

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Амурский государственный университет»

ОСНОВЫ ПЕДИАТРИИ И ГИГИЕНЫ
сборник учебно-методических материалов
для направления подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

2017 г.

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

Составитель: Бадалян Ю.В.

Основы педиатрии и гигиены : сборник учебно-методических материалов для на-
правления подготовки 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование – Благо-
вещенск: Амурский гос. ун-т, 2017.

© Амурский государственный университет, 20 17

©Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Бадалян Ю.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	22
2. Методические указания для самостоятельной работы студентов	23

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Предмет и задачи педиатрии и гигиена детей дошкольного возраста

Педиатрия (от греч. pais, paídos — ребенок, iatreia — лечение) — учение о детских заболеваниях. Современная педиатрия изучает закономерности развития детей, причины и механизмы заболеваний, способы их диагностики, лечения и предупреждения.

Особенно большое внимание современная педиатрия уделяет вопросам профилактики заболеваний, гигиены детей и подростков.

Дошкольная гигиена (гр. hygienos -целебный, приносящий здоровье) как наука изучает влияние факторов внешней среды на развитие и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста. При этом понимается не только материальная среда, окружающая ребенка, но и коллектив, в котором он находится, а также методы воспитания и обучения. Дошкольная гигиена разрабатывает мероприятия, способствующие укреплению здоровья детей, их гармоничному развитию и правильному воспитанию в дошкольном учреждении.

На разных возрастных этапах состояние организма ребенка различно, поэтому нормы и рекомендации, разработанные дошкольной гигиеной, учитывают особенности каждого возрастного этапа и меняются по мере роста и развития ребенка.

С момента рождения ребенок нуждается в гигиенической организации окружающей его среды. В первые дни и месяцы его жизни эту задачу гигиена разделяет с педиатрией, которая также занимается созданием необходимых для ребенка условий (уход, вскармливание, профилактика заболеваний, закаливание и т.д.).

В практике медицинского обеспечения детских учреждений, как педиатр, так и санитарный врач проводят в жизнь мероприятия, соответствующие современным научным достижениям педиатрии и гигиены. Они снабжают работников дошкольных учреждений необходимыми правилами и нормативами, соблюдение которых обеспечивает успешное проведение всей воспитательной работы, способствует нормальному физическому и нервно-психическому развитию, укреплению здоровья детей.

Педиатрия и гигиена детей школьного возраста в методическом отношении тесно взаимосвязаны, так как объектом их изучения являются дети от рождения до 14 лет. В связи с этим педиатрию и гигиену детей дошкольного возраста необходимо рассматривать в общем контексте, не выделяя какую-то одну дисциплину, так как в данном случае имеет место объединение хотя и самостоятельных, но тесно взаимосвязанных наук.

Каждый воспитатель дошкольного учреждения должен обладать необходимыми систематизированными знаниями и практическими навыками в работе по охране и укреплению здоровья детей.

Педиатрия и гигиена детей дошкольного возраста изучают следующие основные темы:

- особенности детей раннего и дошкольного возраста;
- здоровье и физическое развитие детей;
- причины заболеваний и травматизма у детей, влияние их на организм, признаки, по которым можно выявить заболевание у ребенка;
- гигиена физического воспитания — (требования к местам проведения занятий, оборудованию, организации закаливания)
- гигиенические основы питания как источник здоровья и нормального физического развития детей;
- гигиена окружающей среды;
- профилактика болезней детей и первая помощь при несчастных случаях и травмах;
- гигиеническое воспитание детей, санитарное просвещение родителей и персонала.

Связь педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста с другими науками

Обе науки — педиатрия и гигиена детей дошкольного возраста (дошкольная гигиена) — основываются на опыте и достижениях анатомии, физиологии, медицины, педагогики, психологии

и других наук. В частности, знания в области анатомии и возрастной физиологии, законы высшей нервной деятельности позволяют правильно подойти к разработке всех вопросов гигиены и воспитательно-образовательного процесса детей раннего и дошкольного возраста.

Гигиена изучает влияние разнообразных факторов внешней среды на реакции организма, что можно сделать только применяя физиологические методы исследования.

Важная задача педиатрии и дошкольной гигиены — профилактика заболеваний в дошкольных учреждениях. Чтобы успешно осуществлять эту задачу, надо хорошо знать причины возникновения болезней у детей, способы их передачи, симптомы, по которым можно их распознать. При разработке профилактических гигиенических мероприятий необходимо опираться на данные разных наук: эпидемиологии, офтальмологии, отоларингологии и др., что позволяет создать благоприятные условия для развития детей, перенесших острые инфекции, страдающих функциональными отклонениями или хроническими заболеваниями.

Особенности развития детей раннего и дошкольного возраста

Среди многочисленных классификаций онтогенетического развития человека в педиатрии наиболее распространенной и проверенной временем является модифицированная классификация Н. П. Гундобина. В ее основе лежат гистоморфологические и функциональные особенности организма (сроки прорезывания зубов, окостенения отдельных частей скелета, особенности роста, психического развития и др.).

По мнению ряда авторов, эта периодизация, так же как и социальная, отражающая принятую образовательную систему (дошкольный, младший школьный, средний и старший школьный возраст), не является физиологически обоснованной. Такое заключение основано на том, что различные модификации периодизации не всегда учитывают функциональные возможности организма, которые позволяют ему адекватно реагировать на многочисленные факторы внешней среды.

В настоящее время в педиатрии используется следующая классификация.

А. Внутритробный этап:

- а) фаза эмбрионального развития (2—3 мес);
- б) фаза плацентарного развития (с 3 мес до рождения).

Б. Внеутробный этап:

- а) период новорожденности (до 1 мес жизни);
- б) грудной возраст (до 1 года);
- в) преддошкольный (старший ясельный) период — от 1 года до 3 лет;
- г) дошкольный период (от 3 до 6 лет);
- д) школьный возраст: младший (от 7 до 10 лет), средний (от 11 до 14 лет), старший — подростковый (от 14 до 18 лет).

Дошкольные образовательные учреждения (ДООУ) организуются для детей в возрасте от 2 мес. до 7 лет; группы комплектуются с учетом возраста детей (табл. 1).

Таблица 2.1

Распределение детей по группам в зависимости от возраста

Группы	Возраст
1. Ясельные:	
первая группа раннего возраста	От 2 мес до 1 года
вторая группа раннего возраста	От 1 года до 2 лет
2. Дошкольные:	
первая младшая группа	От 2 до 3 лет
вторая младшая группа	От 3 до 4 лет
средняя группа	От 4 до 5 лет
старшая группа	От 5 до 6 лет
подготовительная к школе группа	до 7 лет

Период новорожденности начинается с крика, который знаменует первый вдох ребенка. С этого момента начинается адаптация ребенка к условиям внешней среды. На этом этапе проводят объективное определение состояния новорожденного по шкале

Критерии оценки новорожденного по шкале Апгар

Признак	Шкала Апгар		
	0	1	2
Число сердечных сокращений	Отсутствуют	Менее 100 уд./мин	Более 100 уд./мин
Дыхание	Отсутствует	Слабый крик; гиповентиляция	Хорошее; сильный крик
Мышечный тонус	Вялый	Отдельные движения	Активные движения
Рефлексы	Не определяются	Гримаса	Крик или активные движения
Цвет	Синий или белый	Выраженный акроцианоз	Полностью розовый

Апгар (табл. 2.1) в зависимости от того, как он адаптируется к новым условиям окружающей среды (вне утробы матери). Оценивают в баллах по пяти клиническим признакам на 1-й и 5-й минутах после рождения частоту сердечных сокращений, глубину и адекватность дыхания, рефлекторную возбудимость, состояние мышечного тонуса, окраску кожных покровов. Хорошо выраженный признак оценивается в 2 балла, недостаточно выраженный — 1 балл, отсутствие признака — 0 баллов. При оценке 7 баллов и более новорожденных признают практически здоровыми, с хорошим прогнозом в отношении жизнеспособности и нервно-психического развития. И. А. Аршавский считает необходимым при оценке состояния ребенка после рождения учитывать время прикладывания к груди матери.

Дети, имеющие оценку 5—6 баллов, расцениваются как родившиеся в состоянии легкой асфиксии, 1—4 балла — тяжелой. Этим детей относят к группе риска, так как у них может возникнуть отставание или задержка умственного и физического развития, которые могут иметь стойкий характер.

Достаточно большие трудности в росте и развитии испытывают недоношенные дети. К ним относятся дети, родившиеся в сроки между 28-й и 38-й неделями внутриутробного развития. Различают 4 степени недоношенности: I степень — масса тела 2001 — 2500 г; II степень — 1051—2000 г; III степень — 1001—1500 г; IV степень — менее 1000 г. Наиболее частыми причинами недоношенности являются предшествующие искусственные прерывания беременности, многоплодная беременность, токсикозы беременных, физические и психические травмы и пр. К основным признакам недоношенности относят массу тела менее 2500 г, недостаточное развитие подкожного жирового слоя, морщинистую кожу, покрытую пушком, тонкие ногти, не всегда прикрывающие ногтевые ложа.

У здоровых новорожденных определяют врожденные рефлексы: сосательный, мигательный, болевой, температурный, хватательный, тонический (оборонительный), икательный, шагающий, рефлекс Моро, подошвенный. В течение первого года жизни эти рефлексы претерпевают определенные изменения.

Впервые 2—4 дня у новорожденных наблюдаются такие явления, как снижение массы тела (на 6—10 % от показателя при рождении), желтушное окрашивание, связанное с временной недостаточностью деятельности печени и усиленным распадом эритроцитов, гиперемия (покраснение кожи, иногда сопровождающееся ее шелушением), недостаточная терморегуляция (температура тела изменяется в зависимости от температуры окружающего воздуха), в результате чего ребенок может перегреться или переохладиться. К концу 1-й — началу 2-й недели при нормальных условиях питания и ухода большинство нарушений почти полностью исчезают.

Заболевания детей данного периода могут быть связаны с нарушением внутриутробного развития (недоношенность, врожденные уродства, пороки сердца), последствиями родовых травм (внутричерепные кровоизлияния, родовые опухоли, переломы костей) или с отягощенной наследственностью. Грудное молоко в этом периоде представляет основную и единственно полноценную пищу, обеспечивающую правильное развитие ребенка.

По окончании периода новорожденности у ребенка грудного возраста наблюдается интенсивный темп роста и развития, который ни в каком другом возрасте не бывает столь значительным. Особенно ярко эта закономерность проявляется при рассмотрении изменения длины и массы тела ребенка. Так, если при рождении у доношенного ребенка в 95 % случаев длина тела в среднем составляет 45—50 см, а масса тела 2,5—4,6 кг, то уже к концу первого года жизни эти параметры возрастают соответственно до 75 см и 11—12 кг. Для обеспечения усиленного роста и развития детям первого года жизни необходимо большее количество пищи (на 1 кг массы тела), чем старшим детям или взрослым. Вместе с тем пищеварительный тракт в этом возрасте недостаточно развит, и при малейшем нарушении режима питания, изменении качества или количества пищи у детей могут возникнуть как острые, так и хронические расстройства пищеварения и питания, авитаминозы, аномалии конституции (неправильная реакция организма на нормальные условия жизни и питания), проявляющиеся чаще всего в виде атопического дерматита. В первые 4—5 мес. жизни основной пищей ребенка остается грудное молоко.

Ткани у детей грудного возраста отличаются тонкостью и нежностью, недостаточным развитием эластических (упругих) волокон, в результате чего они легкоранимы. Вместе с тем благодаря наличию в тканях большого количества молодых клеточных элементов и кровеносных сосудов, обеспечивающих хорошее питание их, любое повреждение у детей заживает значительно быстрее, чем у взрослых. Воспалительная (защитная) реакция на проникновение болезнетворных микроорганизмов у детей грудного возраста выражена слабо, почти отсутствует защитная реакция со стороны регионарных (периферических) лимфатических узлов, поэтому на любое местное заболевание организм ребенка очень часто отвечает общей реакцией. Дети в этом возрасте склонны к гнойничковым поражениям кожи, которые при плохом уходе за ребенком могут давать серьезные осложнения вплоть до сепсиса.

При недостатке в пище витаминов, в первую очередь витамина D, а также ряда минеральных солей, недостаточной солнечной инсоляции у ребенка этого возраста может возникнуть рахит.

У детей грудного возраста происходит энергичный рост и окостенение скелета, развиваются мышцы туловища и ног. К концу первого года зарастает самый большой передний родничок, расположенный в месте соединения венечного и продольного швов. Позвоночник новорожденного почти прямой (рис.2.1). Со 2-го месяца жизни формируются физиологические изгибы позвоночного столба (рис. 2.2—2.4).

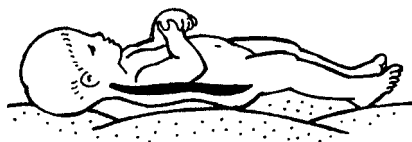


Рис. 1. Позвоночник новорожденного

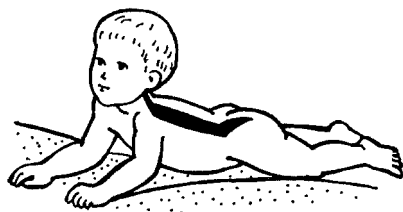


Рис. 2. Поясничный лордоз

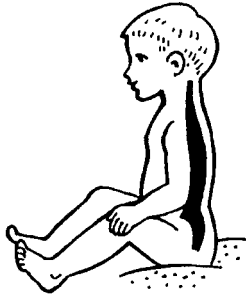


Рис. 3. Форма позвоночника сидящего ребенка



Рис. 4. Форма позвоночника стоящего ребенка

Шейный лордоз появляется сразу после того, как ребенок начинает держать головку. Затем происходит формирование грудного кифоза — в 6—7 мес, когда ребенок начинает самостоятельно сидеть. Поясничный лордоз становится заметным к тому моменту, когда ребенок устойчиво стоит, а к концу года начинает ходить. К концу года жизни здоровый ребенок хорошо сидит, прочно стоит на ножках, ходит, однако движения его еще недостаточно координированны.

Следует подчеркнуть, что окончательное формирование позвоночного столба заканчивается в школьные годы. Несоблюдение гигиенических требований к формированию правильной осанки, начиная с раннего возраста, может привести к патологическим изменениям формы позвоночного столба.

Инфекционные заболевания у детей грудного возраста, особенно в первые месяцы их жизни, редки.

Корь, краснуха, скарлатина почти не встречаются; дифтерия, ветряная оспа, дизентерия и др. протекают своеобразно, часто без характерных симптомов.

Это зависит, с одной стороны, от иммунитета, приобретенного ребенком в период его утробной жизни через плаценту и полученного с молоком матери, с другой — от незаконченности строения многих органов и систем, особенно центральной и периферической нервных систем.

Дети, особенно в первые месяцы жизни, не могут длительно бодрствовать. Повышенная активность нервной системы быстро приводит к торможению, которое, распространяясь по коре и другим отделам головного мозга, вызывает сон.

Уже на первом году жизни у ребенка начинает формироваться речь. Недифференцированные звуки — гуление — постепенно сменяются слогами. К концу года здоровый ребенок довольно хорошо понимает речь окружающих его взрослых, сам произносит 5—10 простых слов.

Преддошкольный возраст — от 1 года до 3 лет. В этот период темп роста и развития ребенка несколько замедляется. Прибавка роста составляет 8—10 см, массы тела — 4—6 кг за год. Изменяются пропорции тела, относительно уменьшаются размеры головы: с 1/4 длины тела у новорожденного до 1/5 у ребенка 3 лет. Наличие зубов (к концу года их должно быть 8), увеличение количества пищеварительных соков и повышение их концентрации служат основанием для перевода ребенка с грудного вскармливания на общий стол.

У детей второго года жизни происходят интенсивный рост и формирование опорно-двигательного аппарата. Нервная система и органы чувств быстро развиваются, координация движений улучшается, дети начинают самостоятельно ходить, бегать, что позволяет им шире общаться с окружающим миром. Ребенок овладевает речью (запас слов достигает 200—300), он произносит не только отдельные слова, но и целые фразы.

Более широкое общение с окружающим миром создает и большую возможность соприкосновения здоровых детей с детьми, заболевшими инфекционными болезнями. Кроме того, с возраст-

том пассивный иммунитет, переданный ребенку матерью, ослабевает. Вследствие этого значительно возрастает угроза инфекционных заболеваний (корь, коклюш, ветряная оспа, дизентерия и др.).

Дошкольный возраст (от 3 до 7 лет) отличается от предыдущего больше количественными, чем качественными, признаками. Наблюдается более медленный темп роста ребенка. За 1 год рост увеличивается в среднем на 5—8 см, масса тела — примерно на 2 кг. Пропорции тела заметно меняются. К 6—7 годам голова составляет лишь 1/6 длины тела. В результате неравномерного роста головы, туловища и конечностей происходит перемещение средней точки длины тела. У доношенного новорожденного эта точка находится почти на пупке, у ребенка 6 лет — на середине между пупком и симфизом (лобком), у взрослого — на лобке.

Благодаря дальнейшему развитию мышечной ткани и формированию иннервационного аппарата мышц дети способны выполнять разнообразные физические упражнения, требующие хорошей координации движений; они овладевают умением быстро бегать и прыгать, свободно ходить по ступеням, играть на музыкальных инструментах, рисовать, лепить, вырезать из бумаги различные, довольно сложные орнаменты.

В этом возрасте повышается способность нервных клеток находиться в деятельном состоянии, процессы отрицательной индукции в коре головного мозга несколько усиливаются, поэтому дети могут более продолжительное время сосредоточенно заниматься какой-либо деятельностью.

На третьем году жизни количество слов, используемых детьми в речи, значительно возрастает; речевые сигналы начинают играть основную роль в организации поведения ребенка. Развитию речи способствуют игры и занятия, разучивание стихов и песен, общение детей со взрослыми. Недостаток внимания со стороны взрослых, острые и хронические заболевания могут вызвать замедление развития речи у ребенка.

Дети 3—5 лет еще слабо владеют речевой моторикой, поэтому им свойственны физиологические недостатки звукопроизношения (неправильное произношение шипящих, свистящих звуков, а также звуков р и л). При правильном обучении звуковой культуре речи эти нарушения с возрастом обычно проходят (см. Приложение 7).

Среди острых заболеваний первое место занимают заболевания органов дыхания, особенно острые респираторные вирусные инфекции и грипп, которые составляют почти 70 % в структуре заболеваний детей этого возраста. Пневмония чаще отмечается в первые 2 года жизни, частота ее снижается к 7 годам. В связи с большей устойчивостью ферментативных процессов заболевания желудочно-кишечного тракта отступают на второй план. Благодаря высокой эффективности прививок и профилактических мероприятий число детских инфекционных заболеваний постепенно снижается, однако у детей старше 2—3 лет они все же занимают второе место в структуре острых заболеваний. К 6 годам постепенно увеличивается число аллергических болезней и реакций. В возрасте 6—7 лет начинают чаще регистрироваться случаи травматизма.

В распространении хронических заболеваний у дошкольников имеются определенные особенности. С возрастом учащаются заболевания органов пищеварения, в первую очередь за счет кариеса зубов, который занимает первое место в структуре заболеваемости детей 5—7 лет; на втором — болезни нервной системы и органов чувств (невротические реакции, энурез, отит); на третьем месте — болезни органов дыхания, в основном хронические заболевания глотки и носоглотки; на четвертом — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (плоскостопие, нарушение осанки); на пятом — заболевание кожи (атопический дерматит).

Особого внимания требует своевременное выявление нарушений опорно-двигательного аппарата. Следует учитывать, что в возрасте от 4 до 7 лет количество детей с нарушением осанки возрастает, а с плоскостопием уменьшается, что связано с процессом формирования стопы в этом возрасте. Распространенность заболеваний глаз также увеличивается. Прежде всего это относится к миопии, которая у детей в возрасте 7 лет встречается в 2 раза чаще, чем у 3-летних. С возрастом число детей с atopическим дерматитом (экссудативный диатез) значительно уменьшается.

Непосредственным отражением функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) является поведение ребенка, определяемое многими параметрами. Большинство детей дошкольного возраста (77—84 %) не имеет отклонений в поведении. Возникающие отклонения: на-

рушение дневного или ночного сна, недостаточная двигательная активность, снижение аппетита вплоть до анорексии, появление неадекватных реакций (плаксивость, повышенная раздражительность, драчливость), быстрая утомляемость и большая отвлекаемость во время занятий, неустойчивое, часто пониженное, подавленное настроение — свидетельствуют о функциональных нарушениях ЦНС.

Такие явления могут наблюдаться во время адаптации к дошкольному учреждению, в период реконвалесценции после острых заболеваний. Отклонения в поведении нередко сочетаются и с другими функциональными нарушениями в состоянии организма, такими, как частые острые заболевания, аллергическая предрасположенность, начальная стадия рахита, снижение уровня гемоглобина до нижней границы нормы, гипотрофия, ожирение, аномалии рефракции и др. Скарлатина, ангина, катары верхних дыхательных путей создают предпосылку к возникновению у детей ревматоидных заболеваний.

В школьном возрасте (от 6—7 до 17 лет) все органы и системы детей и подростков продолжают развиваться. Молочные зубы полностью заменяются постоянными, происходит дальнейшее окостенение скелета и рост мускулатуры.

Благодаря усиленному интеллектуальному развитию в этот период ребенок становится более самостоятельным. С 6—7 лет начинается обязательное обучение в школе.

В настоящее время по эмпирическим формулам, можно определить длину тела (рост) у детей дошкольного возраста. Так, длину тела (L) у детей старше 1 года рассчитывают по формуле: $L = L_1 + (5 \times n)$, где L_1 — длина тела годовалого ребенка, равная 75 см; 5 см — среднегодовая прибавка длины тела; n — число лет жизни. Некоторые авторы предлагают принимать $L_1 = 77$ см, а среднегодовое увеличение длины тела — 6 см.

Массу тела M можно определить у детей первого года жизни по следующей формуле: $M = (9 + n) : 2$, где n — число месяцев жизни. У детей старше года ориентировочную массу тела можно рассчитать следующим образом: $M = M_1 + (2 \text{ кг} \times n)$, где M_1 — масса тела годовалого ребенка, равная примерно 10,5—11 кг; 2 кг — ежегодная прибавка массы тела; n — число лет. Массу тела детей от 1 года до 6 лет можно определить и другим способом: $M = n \times 2 + 8$, а детей от 7 до 12 лет по следующей формуле: $M = (n \times 7 - 5) : 2$, где n — число лет жизни. Окружность головы в тот или иной период развития у детей первого года жизни определяют по формуле: $(L + 19) : 2$.

Следует отметить, что приведенные формулы позволяют лишь ориентировочно рассчитать некоторые параметры физического развития. При оценке соответствия биологического возраста паспортному важное значение имеют сроки прорезывания молочных и постоянных зубов. На первом году жизни количество зубов N можно определить по формуле: $N = N_1 - 2$, где N_1 — число месяцев жизни. средние темпы прорезывания постоянных зубов представлены в табл. 2.2.

Таблица 2.1.2

Средние темпы прорезывания постоянных зубов

Возраст (лет)	Количество постоянных зубов	
	Мальчики	Девочки
5	0-1	0-2
5.5	0-3	0-4
6	1-4	1-5
6.5	2-8	3-9
7	6-10	6-11

При меньшем количестве прорезавшихся постоянных зубов делают заключение об отставании, а при большем количестве — опережении биологического возраста по отношению к существующим стандартам физического развития.

Подготовка детей к школе

Подготовка детей к школе — один из самых ответственных моментов в воспитании детей, в котором принимают участие родители, врачи, психологи, педагогический коллектив дошкольных учреждений и школ.

Многочисленные исследования показали, что применение активного метода образования в целом соответствует возрастным возможностям 6—7-летнего ребенка. В то же время некоторые дети плохо адаптируются к различным видам школьных программ и типам школьных учреждений. В настоящее время актуальными остаются проблемы школьной зрелости и методов ее определения.

Школьная зрелость — это уровень биологического развития и его соответствия паспортному возрасту, состояние здоровья ребенка, психофизиологическое развитие. Как показали специальные исследования, от 10 до 20 % учащихся подготовительных групп или первоклассников при совершенно нормальном интеллекте не обладают достаточной функциональной готовностью к школе. К неготовым к школьному обучению могут быть отнесены дети, у которых биологический возраст отстает от паспортного, а также дошкольники с хроническими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации, с дефектами в звукопроизношении. «Негодными» к школе считаются прежде всего дети с отставанием биологического возраста, некоторыми заболеваниями или функциональными отклонениями, а также с недостаточным развитием отдельных психофизиологических функций, наиболее тесно связанных с учебной деятельностью.

Все перечисленное снижает готовность детей к систематическому обучению в школе. У таких детей уровень работоспособности ниже, динамика ее хуже, чем у функционально готовых сверстников. Часть таких детей формирует ряды отстающих, а другая выполняет школьные требования, но это достигается ценой чрезмерного напряжения, приводящего к переутомлению и в ряде случаев к ухудшению состояния здоровья. Они из-за болезни чаще пропускают учебные занятия, хуже успевают. Отставание в учебе сохраняется у многих на протяжении ряда лет и является причиной повышенной утомляемости под влиянием учебной нагрузки. Своевременное выявление таких детей позволяет провести все необходимые мероприятия, препятствующие развитию в дальнейшем школьной дезадаптации и нарушениям состояния здоровья.

К детям ослабленным, часто болеющим, отстающим в своем биологическом развитии с целью подготовки их к обучению в школе следует в течение всего их пребывания в детском саду осуществлять строго индивидуальный подход, снижать нагрузки не только на занятиях, но и в процессе остальной их деятельности, проводить необходимые медицинские мероприятия. Только по мере улучшения их здоровья и функциональных возможностей объем заданий можно осторожно повышать и доводить до уровня, требуемого при поступлении в школу.

Это диктует необходимость тщательного и своевременного определения степени готовности каждого ребенка к поступлению в школу. Оно базируется на результатах разностороннего медицинского обследования и специальных исследований, определяющих уровень развития «школьно-необходимых» функций.

В соответствии с рекомендациями, подготовленными научными центрами, все дети в сентябре, октябре года, предшествующего их поступлению в школу, должны пройти тщательное разностороннее медицинское обследование. В результате такого обследования выявляют «группу риска» — детей с неготовностью к школьному обучению по состоянию здоровья:

1) дети с отставанием биологического развития (несоответствие биологического возраста паспортному). Биологический возраст в том случае соответствует паспортному, если длина тела не ниже средней величины этого показателя на одно сигмальное отклонение, годовая прибавка роста не меньше 4 см и количество постоянных зубов в 6 лет не меньше одного, в 7 лет — не меньше 4 у мальчиков и не меньше 5 у девочек. Биологический возраст считается отстающим от «паспортного», если два из перечисленных показателя меньше указанных величин;

2) дети с функциональными отклонениями, невротическими реакциями, логоневрозом, гипертрофией миндалин, небольшими аномалиями рефракции (до $\pm 3.0 D$), патологической осанкой, тенденцией к сосудистым дистониям, снижению содержания гемоглобина в крови и др., со сниженной резистентностью организма, в том числе часто (4 раза и более в году) и длительно (25 дней и более одной болезни на протяжении предыдущего года) болеющие;

3) дети с хроническими заболеваниями любой формы (компенсированные, субкомпенсированные, декомпенсированные).

Всем нуждающимся в оздоровлении детям назначают необходимые лечебные и оздоровительные мероприятия. Для проверки эффективности этих мероприятий детей, которым они были назначены, повторно обследуют в феврале-марте года поступления в школу.

В эти же сроки обязательно проводится психофизиологическое обследование. Оно включает в себя использование наиболее широко известного теста Керна в модификации Я. Иерасика.

В дополнение к данному тесту определяют чистоту фонематического восприятия звуков, относящихся к группам сонорных (р тв., р мягк., л тв., л мягк.), свистящих (с тв., с мягк., з тв., з мягк., ц) и шипящих: ж, ш, ч, щ.

Заключение о степени готовности ребенка к поступлению в школу дается по совокупности всех полученных данных.

В последнее время наряду с методами ориентировочной оценки школьной зрелости (степень психосоциальной зрелости, уровень школьной зрелости по тесту Керна—Иерасика, чистота фонематического восприятия) предложены новые методики углубленного изучения психофизиологических предпосылок к учебной деятельности (определение моторной асимметрии, умственной работоспособности, изучение краткосрочной механической памяти, общения и характера межличностных отношений).

ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ЗДОРОВЬЕ». ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье — это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». В отечественном здравоохранении принято более широкое определение здоровья, учитывающее функциональное состояние организма, степень его приспособленности к условиям биологической и социальной среды, дееспособность: «Здоровье — естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных состояний. Для детей дошкольного возраста уравновешенность с окружающей средой означает возможность посещать дошкольные учреждения и овладевать умениями и навыками, предусмотренными для их возраста программой детского сада.

Состояние здоровья подрастающего поколения в настоящее время вызывает особую озабоченность в государстве и обществе. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, Научного центра здоровья детей РАМН, за последнее время число здоровых дошкольников составляет около 10 % от контингента детей, поступающих в школу.

Результаты разных исследований свидетельствуют о том, что современное состояние здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста характеризуется следующими тенденциями:

распространенность функциональных отклонений достигает более 70 %, хронических заболеваний 50 %, физиологической незрелости — 60 %. Более 20 % детей имеют дефицит массы тела. У детей с морфофункциональными отклонениями ведущими являются нарушения опорно-двигательного аппарата, сердечнососудистой системы, органов пищеварения, аллергические проявления. Среди хронической патологии дошкольников наиболее распространены заболевания костно-мышечной, нервной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, а также аллергические заболевания кожи. У 60—70% детей дошкольного и школьного возраста отмечается кариес. Каждый третий ребенок, поступающий в школу, имеет сниженную остроту зрения.

С 1 сентября 2000 г. в дошкольных учреждениях введена «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» (форма 026/у-2000). В соответствии с этим документом (см. Приложения 1—3) во всех дошкольных образовательных учреждениях проводится скрининг-программа, которая включает в себя базовую и расширенную виды программы. Первая из них осуществляется медицинской сестрой, вторая — педиатром и врачами — специалистами различного профиля.

В настоящее время при комплексной оценке состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста используют шесть основных показателей (критериев) здоровья.

Первый критерий — особенности онтогенеза (индивидуального развития), которые определяют по данным генеалогического, биологического и социального анамнеза.

Генеалогический анамнез отражает наличие заболеваний у кровных родственников ребенка, включая братьев и сестер. Биологический анамнез включает сведения о раннем периоде развития ребенка (течение беременности, родов, период новорожденности, тип вскармливания), нарушениях в состоянии здоровья ребенка за весь предшествующий период.

Основными показателями социального анамнеза являются полнота семьи, возраст родителей, их образование и профессия, психологический микроклимат в семье, отношение к ребенку, наличие вредных привычек у родителей, жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи, санитарно-гигиенические условия воспитания ребенка.

Второй критерий — уровень физического развития и степень его гармоничности. Их устанавливают с помощью антропометрических исследований, опираясь на регионарные стандарты физического развития. Достигнутый уровень физического развития определяют путем сравнения со средними показателями биологического развития для данного возраста, используя центильные таблицы. Принято считать вариантами нормы такие показатели, которые относятся к 3—6-му интервалам, т.е. в зоне от 10 до 90 центилей. Положение результата в зоне 2-го интервала свидетельствует о «сниженном» показателе, в зоне 1-го — о «низком», соответственно в 7-м интервале — о «повышенном», а в 8-м — о «высоком» показателе.

Третий критерий — уровень нервно-психического развития ребенка (НПР). Он зависит как от состояния центральной нервной системы ребенка и его опорно-двигательного аппарата, так и, в значительной мере, от воздействия окружающей среды. Часто нарушения НПР бывают обусловлены недостаточностью и неадекватностью педагогического воздействия на ребенка. Контроль за НПР является основой воспитательной и оздоровительной работы в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ). Этот контроль осуществляется воспитателем при ежедневном наблюдении за детьми, а также при плановых осмотрах в установленные сроки. Контроль НПР позволяет проводить своевременную и правильную коррекцию педагогических воздействий. Сведения об уровне и динамике НПР ребенка анализирует педагог и передает врачу ДОУ.

Четвертый критерий — уровень сопротивляемости (резистентности) организма. О нем судят по количеству острых заболеваний (в том числе обострений хронических болезней) за предыдущий год. В соответствии с этим критерием дети подразделяются на две группы:

- 1) имеющие хорошую сопротивляемость (не болевшие в течение года или болевшие один—три раза);
- 2) часто болеющие, с пониженной сопротивляемостью (четыре острых заболеваний в год и более).

Пятый критерий — уровень функционального состояния организма. Этот критерий оценивается по совокупности результатов лабораторных и инструментальных обследований ребенка (частота пульса, дыхание, содержание гемоглобина в крови и др.), анализа поведения и характеристики адаптационных возможностей ребенка.

Функциональное состояние органов определяют клиническими методами с использованием в необходимых случаях специальных проб.

Сведения о поведении воспитатель получает в процессе ежедневного наблюдения и контакта с ребенком. Оценивают его эмоциональное состояние, настроение, сон, бодрствование, аппетит, характер взаимоотношений с детьми и взрослыми, для более старшего возраста — умение сосредотачиваться, внимание, утомляемость. Важно учитывать наличие индивидуальных особенностей поведения.

Шестой критерий — наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития.

ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка подразумевает отнесение его к одной из пяти «групп здоровья». Такое деление на группы позволяет проводить сопоставительную

оценку состояния здоровья детей как в момент обследования, так и при динамическом контроле, во время проверки эффективности профилактических и лечебных мероприятий.

В соответствии с предложенной схемой дети, в зависимости от состояния здоровья, делятся на следующие группы:

- 1) здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций
- 2) здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям;
- 3) дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма;
- 4) дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями;
- 5) дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения общего профиля и массовыми осмотрами не охвачены.

К 1-й группе относятся здоровые дети с нормальным физическим и психическим развитием, не имеющие уродств, увечий и функциональных отклонений.

2-ю группу составляют дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфологические изменения. Сюда же следует относить реконвалесцентов (переболевшие дети), особенно перенесших инфекционные заболевания, и детей с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии и со значительным дефицитом массы тела, а также часто (четыре раза в год и более) болеющих. Дети, отнесенные к этой группе, как правило, нуждаются в оздоровительных мероприятиях, так как функциональные возможности их снижены. При отсутствии своевременного врачебного контроля и адекватных лечебно-оздоровительных мероприятий функциональные отклонения могут перейти в болезнь.

Иногда привычная терминология не отражает разницы между функциональными отклонениями и болезнью и тем самым препятствует четкому разграничению 2-й и 3-й групп. Например, гипертрофия миндалин, аномалии рефракции, нарушение осанки относятся как к функциональным отклонениям, так и к заболеваниям. Определение 3-й и 4-й групп здоровья проводится в зависимости от степени выраженности патологического процесса с учетом функциональных возможностей организма.

Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно. Однако многолетнее применение такого способа научными и практическими учреждениями здравоохранения показало его достаточную информативность и целесообразность, как при однократном, так и при динамических наблюдениях. Выявлена необходимость такого разделения на группы для характеристики санитарного состояния детского населения и при изучении влияния на здоровье различных факторов (учебных, спортивных нагрузок, климатических, атмосферных загрязнений и др.), а также для оценки эффективности различных методов воспитания и оздоровительных мероприятий.

Работникам дошкольных учреждений надо всегда помнить, что быстрый рост и развитие, созревание морфологических и функциональных структур в раннем и дошкольном возрасте определяют большую пластичность организма ребенка, который очень чувствителен как к положительным, так и к отрицательным воздействиям окружающей среды. Даже слабые раздражители, не вызывающие видимых реакций, так называемые подпороговые, не всегда проходят бесследно. Они изменяют функциональные свойства тканей организма, и на этом фоне безвредный для него фактор среды может в отдельные критические периоды (период реконвалесценции, поствакцинальный, адаптации и т.д.) стать решающим, привести к более длительному и неблагоприятному течению острых заболеваний, т. е. сказаться на состоянии ребенка не только в настоящий момент, но и определить ход его дальнейшего развития, уровня здоровья, готовность к общественно-социальным воздействиям. Уровень заболеваемости, распространенность патологических отклонений не везде одинаковы. Они зависят от организации и качества проведения санитарных и противозидемических мероприятий.

Большинство детей, посещающих ДООУ, составляют дети 1-й и 2-й групп здоровья, при этом основная масса — это дети, относящиеся ко 2-й группе — группе риска. Эти дети требуют к себе индивидуального подхода при назначении и выполнении оздоровительных мер и в осуществлении педагогических воздействий. Прогноз здоровья детей на ближайшие годы будет зависеть от ряда определяющих его факторов, претерпевающих значительные изменения в новых экономических условиях. Так, ухудшение питания будет способствовать учащению дефицита массы тела, отставанию в росте, повышению распространенности анемии. Снижение резистентности, иммунного ответа может привести к дальнейшему росту как острых, так и хронических заболеваний. В связи с резким увеличением стрессовых воздействий можно ожидать ухудшения нервно-психического здоровья дошкольников. Нарастающее ухудшение эколого-гигиенической обстановки в ряде регионов может увеличить рост как острых, так и хронических заболеваний, особенно аллергических. В настоящее время по самым оптимистичным данным более 70 % дошкольников имеют различные функциональные отклонения, а 50 % дошкольников хронические заболевания. Среди хронической патологии дошкольников наиболее распространены заболевания костно-мышечной (30—40 %), нервной (30—40 %), дыхательной (20—25 %), сердечно-сосудистой (10—25 %) систем, а также пищеварительной, мочеполовой систем и аллергические заболевания кожи (10—23 %). У 60—70 % детей дошкольного возраста отмечается кариес зубов. На современном этапе развития каждый третий ребенок, поступающий в школу, имеет сниженную остроту зрения. Все это свидетельствует о той большой роли, которую занимают педагоги дошкольных образовательных учреждений в сохранении и укреплении состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста.

Сохранению и укреплению физического, психического, интеллектуального и духовно-нравственного здоровья дошкольников во многом может способствовать программа преобразования основ дошкольного и школьного образования, разработанная под руководством проф. В. Ф. Базарного. Эта Программа доведена до уровня технологий и технических средств, которые защищены 44 патентами. Практическое внедрение программы в ряде регионов России показало ее высокую эффективность. Она находит все большее число сторонников среди педагогов и медицинских работников.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ КАК ВАЖНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Одним из важных показателей здоровья детей и подростков является их физическое развитие, под которым понимают совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процессы его роста и развития. Для оценки физического развития детей проводят антропометрические исследования. Определяют морфологические признаки: длину тела и массу тела; функциональные признаки: емкость легких, экскурсию грудной клетки, мышечную силу рук; соматоскопические признаки — состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек, степень ожирения; состояние опорно-двигательного аппарата (форма грудной клетки, позвоночника, ног, стоп, развитие мускулатуры).

При изучении физического развития детей исследуют не только морфологические и функциональные свойства организма, но и уровень биологического развития ребенка: формирование зубной системы, моторики, речи, ростовые процессы, а у подростков — степень их полового созревания.

Физическое развитие, являясь одним из показателей здоровья, может изменяться под влиянием различных заболеваний. Особенно заметные изменения в физическом развитии (гигантизм, карликовый рост, неравномерное развитие отдельных частей тела) наблюдаются при нарушении деятельности некоторых желез внутренней секреции. У детей, часто и длительно болеющих, особенно у страдающих хроническими заболеваниями (рахит, туберкулез, дизентерия, гипотрофия), отмечается замедление роста, снижение прибавки массы тела, ослабление тонуса мускулатуры, нарушение осанки, плоскостопие. Вместе с тем течение и исход болезни во многом определяются состоянием организма, его физическим развитием.

Таким образом, состояние здоровья и физическое развитие находятся в тесной зависимости и при медицинском обследовании детей должны исследоваться параллельно.

Физическое развитие здорового ребенка в течение жизни закономерно изменяется и должно укладываться в определенные возрастные нормы. Для того чтобы получить эти нормы, обследуют большие однородные (по возрасту, полу, национальности и т. п.) детские коллективы. Статистическая обработка полученных данных позволяет определить средние показатели физического развития возрастано-половой группы. Для каждой области выводятся свои стандарты исходя из условий жизни в разных климатических поясах, в городах и сельской местности, этнографических различий.

О состоянии физического развития ребенка судят на основании совокупности всех исследуемых признаков (морфологических, функциональных, соматоскопических). Чтобы судить о гармоничности его развития, необходимо сопоставить показатели массы тела с данными длины тела. Если разрыв между показателями массы и длины тела больше установленной в стандарте нормы, это свидетельствует о начинающейся дисгармонии физического развития, причем полное заключение об этом может дать только врач. Примерно каждые 5—10 лет местные стандарты необходимо уточнять, так как они зависят от изменения материального и культурного уровня жизни населения.

Стандарты физического развития широко используются как для оценки физического развития детских коллективов, так и для индивидуальной оценки развития ребенка.

Уровень и степень гармоничности физического развития вычисляют с помощью антропометрических исследований, опираясь на региональные стандарты физического развития. Достигнутый уровень физического развития определяют путем сравнения со средними показателями биологического развития для данного возраста, а степень гармоничности — с помощью оценочных таблиц (шкалы регрессии и центильных интервалов). Сравнительная оценка уровня физического развития различных коллективов детей или одного и того же коллектива в динамике позволяет косвенно судить об условиях жизни детей. Систематическое наблюдение за каждым ребенком, посещающим дошкольное учреждение, дает возможность своевременно выявить малейшие отклонения в состоянии здоровья и физическом развитии и быстро устранить причины, вызвавшие эти отклонения. Частота обследования ребенка определяется темпами его физического развития.

Оценку физического развития детей проводят 2 раза в год (осень, весна) по данным антропометрических показателей (длина и масса тела) и для детей дошкольного возраста дополняют результатами тестирования физической подготовленности. В зависимости от медицинских показаний ослабленных, отстающих в физическом развитии детей обследуют чаще. Кроме того, рекомендуется проводить обследование перед выездом детей на дачу и после возвращения с дачи для выяснения, насколько полезным для них было пребывание за городом. Все результаты обследования заносят в индивидуальную карту.

РЕЖИМА ДНЯ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Правильный режим — это рациональная продолжительность и четкое чередование различных видов деятельности и отдыха детей в течение суток.

К числу составляющих режима относится точно установленный распорядок сна и бодрствования, приемов пищи, гигиенических и оздоровительных процедур, прогулок, занятий и самостоятельной деятельности детей, условия проведения и содержания каждого из указанных процессов. Количественные и качественные показатели должны соответствовать возрастным и индивидуальным особенностям ребенка, укреплению его здоровья, улучшению физического и психического здоровья.

При составлении режима учитывается продолжительность составных элементов занятий с детьми с учетом их особенностей (занятия трудом, физической культурой и др.), методика обучения (активный и пассивный методы, наглядность и т. д.), плотность занятий, возможность обеспечить двигательную активность ребенка.

Строгое соблюдение режима дня, построенного с учетом суточного ритма физиологических функций, проведение его элементов всегда в одно и то же время способствуют возникновению у детей прочных условных связей, облегчающих переход от одной деятельности к другой. Организм

ребенка в каждый отдельный отрезок времени как бы подготавливается к тому виду деятельности, который ему предстоит выполнить, в результате все процессы (усвоение пищи, пробуждение, насыщение и пр.) протекают быстрее и с меньшими затратами энергии. Правильный режим дисциплинирует детей, улучшает их аппетит, сон, работоспособность, способствует нормальному физическому развитию и укреплению здоровья.

Обеспечение правильного режима в дошкольном учреждении достигается за счет распределения детей по группам. Каждая группа имеет свой распорядок дня, учитывающий особенности детей данного возраста (табл. 8).

Таблица

Распределение основных режимных моментов

Элементы режима	Время начала основных элементов режима дня в группе			
	Младшая	Средняя	Старшая	Подготовительная
Сбор детей	7.00-8.20	7.00-8.25	7.00-8.30	7.00-8.30
Завтрак	8.20	8.25	8.30	8.30
Игры	8.55	-	-	-
Занятие I	9.25	9.00	9.00	9.00
Занятие II	-	9.30	9.40	9.45
Занятие III	-	-	10.20	10.30
Игры, прогулка	9.35	9.50	10.50	11.05
Игры	11.35	11.50	12.25	12.35
Обед	12.00	12.15	12.40	12.45
Дневной сон	12.40	12.50	13.10	13.15
Игры	15.00	15.00	15.00	15.00
Полдник	15.25	15.25	15.25	15.25
Игры	15.50	15.50	15.40	15.40
Занятие	16.15	-	-	-
Прогулка	16.30	16.30	16.30	16.30
Игры	17.50	17.50	18.00	18.00
Ужин	18.15	18.15	18.20	18.20
Уход домой	18.45	18.45	18.45	18.45

В ДООУ с круглосуточным пребыванием подъем детей проводится в 6 ч 30 мин (7 ч 30 мин). До завтрака дети умываются, выполняют закаливающие процедуры, занимаются гимнастикой и одеваются. В учреждениях с дневным пребыванием дополнительно проводят обязательный профилактический осмотр детей.

В режиме детей до 1,5 года дневной сон повторяется несколько раз, он предшествует кормлению. У детей старше полутора лет время бодрствования увеличивается до 5—6 ч, они спят днем раз, после обеда.

Детей в возрасте до 1,5 года в зимнее время на прогулки не выводят, потребность детей в свежем воздухе обеспечивается за счет дневного сна на открытых верандах либо в спальнях с широко открытыми фрамугами или форточками. Дети старше 1,5 года гуляют в определенные часы: первый раз после игр в занятиях, следующих за завтраком (2 ч), второй — после полдника (2—3 ч). Общая продолжительность прогулок 4—5 ч; у детей старше 3 лет свободное время после завтрака, на прогулках после полдника заполняется не только играми. Часть его отводится на самообслуживание дежурство по столовой работу в уголке природы, выполнение трудовых поручений.

В круглосуточных дошкольных учреждениях вечерние игры и прогулки детей продолжают до 19 ч. Затем дети ужинают и в 20—20 ч. 45 мин. (в зависимости от возраста) после вечернего туалета ложатся спать.

Детей, перенесших тяжелые заболевания, а также страдающих хроническими заболеваниями следует раньше укладывать спать и позже других поднимать, удлинять прогулки на свежем воздухе, ограничивать продолжительность занятий; в некоторых случаях таким детям следует назначать дополнительное питание. В теплое время года рекомендуется увеличивать пребывание детей на свежем воздухе за счет проведения многих видов деятельности на участке. В этот период ночной сон детей несколько укорачивается, а дневной соответственно удлиняется продолжительность и характер занятий изменяются.

Переход из домашних условий в условия ДОО для многих детей довольно труден, так как изменяются привычная обстановка распорядок дня. Длительное совместное пребывание довольно большого количества детей увеличивает возможность их инфицирования (дети, посещающие ДОО болеют чаще тех, кто воспитывается в семье) и приводит к более острому, чем в семейных условиях утомлению.

Особенно часто дети болеют в начальный период своего пребывания в дошкольном учреждении, т. е. в период адаптации (привыкания) к новым условиям жизни, так как при этом происходит ломка установившегося у ребенка в домашних условиях стереотипа. В тех случаях, когда детей постепенно готовят к жизни в коллективе, они приспосабливаются к нему значительно быстрее и легче.

Подготовка ребенка к поступлению в ДОО должна быть разносторонней. Прежде всего, районный педиатр должен обратить внимание на состояние здоровья ребенка и, если нужно, провести необходимые оздоровительные мероприятия, поскольку здоровый организм легче может справиться с трудностями адаптационного периода. До поступления ребенка в коллектив следует максимально приблизить его домашний режим к режиму дошкольного учреждения. После вакцинации ребенка можно отправлять в ДОО не раньше, чем через месяц, а при заболевании — после полного выздоровления.

В группе все должно быть подготовлено к приему новых детей. Воспитателя заранее предупреждают, когда придет новый ребенок. Если ребенок поступает в старшую группу, то об этом сообщают и детям. Воспитатель стремится вызвать у ребят доброжелательное отношение к новичку. Недопустимо принимать в группу сразу много новых детей (не более трех в неделю, в разные дни).

Педагогу необходимо еще до поступления ребенка в группу выяснить особенности его воспитания в семье, домашний режим, способы кормления, укладывания для сна, какой у него аппетит, как организовано бодрствование, уменьшительное имя малыша в семье, его любимые игрушки или занятия, любимые блюда, сложившиеся привычки и др.

В период адаптации обязательно сохраняются привычные для ребенка способы кормления, укладывания для сна, нельзя насильно кормить или укладывать спать, чтобы не вызывать и не закреплять на долгое время отрицательное отношение к окружающей обстановке, предупредить формирование защитно-оборонительной реакции. Временное сохранение привычных для ребенка приемов воспитания поможет ему легче адаптироваться к новым условиям.

Продолжительность пребывания вновь поступивших детей в дошкольном учреждении следует увеличивать постепенно. В течение первой недели ребенок должен быть там не более 3 ч в день. Это время увеличивают в зависимости от эмоционального состояния ребенка. Обычно требуется две—три недели, чтобы ребенок во мере нормализации поведения мог находиться в дошкольном учреждении 10—12 ч. Нельзя в первые дни проводить какие-либо травмирующие ребенка процедуры: делать инъекции, стричь волосы или ногти. Все это должно быть сделано еще до его поступления в дошкольное учреждение.

В течение периода адаптации воспитатель внимательно наблюдает за поведением ребенка. Различают 3 формы адаптации детей к условиям дошкольного учреждения.

Легкая адаптация. Нарушения в поведении наблюдаются в течение 20—30 дней. Возможно незначительное снижение аппетита. В течение 10 дней объем съедаемой ребенком пищи увеличи-

вается до возрастной нормы. Снижение аппетита, отказ от еды в первые дни пребывания компенсируются повышением аппетита в тот отрезок дня, когда ребенок находится дома. Восстановление сна в условиях сада происходит в течение 7—10 дней. Эмоциональное состояние, ориентировочная и речевая активность, взаимоотношения с детьми нормализуются за 15—20 дней, иногда быстрее.

Заболеваний в этот период у детей практически не возникает. Легкая адаптация отмечается в основном у детей моложе 8—9 мес. или старше 1,5 года с благополучным анамнезом и хорошим состоянием здоровья. У детей третьего года жизни при поступлении, как правило, уже имеется сформировавшаяся потребность в общении со сверстниками, что облегчает привыкание к коллективу.

Адаптация средней тяжести. Все нарушения в поведении более ярко выражены и длительны. Нарушения сна и аппетита нормализуются не раньше 20—30-го дня. Период угнетения ориентировочной активности длится в среднем 20 дней, в это же время наблюдаются первые проявления контактов с другими детьми, речевая активность не восстанавливается в течение 20—40 дней, эмоциональное состояние неустойчиво в течение 1-го месяца; отмечается значительная задержка двигательной активности, ее восстановление происходит после 30—35 дней пребывания в ДОО. Все функциональные сдвиги выражены отчетливо, особенно перед заболеванием, которое, как правило, возникает в виде острой респираторной инфекции, протекающей без осложнений.

Такое течение адаптации регистрируется у детей, поступающих в ДОО в возрасте от 9 мес. до 1,5 лет, либо у детей любого возраста, имеющих отклонения в состоянии здоровья или неблагоприятный социальный анамнез.

Тяжелая адаптация. Встречается у 8—9% детей и характеризуется значительной длительностью (от 2 до 6 мес. и больше) и тяжестью всех проявлений.

Этот вид адаптации протекает в двух вариантах. При первом из них ребенок заболевает в первые 10 дней после поступления и затем продолжает повторно болеть от 4 до 12 раз и более в течение года, что приводит к снижению реактивности ребенка и показателей физического и нервно-психического развития. Такой вариант тяжелой адаптации встречается, как правило, у детей первых полутора лет жизни, имеющих отягощенный анамнез (низкая оценка по шкале Апгар, токсикозы беременности, осложнения в родах, заболевания периода новорожденности).

Второй вариант тяжелой адаптации характеризуется длительностью и тяжестью проявлений неадекватного поведения, граничащего с преневротическими состояниями. Наблюдается длительное снижение аппетита, его восстановление начинается не ранее третьей недели пребывания ребенка в учреждении. В отдельных случаях может возникать стойкая потеря аппетита или невротическая рвота при кормлении. Наблюдается нарушение сна (медленное засыпание, плач при пробуждении ребенка). Ребенок старается избегать контактов со сверстниками, стремится к уединению и может быть агрессивным.

Очень важно, что данные анамнеза позволяют заранее прогнозировать степень тяжести адаптационного периода, а следовательно, можно принимать соответствующие меры для облегчения его у конкретного ребенка. Следует отдельно рассматривать биологические и социальные факторы анамнеза.

Ребенок значительно быстрее и легче адаптируется, если дома поддерживают приемы воспитания, используемые в дошкольном учреждении. Чем скорее будет установлено единство принципов воспитания в дошкольном учреждении и семье, чем больше подход к ребенку будет соответствовать его индивидуальным особенностям, тем скорее и безболезненно будет протекать процесс привыкания его к новым условиям.

ГИГИЕНА УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ

Дети, увлеченные интересной деятельностью (занятия, игры и др.), долго не чувствуют утомления. Но неправильно организованные виды деятельности даже за короткое время могут быть значительной нагрузкой для нервной системы ребенка, приводить к быстрому утомлению. При организации учебной деятельности ребенка необходимо строго соблюдать гигиенические требования.

Утомление — это состояние пониженной работоспособности, наступающее под влиянием интенсивной длительной деятельности или однообразной работы, а также в результате нервного напряжения (при волнении). Некоторые факторы могут привести к возникновению раннего утомления (заболевания, чувство голода, низкая освещенность, неудобная поза, монотонная однообразная работа). Утомление — это нормальный физиологический процесс, сопровождающий любую деятельность. Субъективное ощущение утомления отражает усталость.

Утомление проявляется объективными признаками: изменяют свои параметры сенсорные системы, зрительные и моторные реакции, наблюдается изменение памяти и ряда объективных показателей.

Любая деятельность сопровождается формированием рабочей доминанты, которая обеспечивает наилучшие условия для функционирования всех органов и систем и повышает производительность работы. На ее фоне возникает явление вработываемости, далее оптимальной работоспособности, которая держится на определенном уровне, а затем уровень работоспособности постепенно снижается, так как начинаются процессы утомления. Степень утомления отражают количественные - снижение производительности труда за единицу времени, и качественные показатели - понижение точности выполняемой работы и появление большого количества ошибок. Происходит снижение эффективности физиологических затрат, когда на единицу выполняемой работы требуется больше энергии.

Существует ряд поведенческих реакций, по которым воспитатель может определить начало возникновения утомления у ребенка на занятиях. На I стадии утомления у ребенка может наблюдаться возбуждение, которое проявляется в двигательных и речевых реакциях (вскакивание с места, подергивание ног, посторонние разговоры, неадекватный смех).

Для снятия начинающегося утомления необходимо провести физкультминутку, переключить внимание или предложить новый вид деятельности. Если педагог не замечает этих явлений или делает замечания дисциплинарного характера, не переключает внимание детей, то возникает II стадия утомления — двигательная заторможенность. Она характеризуется расслаблением тонуса, ребенок подпирает голову рукой, полулежит за столом, замедленно отвечает на вопросы. В этом состоянии учебный материал усваивается плохо, ослабляется память, выработанные условные связи непрочные.

При прогрессировании утомления может возникнуть III стадия, при которой наступает торможение в творческих отделах коры головного мозга. Если детей, находящихся в этой стадии, попросить опустить голову на руки, размещенные на столе, закрыть глазки, то через 5—10 мин. многие из них будут находиться в состоянии сна. Накопление утомления может привести к переутомлению. При переутомлении нормальный отдых, сон не снимают утомления, сильно ослабляется память, нарушается логическое мышление, способность к абстрактному мышлению, возникает опасность неврозов.

Организуя деятельность ребенка, надо учитывать возраст и состояние здоровья, индивидуальные особенности, жизненный опыт. Дети первого-второго года жизни могут радостно и активно бодрствовать лишь когда удовлетворены все их физиологические потребности. При первых признаках ухудшения настроения у ребенка этого возраста: вялость, сонливости или перевозбуждение — игры-занятия следует прекратить.

С детьми от полутора до 3 лет рекомендуется проводить 10 занятий в неделю, по два занятия в день (утром), продолжительностью 8 - 10 мин., с детьми 4-х лет — 11 занятий по 15 мин., 5 лет — 12 занятий по 20 мин., 6 лет — 15 занятий по 25 мин., в подготовительной группе - 17 занятий по 30 мин. У детей старше 5 лет допускается проведение одного занятия после дневного сна, но не более 3 раз в неделю.

Перерывы между занятиями должны быть не менее 10 мин.

Организация всех видов деятельности и отдыха детей в течение дня строится на основе программы воспитания и обучения в ДОУ (табл.).

Увеличение умственной и физической нагрузки детей - негативная неправомерная практика, вызывающая у детей переутомление, невротизацию, негативно отражающаяся на состоянии их здоровья.

Количество и вид занятий по группам

Вид занятий	Группа			
	Младшая (3-4 года)	Средняя (4-5 лет)	Старшая (5-6 лет)	Подготовительная (6-7 лет)
Ознакомление с окружающим миром	-	-	1	1
Развитие речи	1	1	1	2
Ознакомление с художественной литературой	1	1	1	1
Развитие элементарных математических представлений	1	1	1	2
Изобразительная деятельность:				
Рисование	1	1	2	2
Лепка	1	1	1	Через неделю
Аппликация	Через неделю	Через неделю	1	Через неделю
Конструирование	Через неделю	Через неделю	1	1
Музыкальные	2	2	2	2

В середине занятий следует проводить физкультминутку.

Проводить занятия, носящие статический характер, рекомендуется в дни с наиболее высокой работоспособностью детей (вторник, среда). Занятия по дополнительному образованию (студии, кружки, секции) недопустимо проводить за счет времени, отведенного на прогулку и дневной сон; их количество в неделю не должно превышать двух. Продолжительность этих занятий не должна превышать 20—25 мин, участие ребенка более чем в двух дополнительных занятиях нецелесообразно.

При организации режима пребывания детей в ДООУ в течение дня необходимо предусматривать сбалансированное чередование специально организованных занятий, нерегламентированной деятельности, свободного времени и отдыха детей, не допускать напряженности, «поторапливания» детей во время питания, пробуждения, выполнения ими каких-либо заданий.

В течение дня обеспечивать баланс разных видов активности детей — умственной, физической, а также разных видов детской деятельности, среди которых преобладающей выступает игра. При этом среди общего времени занятий следует отводить 50 % занятиям, требующим от детей умственного напряжения, остальные 50 % должны составлять занятия эстетического и физкультурно-оздоровительного цикла. Занятия по наиболее трудным предметам, требующим повышенной познавательной активности и умственного напряжения (математика, развитие речи, иностранный язык и пр.), целесообразно проводить только в первой половине дня, для профилактики утомления детей указанные занятия необходимо сочетать с физкультурными, музыкальными занятиями, ритмикой и т.п.

При составлении расписания занятий рекомендуется планировать равномерное распределение учебной нагрузки в течение дня, недели, года. В начале и в конце учебной недели предпочтительнее отдается более легким по содержанию и сложности программного материала занятиям.

Домашние задания для воспитанников ДОО не предусмотрены.

В январе – феврале следует устраивать недельные каникулы, во время которых проводят занятия только эстетически-оздоровительного цикла.

В начале года в подготовительной группе определяю готовность детей к обучению в школе.

На самочувствии детей сказываются условия, в которых они занимаются. Недостаточное освещение, духота, неправильно подобранная мебель могут вызвать у ребенка не только раннее утомление, но и нарушение зрения (близорукость), осанки, анемию. Дети дошкольного возраста значительно быстрее взрослых утомляются в душном, плохо проветренном помещении, т.к. из-за усиленного роста и развития организма потребность в кислороде у них значительно выше, а сопротивляемость неблагоприятным влияниям среды ниже, чем у взрослых.

В групповой комнате, где проводят те или иные занятия, должна быть создана деловая обстановка, соблюдаться тишина. Если воспитатель сопровождает объяснение показом картинок, игрушек, природы, которые должны быть хорошо видны, он должен стоять на достаточно освещенном месте. Пособия должны быть яркими, реалистичными, каждая деталь, изображенная на них, должна быть видна на расстоянии не менее 8 м, формат рисунков для рассматривания должен быть 32 x 21 см. Объяснение воспитателя должно быть в младших группах — не более 2—3 мин, в средней — 4—5 мин и в старших — 5—7 мин.

Во время занятий с детьми до 5 лет не рекомендуется их торопить, требовать быстрого окончания работы, так как это может вызвать у них излишнюю нервозность. В старшей и подготовительной группах можно примерно за 5 мин до конца занятий напомнить о том, что время занятий истекает. Старшие дошкольники сами убирают после занятий пособия. На эту работу они не должны тратить более 5—7 мин.

На занятиях рисованием прежде всего надо научить ребенка правильно держать в руке карандаш и пользоваться им. Карандаш или кисть держат в правой руке между большим и средним пальцами, придерживая их сверху указательным пальцем. Надо следить, чтобы дети держали карандаш или кисть свободно, линии на бумаге проводили без особого нажима, при этом мышцы руки будут меньше напрягаться, ребенок сможет дольше и с удовольствием рисовать.

В начале обучения рисованию не рекомендуется предлагать детям штриховку больших изображений, так как это утомляет руку. Когда появятся некоторые навыки (приблизительно к 5—6 годам), поверхность для штриховки можно увеличить. Надо наблюдать за тем, чтобы дети делали штриховку без спешки, не в одном, а в разных направлениях: горизонтально, вертикально и круговыми линиями. Это снижает напряжение мышц кисти и пальцев руки.

В процессе занятий ребенок не должен прижиматься грудью к крышке стола: предплечья лежат на столе, кистью правой руки вместе с карандашом ребенок свободно двигает по бумаге и столу, левой рукой придерживает рисунок.

В 1-й младшей группе для рисования дают цветные карандаши (красный, синий, зеленый, желтый, белый, черный) или краски. Во 2-й младшей группе детей знакомят с новыми цветами: розовым, голубым. Воспитанники средней группы при рисовании используют еще и коричневый цвет. На занятиях с них уже требуют, чтобы они закрашивали рисунки только в одном направлении (сверху вниз, слева направо). Дети старшей и подготовительной групп должны знать и использовать следующие цвета: красный, оранжевый, желтый, зеленый, синий, фиолетовый, коричневый, черный, белый и их оттенки.

Дети старших групп могут пользоваться мягкими простыми графитными карандашами, дающими тонкую черную линию.

При рисовании кистью краску разводят предварительно воспитатели. Она должна быть такой густоты, чтобы хорошо держалась на кисточке. Краски разливают в банки с низкими краями и ставят их на столы, чтобы дети могли видеть их цвет. Для рисования удобны волосяные кисти, с мягким, эластичным ворсом. Чтобы не пачкать стол и окружающие предметы красками, кисти следует класть на подставки из плотного картона, которые дети могут приготовить сами.

Для рисования дают белую плотную бумагу, немного шероховатую, которая не просвечивает и не промокает. Можно использовать плотную писчую не гляцевую бумагу. Карандашные детские рисунки не должны быть слишком большими. Работа кистью менее утомительна, и рисунки, выполняемые красками, могут быть крупнее. Дети средней, старшей и подготовительной групп пользуются бумагой формата 15 x 10 см. для сюжетного рисования нужна бумага несколько большего формата — 28 x 20 см.

На занятиях лепкой используют мягкий, эластичный материал — пластилин, глину. Каждому ребенку дают чистую фанерную дощечку, на которой он должен работать. Надо следить за тем, чтобы дети не пачкали окружающие предметы.

На первых занятиях аппликацией воспитатель учит детей ножницами, которые должны быть легкими, небольших размеров (по руке ребенка), с тупыми концами.

Во время занятий лепкой и аппликацией дети сидят на расстоянии 3—5 см от стола; в этом случае движения их рук будут свободными.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДЕТЕЙ С КОМПЬЮТЕРОМ

Персональные компьютеры (ПК) в настоящее время нашли широкое использование как в домашних условиях, так и в ДОУ. Установлено, что использование компьютерных программ в сочетании с традиционными формами воспитания значительно повышает эффективность обучения (развитие речи, элементарных математических представлений, конструирование, рисование). Работа на ПК также способствует развитию мышц кисти рук, координации движений.

Освоение детьми основ компьютерной грамотности на ступени дошкольного образования надо использовать как одну из составляющих образовательного процесса, интегрируя в специфичные для детей дошкольного возраста виды деятельности. В обязанности педагога входит контроль за санитарно-гигиеническими условиями в компьютерном зале

При организации работы с компьютером необходимо соблюдать следующие гигиенические требования к видеомонитору, помещению, размещению ребенка за столом, продолжительности занятий, профилактике общего и зрительного утомления.

Основное негативное воздействие на организм оказывает зрительно-напряженная работа с видеомонитором. В зависимости от продолжительности работы за ним могут наблюдаться: покраснение глаз, зуд, «мурашки» и двоение в глазах, головные боли. Причина этих явлений — особенности экранного изображения (самосветящееся, а не отраженное, маленький контраст и пр.). Соблюдение оптимальных параметров яркости, контраста, угловых размеров знаков и других характеристик экранного изображения позволяет несколько снизить зрительное утомление при работе с ВМ, но совсем избежать его не удается.

При оборудовании рабочего места пользователя ПК необходимо установить ВМ на специальном столике так, чтобы задняя панель была обращена к стене (около нее зарегистрирован максимальный уровень напряженности электрического поля), экран не должен располагаться напротив окна или других прямых источников света, дающих блики на экране.

Расстояние между рабочими столами (в направлении тыла поверхности одного ВМ и экрана другого) должно составлять не менее 2 м, а расстояние между боковыми поверхностями - не менее 1,2 м. Столы для ПК должны быть одноместными.

Размер экрана по диагонали должен быть не менее 31 см. Экран ВМ должен находиться на уровне глаз ребенка, или чуть ниже, на расстоянии не менее 50 см. Необходимо следить, чтобы в процессе работы малыш не приближался к экрану, не заходил за заднюю панель ПК. Наблюдаемое изображение должно быть стабильным, не иметь мерцаний знаков и фона. Предпочтительнее расположение цветных знаков на экране видеомонитора на светлом фоне.

Для снижения общего и зрительного утомления предлагается проведение специальных упражнений для глаз, которые могут выполняться на рабочем месте может быть использован офтальмотренаж, предложенный проф. Э. С. Аветисовым (см. Приложение 6).

Площадь в компьютерном зале на одно рабочее место должна составлять не менее 4,5—6 м². Количество мест не должно превышать 12. Компьютеры размещают по периметру на расстоянии 1 м от стены.

При отделке интерьера используют материалы, не выделяющие вредных соединений и веществ в воздух, поверхность пола в компьютерном зале должна быть ровной, не скользкой, с антистатическими свойствами. Запрещена окраска стен в темные тона. Желательно, чтобы компьютерный зал был ориентирован на север, северо-восток. Оптимальные параметры температуры воздуха 19—20 °С.

Ввод в эксплуатацию помещения осуществляется только при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о его соответствии санитарным правилам.

Ежедневно перед началом и после окончания занятий необходимо проводить влажную уборку зала и протирать экраны выключенных ВМ.

Занятия с использованием компьютеров проводят в дни с наиболее высокой работоспособностью (вторник, среда, четверг) один раз в день и не чаще 3 раз в неделю. Продолжительность работы с компьютером на развивающих игровых занятиях для детей 5 лет не должна превышать 10 мин и для детей 6 - 7 лет — 15 мин. Для снижения утомляемости во время занятий на компьютере чрезвычайно важна гигиенически рациональная организация рабочего места за компьютером: соответствие мебели росту ребенка, оптимальное освещение, соблюдение электромагнитной безопасности. Компьютерная техника, которая используется в ДООУ, обязательно должна иметь гигиеническое заключение (сертификат), подтверждающий ее безопасность для детей.

Занятия на ПК должны проводиться в присутствии воспитателя или преподавателя, прошедшего инструктаж по технике безопасности при работе на компьютере.

На первом занятии в компьютерном зале педагог в виде краткой беседы, содержащей четкие и конкретные указания, знакомит детей с условиями и содержанием рабочего места, назначением ограждений и приспособлений, с обязанностями детей.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Практические занятия имеют целью оказать помощь студентам в усвоении наиболее важных и сложных тем курса, а также способствовать выработке у студентов умений и навыков. Для наиболее плодотворного проведения занятий студентам необходимо самостоятельно заранее (дома), до аудиторных занятий, изучить учебную литературу и подготовить краткие ответы на теоретические вопросы соответствующей темы. При подготовке к занятиям рекомендуется использовать конспекты лекций, учебники, методические указания по курсам, учебные пособия, которыми можно пользоваться и на практических занятиях. Особое значение имеют конспекты лекций, поскольку, учебная литература не успевает отразить его развитие, а на лекциях даётся самый важный и новый материал.

На практических занятиях заслушиваются и обсуждаются также доклады и рефераты студентов, подготовленные ими по соответствующим вопросам, согласованным предварительно с преподавателем.

Тематика практических занятий представлена в Рабочей программе.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа — одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к семинарским занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Студентам рекомендуется получить в научной библиотеке университета учебную литературу по дисциплине, необходимую для эффективной работы на всех видах аудиторных занятий, а также для самостоятельной работы по изучению дисциплины.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?

При организации самостоятельной работы студенты особое внимание должны уделяться анализу учебно-методической литературы по дисциплине.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

1. Подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования).

2. Основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы).

3. Заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Тематика заданий для самостоятельной работы представлена в Рабочей программе.