

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОТКЛОНЕНИЙ РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

© 2014 Г.Ю.Порецкова

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 18.06.2014

Работа посвящена выработке новых подходов к профилактике нарушений развития и состояния здоровья детей школьного возраста для совершенствования медицинского обеспечения образовательного процесса. Автором приводятся данные о медико-социальных, медико-психологических и медико-биологических факторах риска развития школьной дезадаптации, как патогенетической основы развития функциональных отклонений и соматических заболеваний. Предлагается модель взаимодействия между педагогами, психологами, врачами и родителями для выявления факторов риска, начальных признаков нарушений в состоянии здоровья учащихся для их профилактики.

Ключевые слова: школьники, состояние здоровья, факторы риска, профилактика.

Проблемы состояния здоровья детей и подростков за последнее время только увеличиваются. Анализ показывает, что распространённость и заболеваемость по классам болезней и отдельным нозологическим формам в детской возрастной группе возрастает по всем показателям: общая заболеваемость детей и подростков только за последние пять лет возросла на 19,5%; в классе болезней системы кровообращения на 46,3%, крови и кроветворных органов на 38,8%, новообразований на 25,1%, заболеваний органов пищеварения на 20%, нервной системы на 17,3%, эндокринной системы на 14,5%¹.

Истоки этих проблем находятся, в том числе, в школьном возрасте. Это связано с тем, что обучение в образовательных организациях (ОО) совпадает с периодом интенсивного роста и развития ребёнка, когда организм наиболее чувствителен к действию условий окружающей среды. Сегодня происходит активное развитие школьного образования: усложняется программа, изменяются образовательные стандарты, повышаются требования к ученику. В такой ситуации успешность обучения зависит от состояния здоровья учащихся и воспитанников ОО, но и образовательные тех-

нологии оказывают своё влияние на здоровье². В современных условиях, очевидно, что задачи по сохранению и укреплению здоровья современных школьников могут и должны решаться непосредственно в образовательном учреждении³. И обязательным компонентом этой работы должен стать единый системный подход к сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, который может быть реализован в любой образовательной организации⁴.

Сегодня можно выделить следующие ведущие причины неэффективной профилактической работы в отношении сохранения здоровья детей школьного возраста: недостаточно активная позиция семьи в отношении сохранения здоровья ребёнка и здорового образа жизни; несовершенная система медицинского обеспечения образовательного процесса, в том числе кадровая проблема; недостаточная медицинская и валеологическая грамотность педагогов; отсутствие единых подходов педагогов и вра-

⁰ *Порецкова Галина Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней.*
E-mail: vra4_pediater@mail.ru

¹ Государственный доклад Минздравсоцразвития РФ, РАМН, Госкомстата РФ «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2008 г.» [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.lawmix.ru/medlaw/7335 (Дата обращения 08.08.2012); Баранов А.А. Заболеваемость детского населения России / Баранов А.А. [и др.]. – М.: 2013. – С. 77 – 85, 97 – 100.

² *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И.* Гигиенические проблемы школьных инноваций. – М.: 2009. – С. 1 – 119.

³ Дубровниковская декларация о школьном здравоохранении в Европе. – 2005. – Дубровник, Хорватия [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.eusuhm.org> (27.04.2010).

⁴ *Ямщикова Н.Л.* Службы и направления по охране здоровья детей в школе (по документам ВОЗ) // I Конгресс Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья. Сб. науч.тр. – М.: 2008. – С.199; Указ Президента Российской Федерации от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 гг.» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://graph.kremlin.consultant.ru/page.aspx>. (02.12.2012).

чей к профилактике заболеваний и здоровьесбережению⁵.

Таким образом, очевидна необходимость новых подходов к профилактике нарушений развития и состояния здоровья детей школьного возраста и совершенствованию медицинского обеспечения образовательного процесса.

Цель исследования: разработать модель межведомственного взаимодействия по раннему выявлению и профилактике отклонений развития и состояния здоровья школьников на основе взаимодействия всех субъектов образовательной организации.

В качестве субъектов образовательного процесса нами рассматриваются администраторы школ, педагоги, психологи, родители и школьные медицинские работники. Все они в полной мере должны быть задействованы в профилактической работе. А в качестве объекта образовательного процесса выступает учащийся, он же традиционно является и объектом профилактической деятельности.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение состояния здоровья детей ряда образовательных организаций г.о. Самара (МБОУ Лицей «Созвездие» № 131, МБОУ СОШ № 69, МБОУ СОШ № 166, МБОУ СОШ № 157) начиная с 2005-2006 по 2011-2012 учебный год. В ходе исследования проведено анкетирование 1530 школьников, их родителей (332), педагогов (74), школьных врачей (21).

Результаты и их обсуждение. Изучение образа жизни семьи и его влияние на состояние здоровья в различных группах населения в настоящее время приобретает всё большее значение⁶. И важной составляющей этого влияния является характеристика взаимоотношений родителей с детьми, а так же используемые в семье методы воспитания. При анализе 213 анкет первоклассников нами было отмечено, что в большинстве семей, по мнению родителей, преобладают спокойные взаимоотношения (78%). В остальных случаях имеет место эмо-

циональное общение (17%) и неустойчивые отношения (5%). При воспитании ребёнка большинство опрошенных родителей используют метод убеждения (70%) словом и собственным примером, 15% семей используют различные методы воспитания. И лишь в 32 семьях, со слов самих родителей, преобладают авторитарные отношения с обязательным исполнением детьми указаний родителей.

Несомненно, что культура здоровья и приверженность к здоровому образу жизни у детей формируются под влиянием родителей. В процессе исследования мы столкнулись с недопониманием родителями составляющих здорового образа жизни и неготовностью сформировать позицию детей в этом отношении. К сожалению, в половине анкет (49,6%) было отмечено наличие вредных привычек у родителей: в трети указано на курение отца (31%) и в 6,6% на курение обоих родителей, в 7,5% анкет признается нерациональное питание в семье, в 4,5% малоподвижный образ жизни и в 7,5% – нерациональное питание. При этом только 35% родителей считают важной частью здорового образа жизни спорт и физическую культуру и 35% – правильную организацию питания в семье. Остальные 30% из числа опрошенных затруднились указать составляющие здорового образа жизни и ещё треть семей вообще не имеют представления о составляющих здорового образа жизни.

Следствием отягощенного социального анамнеза может стать недостаточная психологическая готовность ребёнка к обучению в школе. По данным комплексного психологического тестирования, у большинства наблюдаемых детей (59,1%) поступавших в школу имелась достаточно сильная мотивация к обучению. Она выражается в ощущении потребности ребёнка посещать школу, включиться в новую для него деятельность – обучение, занять новое положение среди окружающих. Однако более чем у 40% первоклассников выявлена её несформированность, что проявлялось поверхностным и недостаточным интересом к обучению, а иногда «формальным и беспечным отношением к школе». И, по нашим наблюдениям, у трети первоклассников к моменту поступления в школу не сформированы отдельные психологические аспекты, необходимые для начала обучения и успешного освоения школьного материала, такие как зрительное восприятие (38%) и речевое развитие (18,6%).

Далее, в процессе исследования было выявлено, что на начальном этапе обучения около 28 % детей имеют отклонения психологического статуса, причём в 18% случаев изолированные признаки психического напряжения, а в

⁵ Кучма В.Р., Звездина И.В., Жигарева Н.С. Медикосоциальные аспекты формирования здоровья младших школьников // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7. – №4. – С. 9 – 12; Ковшова О.С. Роль семьи в сохранении здоровья и социально-психологической адаптации младших школьников / О.С.Ковшова [и др.] // Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. – Т. 12. – № 5. – С. 435 – 438; Порецкова Г.Ю., Печуров Д.В., Фишман Л.И. Готовность школьных педагогов к взаимодействию с врачом: результаты эмпирического исследования // Казанский педагогический журнал. – 2010. – №2. – С. 61 – 66.

⁶ Hibell B. The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries / B. Hibell et al. // Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004. – P.25.

15% – сочетающиеся с невротическим тенденциями. Наиболее частой формой последних у детей первого класса являлись астения и нарушения сна, на что указали 9,1 и 6,1% родителей соответственно. Вегетативная дисфункция была у 4% детей. Самой распространённой формой психического напряжения, по данным нашего теста⁷, были фобии и патологическая тревожность (15 и 17% соответственно).

И мы разделяем мнение, что выявленные психологические проблемы могут привести не только к недостаточному овладению школьными навыками, но и к нарушению периода адаптации. Так, в процессе нашего исследования было установлено, что риск развития напряжённого реагирования на начало обучения увеличивается при неустойчивом психологическом состоянии ребёнка в 1,6 раза (ОШ= 1,6; 95% ДИ 1,13-3,8), что может стать основой для развития психосоматической патологии.

Анализ проблем, с которыми сталкивается первоклассник, показал, что к нарушению социальной и психологической адаптации нередко приводит отсутствие взаимопонимания и взаимоуважения между родителями и детьми, наличие в семье патологических стилей семейного воспитания. Специальное психологическое тестирование семей выявило те или иные отклонения семейного воспитания в 78 % семей. Наиболее распространёнными дисгармоничными формами детско-родительских отношений были потворствующая и доминирующая гиперпротекция, которые диагностированы в 47% и 11% случаев. Неустойчивый стиль воспитания отмечался в каждой восьмой семье (15,1%). Достаточно редко младшие школьники воспитывались в условиях эмоционального отвержения или повышенной моральной ответственности (по 2,5%).

Сравнивая группы детей с различным уровнем адаптации, мы установили, что среди первоклассников, имеющих сложности адаптации в 90% случаев выявляется дисгармоничный тип семейного воспитания. Было установлено, что при наличии патологических форм детско-родительских отношений (потворствующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность) в 2,6 раза возрастает риск нарушения адаптации.

При изучении процессов адаптации детей к школе, нами было осмотрено с проведением функциональных проб 395 первоклассников образовательных учреждений, из них мальчи-

ков было – 202 человека, девочек – 193. Осмотры первоклассников проводились в течение всего учебного года – на первой неделе (I осмотр), через месяц от начала обучения (II осмотр), в конце второй четверти (III осмотр), третьей (IV осмотр) и четвёртой (V осмотр) четвертей. Оценка состояния учащихся оценивалась с использованием функциональных проб (клиноортостатической, Штанге, Халберга, жизненной ёмкости лёгких) и интерпретировались более подробно с использованием уточняющих расчётных индексов (Скибински, Кердо, физической работоспособности, адаптационного потенциала)⁸.

Анализ полученных результатов выявил отклонения всех функциональных пробах, что указывает на возникновение адаптационных процессов в начале обучения. Установлено, что адаптация первоклассников протекает со смещением в сторону слабой возбудимости центров парасимпатической иннервации и тенденцией к усилению влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы. При этом имеется нарушение биологических ритмов у всех школьников, более выраженное у мальчиков.

Использованные расчётные индексы так же подтвердили преобладание в регуляции функционирования организма симпатического отдела вегетативной нервной системы над парасимпатическим её отделом, а значит, адаптация к обучению у детей происходят с активным расходом энергии, что может указывать на высокую «цену» приспособления к изменяющимся условиям жизненного стереотипа. Нами был выявлен более низкий исходный уровень физической работоспособности у мальчиков и её снижение в динамике первого года обучения у всех первоклассников.

Оценка компенсаторно-приспособительных механизмов, лежащих в основе поддержания системы кровообращения, как степени адаптации всего организма по уровню адаптационного потенциала, позволила выявить напряжения системы адаптации (НАд).

⁷ Печуров Д.В., Щербатов П.Л., Каганова Т.И. Синдром диспепсии у детей: современные подходы к диагностике и лечению. Информационно-методический материал для педиатров, гастроэнтерологов и семейных врачей. – Самара. 2005. – С. 29 – 30.

⁸ Оценка физического развития детей и подростков: Учебное пособие / Е.С.Богомолова [и др.]. – Н.Новгород: 2006. – С. 107 – 119.

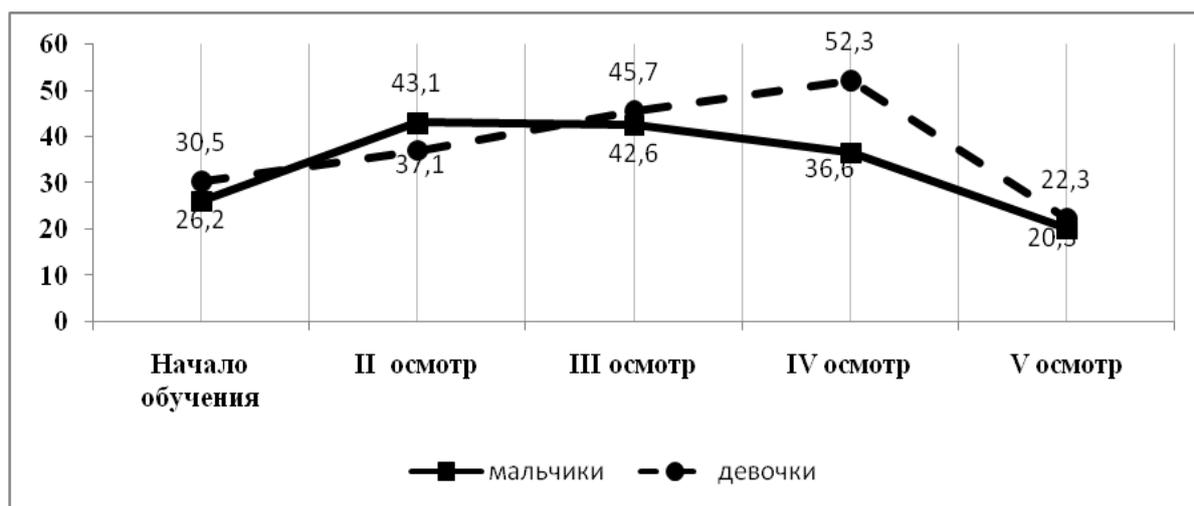


Рис. 1. Динамика удельного веса первоклассников с напряжением адаптации в течение учебного года (в %).

При этом отмечено, что на начало обучения напряжением регуляторных систем быстрее отвечают мальчики. Большинству девочек удаётся сохранять удовлетворительную адаптацию на протяжении трёх четвертей учебного года, но далее, накапливающиеся внешние воздействия приводят к возникновению напряжённого реагирования у половины из них (Рис. 1).

В программу нашего исследования входило выявление факторов риска, которые приводят к развитию напряжения адаптации. Путём подробного анкетирования 314 родителей детей первых классов, анализа из состояния здоровья и результатов динамического наблюдения выявлены 17 факторов с различной ранговой величиной значимости, среди которых преобладали социальные факторы. По нашим данным наибольший вклад в развитие напряжённой адаптации вносят социальные и психологические факторы (авторитарные и эмоциональные отношения в семье – 0,52 и 0,25, проживание в коммунальной квартире или общедомовом здании – 0,31, малоподвижный образ жизни ребёнка – 0,24). И, по нашему мнению, выявление таких факторов риска может быть включено в объём доврачебного осмотра и являться скрининг – тестом для выявления детей с высоким риском развития патологии. Перераспределение внимания медицинской службы на эту группу учащихся возможно только при делегировании части функций текущей оценки состояния здоровья, в рамках доврачебного осмотра, педагогам.

Сегодня в системе медицинского обеспечения образовательного процесса есть проблемы. Это кадровый дефицит, большой процент совместительства среди школьных врачей, в связи, с чем педиатры школы не достаточно времени уделяют профилактической работе.

В своём исследовании мы оценивали так же степень медицинской грамотности педагогов, систему взаимодействия их с другими участниками образовательного процесса. Нами было выявлено, что педагоги не обладают достаточными теоретическими знаниями, практически умениями и должным методическим оснащением в отношении реализации здоровьесберегающей и функции формирования здорового образа жизни у школьников, а система взаимодействия является моно дисциплинарной. Поскольку современные требования – внедрение здоровьесберегающих технологий в каждую образовательную организацию, реализация этого требования возможна только в рамках междисциплинарного подхода.

Обозначенная выше ситуация, предопределила необходимость создания модели межведомственного и междисциплинарного взаимодействия по профилактике заболеваний и создания здоровьесберегающей среды в образовательной организации.

Частью системы межведомственного взаимодействия может стать обучение педагогов, повышение их квалификации в направлении повышения уровня валеологических и медицинских знаний, непосредственно в школе. При этом решаются следующие задачи: систематизация знаний в области физиологии детей и подростков; овладение методиками оценки состояния здоровья учащихся по определённым признакам и показателям; освоение анализа результатов скрининговых обследований; формирование умения обучить простым методикам обследования и оценке состояния собственного здоровья детей, формирование у них приверженность к здоровому образу жизни.



Рис. 2. Медико-педагогическая модель организации профилактики и раннего выявления отклонений развития и состояния здоровья школьников: функции субъектов профилактики

Таким образом, для более эффективной профилактики нарушений состояния здоровья в ОО необходимо некоторое расширение функций субъектов образовательного процесса. В частности у школьного врача появляется функция обучения педагогов, родителей и детей простым методикам оценки состояния здоровья, выявление признаков переутомления. По нашему мнению, эта функция составная часть просветительской работы врача и медицинской сестры, которая в настоящее время остаётся не в полной мере реализованной. Врач, при этом – участник образовательного процесса, в том смысле, что он транслирует через учителей определённые ценности детям: ценности здоровья и ответственного отношения к нему. А вовлечение педагогов в практическую деятельность по наблюдению за текущим состоянием учащихся, выявление признаков утомления приведёт к изменению сознания

субъектов профилактики, к появлению у педагогов мотивации для повышения уровня знаний по профилактике заболеваний и активизации деятельности в направлении формирования здорового образа жизни у детей (Рис. 2).

В рамках такого межведомственного взаимодействия учащийся только из объекта профилактики становится её субъектом и включается в активное наблюдение за состоянием собственного здоровья – учится оценивать его, понимать его ценность.

Заключение. В ходе работы нами была разработана и апробирована медико-педагогическая модель организации профилактики и раннего выявления нарушений развития и состояния здоровья школьников в рамках медицинского обеспечения образовательного процесса. Мероприятия в рамках медико-педагогической модели были направлены преимущественно на профилактику школьно обусловленной патоло-

гии, что позволило снизить распространённость этих состояний за 3 года с 87,9‰ до 52,8‰ (χ^2 Пирсона=4,51, $p=0,03$). Частота заболеваний костно-мышечной системы снизилась более чем в 1,5 раза с 24,6‰ в 2007 г до 10,8‰ в 2010 г, вегето-сосудистой дистонии: снижение за этот же период с 21,4‰ до 5,4 ‰;

при этом произошло снижение и общей заболеваемости с 125,1‰ до 86,7‰ учащихся. Таким образом, назрела необходимость реорганизации системы медицинского обеспечения учащихся в образовательных организациях, и делать это нужно на новой методической основе с использованием междисциплинарного подхода.

POSSIBILITIES OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL COOPERATION IN THE EDUCATIONAL PROCESS FOR EARLY DETECTION AND PREVENTION OF DEVIATIONS AND HEALTH OF SCHOOLCHILDREN

© 2014 G.Ju.Poretskova^o

Samara State Medical University

The article is devoted to development of new approaches to the prevention of developmental disorders and diseases of school children in order to improve the medical care of the educational process. The author presents data on the medico-social, medical, psychological and biomedical risk factors of school exclusion as a pathogenetic basis for the development of functional disorders and somatic diseases. A model of interaction within the medical support of the educational process between teachers, psychologists, doctors and parents helps to identify risk factors, early signs of irregularities in the students' state of health and to prevent them.

Key words: schoolchildren, health status, risk factors, prevention.

^o Galina Jurevna Poretskova, Candidate of medical sciences, Associate professor of the department of pediatric diseases.
E-mail: vra4_pediatr@mail.ru