические мероприятия, направленные на снижение риска нарушений здоровья в период адаптации. Критерии течения адаптации.
 3. Подготовка детей к поступлению в школу. Определение психолого – педагогической готовности ребенка к обучению в школе.
 4. Контроль состояния здоровья школьников. Образ жизни вообще, формирование здорового образа жизни. Проведение плановых профосмотров.

3. Теоретическая часть

Критерии готовности к обучению ребенка в школе

В соответствии с приказом Минобрнауки России от 15 февраля 2012 г. N 107, прием детей в 1 классы осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии о готовности ребенка к обучению. В 1-е классы принимают детей 8-го или 7-го года жизни, причем прием детей 7-го года жизни осуществляют при достижении ими к 1 сентября учебного года возраста не менее 6 лет 6 месяцев.

Обучение детей, не достигших 6,5 лет к началу учебного года, следует проводить в условиях школы, учебно-воспитательного комплекса (УВК) или детского сада с соблюдением всех гигиенических требований по организации обучения детей с шестилетнего возраста.

В школу ребенок должен прийти функционально «зрелым». У «незрелых» школьников учебная деятельность оказывает неблагоприятное влияние на функциональное состояние организма и здоровье, они часто становятся неуспевающими. Большая часть функционально неготовых учащихся не адаптируется к школе на протяжении всего 1 года обучения. Определение готовности детей к обучению в школе проводится врачом по медицинским и психофизиологическим критериям.

Медицинские критерии:

Уровень биологического развития: биологический возраст соответствует паспортному, если физическое развитие нормальное (длина соответствует возрасту, масса соответствует длине), количество постоянных зубов – 2-6 и более у девочек, 2-5 и более у мальчиков (табл.4.3); положительный «филиппинский» тест.

Уровень резистентности: хороший - не более 3 острых заболеваний в год, предшествующий поступлению в школу.

Состояние здоровья: группа здоровья I, II или III. Отсутствие заболеваний за прошедший год, таких как инфекционный гепатит, пиелонефрит, миокардит неревматический, менингит эпидемический, менингоэнцефалит, туберкулез, ревматизм в активной фазе, болезни крови.

Таблица 1. Оценка биологического возраста (появление постоянных зубов)

Паспортный возраст	Пол	Зубная зрелость по отношению к паспортному возрасту		
		Отстает	Соответствует	Опережает
6 лет	Мальчики	0-1 зуб	2-4 зуба	5-9 зубов
	Девочки	0-1 зуб	2-6 зубов	7-12 зубов
6,5 лет	Мальчики	0-1 зуб	2-6 зубов	7-10 зубов
	Девочки	0-2 зуба	3-8 зубов	9-12 зубов
7 лет	Мальчики	0-4 зубов	5-10 зубов	11-12 зубов
	Девочки	0-5 зубов	6-11 зубов	12 зубов

Психолого-педагогические критерии:

Школьная зрелость по психометрическому тесту Керна-Иерасека от 3 до 6 баллов.

Сформированность школьных умений и навыков.

Освоение программы воспитания в детском саду в полном объеме.

Качество звукопроизношения без дефектов.

Уровень психического развития, соответствующий возрасту.

Дети, готовые к обучению в школе - это дети, успешно осваивающие программу детского сада, имеющие нормальный уровень психического развития и школьной зрелости (тест Керна-Иерасека от 3 до 6 баллов), положительный результат выполнения мотометрического теста. Соответствие биологического возраста паспортному, редко болеющие, не имеющие хронических заболеваний и дефектов произношения. У этих детей, как правило, нет отклонений в биологическом анамнезе.

Условно готовые к обучению в школе - это дети, имеющие хронические компенсированные заболевания, с определенными трудностями справляющиеся с программой воспитания в детском саду, их биологический возраст отстает от паспортного, они имеют начальные отклонения в поведении и нервно-психическом развитии. У них не полностью сформированы навыки школьной зрелости, тест Керна-Иерасека равен 7 баллов – «зреющий» вариант А (прогноз благоприятный); тест Керна-Иерасека от 8 до 9 баллов – «зреющий» вариант Б (прогноз условно благоприятный), положительный результат выполнения мотометрического теста. Имеют один или два дефекта произношения.

Не готовые к обучению в школе - это дети, имеющие хронические заболевания в стадии суб- и декомпенсации, выраженные функциональные отклонения, отклонения в поведении, несформированные школьные навыки (тест Керна-Иерасека - 10 и более баллов при повторном исследовании). Биологический возраст не соответствует паспортному; нет осознанного отношения к учебе, не справляются с программой детского сада, имеют множественные дефекты звукопроизношения. Как правило, эти дети с выраженными отклонениями в биологическом анамнезе.

Оценка результатов теста Керна-Иерасека

Задание №1. «Рисунок человека» (рис 1). Исследование психофизиологической зрелости проводится медицинской сестрой или воспитателем детского сада, а также медицинской сестрой или врачом поликлиники.



Рисунок 1. Рисунок человека, нарисованный ребенком

Педагог - психолог, консультирующий ребенка в возрасте 6-7 лет, используя систему психологических методик, 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.

Каждое задание оценивается баллами от 1 (наилучшая оценка) до 5 (наихудшая оценка).

- 1 балл - у нарисованной фигуры (мужчины) должны быть голова, туловище, конечности. Голову с туловищем соединяет шея (она должна быть не больше, чем туловище). На голове должны быть волосы (возможна шапка или шляпа), уши; на лице - глаза, нос, рот. Верхние конечности заканчиваются рукой с 5 пальцами. Должны быть видны детали мужской одежды.

- 2 балла - выполнение всех требований, как при оценке в один балл. Возможны 3 отсутствующие части: шея, волосы, 1 палец руки, но не должна отсутствовать какая-либо часть лица.

- 3 балла - у фигуры на рисунке должны быть голова, туловище, руки, ноги, которые нарисованы двумя линиями. Отсутствуют шея, уши, волосы, одежда, пальцы на руках, ступни ног.

- 4 балла - примитивный рисунок головы с конечностями. Каждая конечность (достаточно лишь одной пары) изображена одной линией.

- 5 баллов - отсутствует ясное изображение туловища, рук и ног. Каракули.

Задание № 2. «Срисовывание написанного текста» (рисунок 2). Каждое задание оценивается баллами от 1 (наилучшая оценка) до 5 (наихудшая оценка).

Он ел суп.

Он ел суп.	1
Он ел суп.	2
Он ел суп.	3
Он ел суп.	4
Он ел суп.	5

Рисунок 2. Образец и рисунок текста, написанного ребенком

- 1 балл - срисованную ребенком фразу можно прочитать. Буквы больше образца не

более чем в 2 раза и образуют 3 слова. Строка отклонена от прямой линии не более чем на 30°.

- 2 балла - предложение можно прочитать. Буквы по величине близки к образцу, их стройность не обязательна.

- 3 балла - буквы должны быть разделены не менее чем на 2 группы. Можно прочитать хотя бы 4 буквы.

- 4 балла - с образцом схожи хотя бы 2 буквы. Вся группа букв имеет еще видимость письма.

- 5 баллов - каракули.

Задание №3. «Срисовывание группы точек» (рис. 3).

Каждое задание оценивается баллами от 1 (наилучшая оценка) до 5 (наихудшая оценка).

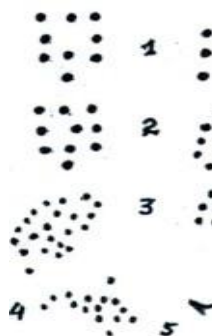


Рисунок 3. Образец и рисунок точек, нарисованный ребенком.

- 1 балл - точное воспроизведение образца. Нарисованы точки, а не кружки. Соблюдена симметрия фигуры по горизонтали и вертикали.

- 2 балла - возможно незначительное нарушение симметрии: одна точка может выходить за рамки столбца или строки. Допустимо изображение кружков вместо точек.

- 3 балла - группа точек грубо похожа на образец. Возможно нарушение симметрии всей фигуры. Сохраняется подобие пятиугольника, перевернутого вверх или вниз вершиной. Возможно меньшее или большее количество точек (не менее 7, не более 20).

- 4 балла - точки расположены кучно, их группа может напоминать любую геометрическую фигуру. Величина и количество точек несущественны. Другие изображения, например линии, недопустимы.

- 5 баллов - каракули.

Сумма результатов выполнения отдельных заданий представляет общий результат исследования по этому тесту.

Исследование качества произношения. Ребенку предлагается по картинкам последовательно перечислять вслух предметы, в которых встречаются звуки «Р, Л, С, З, Ц, Ж, Ш, Ч, Щ» в начале, в середине или в конце слова. Наличие хотя бы одного дефекта указывает на невыполнение задания.

Пример: рак - ведро - топор; жук - лыжи - нож; щетка - ящерица - плащ.

Выполнение мотометрического теста «вырезание круга». Ребенку дают картонную карточку, на которой изображен толстой линией круг, диаметром 30 мм,

вокруг которого имеются 3 больших и 3 меньших по диаметру круга, изображенные тонкой линией на расстоянии 3 мм друг от друга (рис 4.4). Ребенку предлагают вырезать ножницами круг по средней утолщенной линии. После того, как он разрезал карточку до толстой линии, фиксируют время начала и окончания работы по секундомеру. Выполненным считается мотометрический тест, если ребенок за 1 минуту вырезает 8/9 круга. Отклонение от утолщенной линии допускается не более 2 раз, если ребенок в процессе работы перерезает одну из тонких линий, или 1 раз, если он перерезает две тонкие линии. Разрешается 2 попытки.

Тест считается невыполненным при превышении времени выполнения более 1 минуты и большом количестве ошибок.

Организованные дети, не готовые к школьному обучению по психофизиологическим показателям (незрелые), временно не допускаются в школу. Ребенок считается незрелым, если получает 10-15 баллов за тест Керна-Иерасака независимо от выполнения других проб (при первом исследовании), имеется отставание в НПР, физические недостатки, невротическое развитие личности, сниженный интеллект.

Временная отсрочка от приема в школу рекомендуется детям с отставанием биологического развития, а именно рост ниже среднего (ниже 10 центиля по местным стандартам физического развития); прибавка в росте за последний год менее 4 см; полное отсутствие постоянных зубов. Организованные дети остаются в подготовительной группе на следующий год, а неорганизованных рекомендуют определить в подготовительную группу детского сада.

Работа врача по определению готовности к школе проводится в 2 этапа и предусматривает оздоровление дошкольников и коррекцию развития школьно-необходимых функций. Первое обследование с определением психофункциональной готовности к школе проводится осенью года, в котором ребенок пойдет в школу. Ребенка осматривают: врач педиатр, специалисты: хирург, ортопед, офтальмолог, отоларинголог, дерматолог, психоневролог, логопед, стоматолог, педагог-психолог. Детям, имеющим отклонения в состоянии здоровья, назначают комплекс лечебных и оздоровительных мероприятий. Дошкольникам, у которых выявлено отставание в развитии речи, рекомендуется комплекс упражнений по их коррекции врачом-логопедом. Занятия по развитию моторики проводятся воспитателями детского сада или родителями.

Повторный осмотр всех детей осуществляется перед поступлением их в школу (в апреле - мае) теми же специалистами. Ему проводят общие анализы крови, мочи, исследуют кал на наличие яиц глистов. Оценивается эффективность проведенного лечения и состояние здоровья ребенка. Одновременно проводится повторное психофизиологическое обследование детей, признанных не готовыми к школе при первом обследовании. В это же время целесообразно проводить анкетирование родителей на предмет выявления у детей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, который может существенно затруднить обучение детей и поэтому требует дополнительных медико-профилактических мероприятий.

Алгоритм заключения следующий:

- Клинический диагноз (основной, сопутствующий);
- Оценка физического развития;
- Оценка нервно-психического развития;

- Группа здоровья;
- Медицинская группа для занятий физкультурой;
- Медико-педагогическое заключение – о готовности к обучению с определенного возраста;
- Рекомендации по оздоровлению, режиму, питанию.

Медицинское обеспечение школьников

По характеру учебного заведения школы делятся на начальные, неполные средние, средние, вечерние, специализированные (гимназии, лицеи, воскресные, с углублённым изучением того или иного предмета). Так же, как ДООУ, школы разделяются и по состоянию здоровья воспитанников. Это 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 туберкулёзом, ревматизмом, остеомиелитом и т.д.).

Школы подразделяются по уровням общеобразовательных программ:

первая ступень - начальное общее образование: дети обучаются чтению, письму, счёту, а также элементарным трудовым навыкам;

вторая ступень - основное общее образование: изучаются основы наук, решаются задачи профессиональной ориентации подростков;

третья ступень - среднее (полное) общее образование: завершается среднее образование школьников, подготовка к трудовой и профессиональной деятельности.

Медицинское обеспечение школьников предполагает:

- организацию необходимых профилактических, оздоровительных и лечебных мероприятий;
- предупреждение инфекционных заболеваний среди детей;
- контроль всестороннего развития и здоровья детей;
- профилактику травматизма и несчастных случаев;
- организацию и контроль выполнения комплекса гигиенических мероприятий, необходимых для правильной постановки режима, оздоровительной, воспитательной и учебной работы в учреждении;
- ознакомление детей и их родителей с основами гигиены, распространение санитарных знаний среди персонала и родителей.

Медицинский блок в школе включает: кабинет врача длиной не менее 7,0 м (для определения остроты слуха и зрения), площадью не менее 21,0 м²; процедурный и прививочный кабинеты, площадью не менее 14,0 м² каждый; помещение для приготовления дезинфицирующих растворов и хранения уборочного инвентаря, предназначенных для помещений медицинского назначения, площадью не менее 4,0 м²; туалет. Все помещения медицинского назначения должны быть размещены на 1 этаже здания.

Особенности комплексной оценки состояния здоровья школьников

Диспансерное наблюдение школьников проводится согласно приказам МЗ Российской Федерации (приказ МЗ и СР РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О Порядке

прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», приказ МЗ Российской Федерации № 60 от 19.01.1983 г.; приложение 24 приказа МЗ Российской Федерации № 151 от 07.05.1998 г.; приказ № 154 от 05.05.1999 г.) и осуществляется школьным врачом и медсестрой с привлечением узких специалистов. Углублённый осмотр проходит в школах с 1 сентября по 15 ноября (первоклассников осматривают в конце учебного года) с привлечением специалистов детской поликлиники, в районе деятельности которой находится школа. Врач школы составляет график медосмотров учащихся, который утверждают заведующий детской поликлиникой и директор школы. Директор школы обеспечивает своевременную явку всех учащихся на медосмотр.

Каждый ребёнок за период обучения в школе (с 7 до 17 лет) должен быть обследован врачами-специалистами при профилактических осмотрах 6 раз.

Комплексные углубленные профилактические осмотры в школе проводятся 6 раз:

- в 8 лет для оценки адаптации ребенка к школе,
- в 10 лет в начале препубертатного периода,
- с 14 лет до 17 лет во время пубертатного периода ежегодно.
- в 11 классе (в 17-18 лет).

Углубленные комплексные осмотры проводят по этапам: доврачебный (скрининг), врачебно-педагогический (педиатр, офтальмолог, невролог, хирург, ортопед, отоларинголог, педагог, психолог), специализированный.

Наряду с комплексными профилактическими медицинскими осмотрами, в те возрастные периоды, когда они не проводятся, раз в год осуществляется программа доврачебного скрининг-тестирования и обязательный профилактический осмотр детей врачом-педиатром, работающим в ООУ.

Профилактические осмотры детей лучше всего проводить во второй половине учебного года, приблизительно в одно и то же время. Профилактические осмотры проводят в 3 этапа.

Доврачебный (на основе программы скрининг-тестов).

Врачебный – осмотр педиатром, врачами-специалистами: неврологом, детским хирургом, стоматологом, психиатром, акушером-гинекологом, урологом-андрологом, травматологом-ортопедом, офтальмологом, оториноларингологом (7, 10, 14-17 лет), логопедом (детей дошкольного возраста), эндокринологом (10, 14-17 лет). Лабораторное обследование (анализы крови, мочи и кала на яйца глистов) должно предвдварять врачебный этап осмотра, чтобы врачи во время осмотра могли ознакомиться с результатами анализов. ЭКГ, проводимое, начиная с осмотра перед поступлением ребёнка в школу, при наличии в детской поликлинике переносных аппаратов, должно проводиться в образовательном учреждении, при отсутствии переносных электрокардиографов — в кабинете функциональной диагностики поликлиники. УЗИ органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной системы проводится в 6, 14 лет. В 14 лет у подростков определяют пролактин, фолликулостимулирующий гормон, эстрадиол, прогестерон, тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин, соматотропный гормон, кортизол, тестостерон. Флюорографическое обследование подростков (с 15 лет) проводят ежегодно в флюорографическом кабинете поликлиники или противотуберкулёзного диспансера.

Специализированный — по показаниям углублённое обследование врачами-специалистами узкого профиля, в т.ч. кардиологом (ревматологом), гастроэнтерологом, нефрологом, аллергологом, пульмонологом, дерматологом, с проведением необходимых лабораторно-инструментальных исследований.

Клинические проявления адаптационного синдрома зависят от возраста ребенка, от степени соответствия его психофункциональных возможностей требованиям школы. Легче переносят период поступления в школу и лучше справляются с умственной и физической нагрузкой здоровые дети с нормальным функционированием всех систем организма и гармоничным физическим развитием. Дети, имеющие низкие психофункциональные возможности, труднее адаптируются к новым микросоциальным условиям. У них развивается выраженная и длительная эмоционально-стрессовая реакция, которая приводит к неблагоприятному течению адаптации и формированию нарушений здоровья дезадаптационного генеза.

При благоприятном течении адаптации (легкой адаптации) допустимы снижение массы тела (в одной учебной четверти) и/или слабовыраженные невротические реакции, которые проявляются чаще легкими астеническими или соматовегетативными расстройствами и не приводят к нарушению социальной адаптации.

При условно благоприятном течении адаптации школьника к обучению (адаптации средней степени) допустимы умеренно выраженные невротические реакции (проявляются на протяжении второй и третьей четверти, но регрессируют к концу учебного года), отдельные функциональные нарушения и/или недостаточная прибавка массы тела в течение учебного года, редкие ОРВИ, увеличение частоты соматовегетативных расстройств, появление гипердинамического синдрома, патологических привычных действий и различных страхов.

При неблагоприятном течении адаптации (тяжелой адаптации) наблюдаются выраженные невротические реакции, учащение острых заболеваний, появление нескольких функциональных расстройств или хронических заболеваний. Значительно выраженные невротические реакции (пограничные с неврозом состояния) требуют медицинской коррекции, сохраняются в течение всего периода адаптации, отличаются особой длительностью и выраженностью астенизации, соматовегетативными и гипердинамическими проявлениями.

Легкую адаптацию и в определенной степени адаптацию средней тяжести можно, по-видимому, считать закономерной реакцией организма детей на изменившиеся условия жизни. Тяжелое же протекание адаптации свидетельствует о чрезмерности учебных нагрузок для организма первоклассника.

Для облегчения адаптации детей в первых классах применяется «ступенчатый» режим учебных занятий с постепенным наращиванием учебной нагрузки: в сентябре и октябре - три урока продолжительностью по 35 минут; со второй четверти - четыре урока продолжительностью по 35 минут; со второго полугодия – продолжительность урока увеличивается до 40 минут. В первых классах запрещается проведение сдвоенных уроков. В начальной школе плотность учебной работы на уроках по основным предметам не должна превышать 80%. Общая длительность практической работы на уроках труда составляет 20-25 минут. Непрерывная работа с бумагой, картоном, тканью длится не более 5 минут, с деревом и проволокой - не более 4-5 минут. Домашние задания в I четверти не

задаются, в последующих четвертях задаются с учетом возможности их выполнения в течение 1 часа. Продолжительность прогулок в группах продленного дня должна составлять не менее 2 часов. Во время третьей четверти устанавливаются дополнительные недельные каникулы. С целью профилактики утомления, нарушения осанки, зрения на уроках проводятся физкультминутки и гимнастика для глаз.

С целью реабилитации и сокращения сроков адаптации в школе оказывается необходимая медико-психологическая помощь (психолог, педиатр, невролог, логопед, специально подготовленный педагог).

К общемедицинским мероприятиям относят контроль расписания уроков и утомляемости детей на уроках, проветривание классов и их хорошей освещенности, правильный подбор мебели. Особое внимание обращают на питание детей во время адаптационного периода. Рекомендуют увеличение в суточном рационе содержания белка на 10–15%, витаминов.

Длительность периода адаптации детей к обучению индивидуальна и колеблется от 3 до 16 недель, у большинства – 5-6 недель.

Критерии адаптации ребёнка к школе

Успешность процесса адаптации во многом определяется состоянием здоровья ребёнка. Течение адаптации у первоклассников прежде всего оценивается по выраженности и продолжительности невротических явлений.

Критериями завершения адаптации школьника считают стойкую стабилизацию эмоционально-поведенческих реакций (табл. 1).

Таблица 1. Критерии наблюдения за адаптацией учащихся

Критерии	1 класс	5 класс	10 класс
<i>Педагог</i>			
Оценка эмоционально - поведенческих реакций	Первая четверть - 1 раз в 2 недели, 2,3,4 четверть - в конце каждой четверти		
Оценка успеваемости	В конце каждой четверти		
Оценка адаптации в коллективе	В конце первой четверти и в конце года		
<i>Медицинская сестра</i>			
Выявление симптомов пограничных нервно-психических расстройств	В конце каждой четверти	1 раз в полугодие (конец 2 и 4 четвертей)	
Динамика массы тела	В конце каждой четверти	Конец каждого полугодия (конец 2 и 4 четвертей)	
Контроль гемоглобина	По назначению врача, если вес ребенка снижается или не имеет тенденции к увеличению		
Динамика остроты зрения	В конце каждого полугодия	В конце учебного года	
Выявление нарушений осанки	В конце каждого полугодия	В конце учебного года	
Контроль за АД	В конце 1 и 2 полугодия	В конце каждой четверти	

Частота ОРЗ, появление хронических заболеваний и число их обострений	В конце каждой четверти
Оценка полового развития	В конце года

В конце года педиатр оценивает течение адаптации: благоприятное, условно-благоприятное, неблагоприятное.

При благоприятном (лёгкой степени) течении адаптации допускается снижение массы тела (в одной учебной четверти) и (или) слабо выраженные невротические реакции, которые проявляются чаще лёгкими астеническими или соматовегетативными расстройствами и не приводят к нарушению социальной адаптации.

При условно-благоприятном (средней степени) течении адаптации школьника к обучению допускаются проявления умеренно выраженных невротических реакций (на протяжении 2-3 четвертей, но регрессирующих к концу учебного года), отдельные функциональные нарушения и (или) недостаточная прибавка массы тела в течение учебного года, редкие ОРВИ, увеличение частоты соматовегетативных расстройств, появление гипердинамического синдрома, патологических привычных действий и различных страхов. В большинстве случаев эти нарушения могут быть скорректированы режимными и педагогическими мероприятиями.

Лёгкую адаптацию и в определённой степени адаптацию средней тяжести можно, по-видимому, считать закономерной реакцией организма детей на изменившиеся условия жизни. Тяжёлое же протекание адаптации свидетельствует о чрезмерности учебных нагрузок для организма первоклассника.

При неблагоприятном (тяжёлой степени) течении адаптации наблюдаются выраженные невротические реакции, учащение острых заболеваний, появление нескольких функциональных расстройств или хронических заболеваний. Значительно выраженные невротические реакции (пограничные с неврозом состояния) требуют медицинской коррекции, сохраняются в течение всего периода адаптации, отличаются особой длительностью и выраженностью астенизации, соматовегетативными и гипердинамическими проявлениями.

Напряжение всех функциональных систем организма ребёнка, связанное с изменением привычного образа жизни, в наибольшей степени проявляется в течение первых 2 мес. обучения. Почти у всех детей в начале школьных занятий наблюдается двигательное возбуждение или заторможенность, жалобы на головные боли, плохой сон, снижение аппетита. Эти отрицательные реакции бывают тем более выражены, чем резче переход от одного периода жизни к другому, чем меньше готов к этому организм вчерашнего дошкольника. Безусловно, дети, посещавшие детский сад, значительно легче адаптируются к школе, чем «домашние», непривычные к длительному пребыванию в детском коллективе и режиму организованного учреждения.

Клинические проявления адаптационного синдрома зависят от возраста ребёнка, уровня его физического и интеллектуального развития, состояния здоровья, т.е. от степени соответствия его психофункциональных возможностей. Легче переносят период поступления в школу и лучше справляются с умственной и физической нагрузкой

здоровые дети, с нормальным функционированием всех систем организма и гармоничным физическим развитием. Дети, имеющие низкие психофункциональные возможности, труднее адаптируются к новым микросоциальным условиям. У них развивается выраженная и длительная эмоционально-стрессовая реакция, которая приводит к неблагоприятному течению адаптации и формированию нарушений здоровья дезадапционного генеза. Общая ослабленность ребёнка, любое заболевание, как острое, так и хроническое, задержка функционального созревания служат причиной более тяжёлого протекания адаптации и обуславливают снижение работоспособности, высокую утомляемость, ухудшение здоровья и снижение успешности обучения.

Большую роль в течении адаптации играет возраст начала систематического обучения. Чем младше ребёнок, тем тяжелее протекает адаптация. Год, отделяющий шестилетнего ребёнка от семилетнего, очень важен для его физического, функционального и психического развития. Именно в этот период (от 6 до 7 лет) интенсивно развиваются регуляция поведения, ориентация на социальные нормы и требования, закладываются основы логического мышления.

4. Практическая часть

Задание 1 Оформите профилактический осмотр ребенка в школу ребенка

Мальчик 6 лет. В текущем году поступает в школу.

Прошел базовую скрининг программу: рост средний, масса – дефицит 1 степени, осанка нормальная, возрастная рефракция нормальная, физическая подготовленность снижена.

Расширенная скрининг программа - Тест Керна –Иерасека выполнил на 10 баллов. Количество постоянных зубов – 5. НПП – без отставания.

Осмотрен узкими специалистами – детский стоматолог – кариес 4 зубов, травматолог-ортопед – нарушение осанки, оториноларинголог – аденоиды 1 степени, невролог, детский хирург, офтальмолог, психиатр детский, детский уролог-андролог, детский эндокринолог – здоров

Проведены исследования: ОАК, ОАМ, УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭхоКГ, ЭКГ – без патологии

Педиатр - в соматическом статусе без патологии.

Задание:

1. Оцените физическое и нервно-психическое развитие.
2. Оцените биологический возраст
3. Оцените подготовку к школе.
4. Поставьте клинический диагноз, группу здоровья
5. Дайте рекомендации по режиму, питанию, группе занятий физкультурой.
6. Назначьте профилактические прививки

Рост	Результаты исследований по скрининг программе (для декретированных возрастов)
Масса	Диспансерное наблюдение узкими специалистами
Кол-во постоянных зубов (.....)	Санация полости рта
Тест Керна-Иерасека (.....баллов)	Жалобы:
Мотометрический тест (.....секунд)	Объективный осмотр:
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	
ФР	
НПР	
Биологический возраст соответствует возрасту, отстает, опережает	
Тест Керна Иерасека выполнен, не выполнен	
К школе готов, условно готов, не готов	
Диагноз	
ГЗ	
Рекомендации: режим	
Питание	
Группа физкультуры – основная, ослабленная	
Профилактические прививки	

5. Вопросы для собеседования

1. Организация жизни детей в ДОУ. Адаптация детей к дошкольному учреждению, к школе.
2. Профилактические мероприятия, направленные на снижение риска нарушений здоровья в период адаптации. Критерии течения адаптации.
3. Подготовка детей к поступлению в школу. Определение психолого – педагогической готовности ребенка к обучению в школе.
4. Контроль состояния здоровья школьников. Образ жизни вообще, формирование здорового образа жизни. Проведение плановых профосмотров.

6. Тестовые задания

ВАРИАНТ 1

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. Какие критерии используются для оценки психофизического статуса ребёнка, поступающего в школу:

- а) тест Керна-Йерасека
- б) характер звукопроизношения
- в) словесно-ассоциативный эксперимент
- г) всё вышеперечисленное

2. Для определения готовности ребенка к началу обучения в школе оценка теста Керна-Йерасека должна быть:

- а) 1-5 баллов
- б) 5-9 баллов
- в) 10-15 баллов

3. Назовите факторы, приводящие к школьной дезадаптации:

а) хорошее развитие мелкой моторики кисти, несформированность вербального мышления

- б) нарушения формирования школьных навыков
- в) умение читать, и писать до школы

4. При комплексной оценке состояния здоровья ребёнка врач-педиатр не учитывает:

- а) наличие хронической патологии
- б) уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития
- в) резистентность и реактивность организма
- г) семейный анамнез ребёнка

5. К функциям врача-педиатра, осуществляющего проф. осмотр детей в школе, не относится:

- а) проведение анкетирования
- б) общий осмотр
- в) осмотр осанки
- г) оценка лабораторных показателей

6. Этапы профилактических медицинских осмотров детей декретированных возрастов, кроме:

- а) специализированный
- б) доврачебный (на основе программы скрининг-тестов)
- в) лечебный

7. Перечислите заболевания, специфичные для пубертатного возраста:

- а) заболевания дыхательной системы
- б) синдром Жильбера
- в) остеохондропатии
- г) гипоплазия щитовидной железы
- д) гиперплазия щитовидной железы

Вариант 2

Укажите один правильный ответ

1. Критериями школьной зрелости, учитываемыми при подготовке детей к поступлению в школу, являются:

- а) умение читать,

- б) умение писать,
- в) биологический возраст

2. Какие скрининг-методы применяются для диагностики нарушений осанки и сколиоза

- а) визуальный скрининг-тест, осанкометрия
- б) рентгенография позвоночника
- в) метод Штриттера

3. Для оценки состояния здоровья детей применяют:

- а) три группы здоровья
- б) четыре группы здоровья
- в) пять групп здоровья

4. Что является обязательным при проведении проф. осмотров детей при переходе к предметному обучению:

- а) оценка физического развития,
- б) определение биологического возраста,
- в) оценка нервно-психического развития,
- г) передача сведений на юношей в военкомат

5. Для исследования зрительного анализатора в период адаптации детей в школе используют:

- а) тест Малиновского
- б) пробу Мартинэ
- в) корректурные пробы

6. Наиболее распространенной патологией органов пищеварения у подростков являются:

- а) гепатит
- б) панкреатит
- в) язва желудка
- г) гастродуоденит

7. Какие критерии используются для оценки психофизического статуса ребёнка, поступающего в школу:

- а) тест Керна-Йерасека
- б) характер звукопроизношения
- в) словесно-ассоциативный эксперимент
- г) всё вышеперечисленное

Эталоны ответов:

Вариант 1 1-г, 2-а, 3-б, 4-а, 5-а, 6-в, 7-а,

Вариант 2 1-в, 2-в, 3-в, 4-г, 5-а, 6-г, 7 - г