

Оцінка здоров'я та фізичного стану дітей молодшого шкільного віку

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка (м. Суми)

Постановка проблеми. Зміцнення та збереження здоров'я підростаючого покоління є одним з актуальних державних завдань сьогодення. Відомо, що саме у дитинстві закладається фундамент здоров'я людини. Реформування освіти супроводжується інтенсифікацією навчального процесу, впровадженням нових технологій, значним потоком інформації, нерідко недотриманням гігієнічних норм і правил організації навчання, що у свою чергу загострює протиріччя між такою пріоритетною цінністю, як здоров'я підростаючого покоління, і відсутністю умов, необхідних для формування цієї цінності протягом періоду навчання у закладах освіти, у яких ослабла фізкультурно-спортивна база, зменшена кількість літніх баз відпочинку, існують недоліки в організації шкільного харчування і навчального процесу. Як зазначено у Національній доктрині розвитку фізичної культури і спорту (2004 р.), Законі України "Про фізичну культуру і спорт" (1994 р.), завданнями загальної середньої освіти є збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я учнів, фундамент якого закладається саме у дитинстві.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Численні наукові дослідження вказують на тенденцію до зниження рівня здоров'я дітей, підвищення чутливості організму дитини до негативних чинників довкілля, збільшення захворюваності за усіма класами хвороб, значною розповсюдженістю поліорганної патології і зниження фізичної працездатності [1–4]. Серед основних причин нездоров'я школярів провідне місце посідають соціально-економічні чинники, недоліки в організації навчального процесу, високе навчальне навантаження, порушення режиму життєдіяльності (гіподинамія, хронічне недосипання, незбалансоване, нераціональне харчування) та недостатня увага до організації фізичного виховання у школах [5; 6].

Ряд наукових досліджень висвітлюють проблеми вдосконалення фізичного стану і підвищення рівня здоров'я різних груп населення [7; 8]. Однак не повністю з'ясованими залишаються питання ефективного використання засобів фізичного виховання (ФВ) з оздоровчою і профілактичною метою в умовах загальноосвітнього навчального закладу (ЗНЗ). Програмно-нормативні документи національної системи ФВ спрямовані на формування навичок здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я дітей і підлітків. Проте часто залишаються тільки декларованими індивідуальний підхід до підвищення фізичної працездатності учнів, оздоровлення та реабілітація дітей з функціональними порушеннями і хронічними захворюваннями.

Таким чином, актуальність проблеми корекції відхилень фізичного стану учнів не викликає сумніву.

Мета дослідження – проаналізувати і вивчити морфофункціональні показники, фізичний розвиток, резистентність і реактивність організму, рівень здоров'я та фізичну підготовленість учнів молодшого шкільного віку для обґрунтування організаційних заходів оздоровчої роботи у навчальних закладах.

Організація та методи дослідження. Обстежено 325 учнів 2–5-х класів гімназії у віці від 7 до 11 років (46,15 % дівчат і 53,85 % хлопців).

За даними комплексного медичного огляду проведено аналіз патологічної ураженості учнів молодшого шкільного віку та їх розподіл за групами здоров'я: до першої групи здоров'я віднесено здорових дітей з нормальним фізичним розвитком, до другої – осіб, які мали функціональні та морфофункціональні відхилення, а також зниження опірності організму до застудних захворювань, третю групу здоров'я склали діти з хронічними захворюваннями у стадії компенсації. Методом опитування серед батьків та учнів визначено наявність скарг та їх характер під час перебування у школі. Гармонійність фізичного розвитку (ФР) оцінювали відповідно до загальноприйнятих рекомендацій [9], фізичний стан дітей – за рівнем і гармонійністю ФР, фізіометричними показниками (життєва ємність легень (ЖЄЛ), сила м'язів, артеріальний тиск (АТ), частота серцевих скорочень (ЧСС)). Педагогічним тестуванням визначено фізичну підготовленість дітей. Критерієм неспецифічної резистентності організму обрано кількість і тривалість гострих захворювань протягом року. Результати дослідження оброблено методом варіаційної статистики з використанням стандартних програм для ПК.

Виклад основного матеріалу дослідження. Отримані дані свідчили про низький рівень здоров'я учнів молодших класів: першу групу здоров'я мали 34,18 % дітей, другу – 38,51 %, третю – 27,81 % обстежених. У цілому вірогідних статевих відмінностей у розподілі за групами здоров'я не виявлено. У динаміці п'яти років встановлено тенденцію до зменшення кількості здорових дітей, які починають навчання у школі. Зокрема у 2001 році до школи прийнято 52,00 % здорових учнів, у 2002 р. – 43,90 %, у 2005 – 38,82 %, у 2006 – 34,18 % дітей. У структурі патологічної ураженості дітей молодшого шкільного віку переважають хвороби опорно-рухового апарату (ОРА) (23,87 %), системи травлення (22,52 %), очей (7,88 %), ендокринної системи (14,41%). Встановлено, що захворювання ОРА у школярів мають широку розповсюдженість (281,17‰), причому у хлопчиків у 1,22 раза більше, ніж серед дівчат. Найчастіше зустрічається порушення постави у фронтальній площині, формування фізіологічних вигинів хребта, деформація грудної клітки, плоскостопість. Як відомо, деформація хребта впливає на рухову функцію, ФР, зниження працездатності, зміни функції внутрішніх органів.

За результатами оцінки ФР виявлено, що серед обстеженого контингенту 71,43 % дітей мають нормальний ФР, дисгармонійний ФР із недостатньою вагою – 13,36 % дітей і 15,21 % обстежених – із надмірною вагою. Статеві відмінності полягають у тому, що питома вага групи гармонійного ФР більше серед хлопчиків, ніж серед дівчат ($p < 0,05$), (табл. 1).

При порівнянні ФР дівчат відмічається перевага частки осіб з надлишковою вагою над групою школярок із недостатньою вагою ($p > 0,05$). Серед хлопчиків дисгармонійного ФР переважають особи з недостатньою вагою ($p > 0,05$). Кількість дітей з нормальним фізичним розвитком з віком зменшується і становить 80,77 % серед дітей семи років, 80,28 % – восьми років, 75,97 % – дев'яти років, 73,0 % – десяти, 71,43 % – одинадцяти років.

Таблиця 1

Розподіл дітей молодшого шкільного віку за гармонійністю фізичного розвитку

Рівень фізичного розвитку	Хлопчики $n = 175$	Дівчатка $n = 150$	У цілому $n = 325$
Нормальний	79,43 ± 2,24*	65,33 ± 2,63	72,92 ± 2,46
Дисгармонійний з недостатньою вагою	11,43 ± 1,86	14,67 ± 1,96	12,92 ± 1,86
Дисгармонійний з надлишковою вагою	9,14 ± 1,59	20,0 ± 2,22	14,15 ± 1,93

* $p < 0,05$ – вірогідна відмінність у групах дівчаток і хлопчиків.

Характерним у віковій динаміці є: зменшення кількості дітей з дефіцитом маси (з 24,32 % серед 8-річних школярів до 12,50 % серед 11-річних) і збільшення – з надлишком ваги (з 16,22 % серед 8-річних школярів до 28,57 % серед 11-річних). У цілому негативна динаміка гармонійності ФР збігається зі зростанням патологічної ураженості учнів молодшого шкільного віку. Зокрема серед школярів 7 років цей показник становив 1223,53‰, а серед дітей 11 років – 1439,02‰. Ймовірно, це можна пояснити підготовкою організму до пубертатного стрибка, а також зниженням рівня здоров'я у старших вікових групах. Встановлена закономірність дає змогу використовувати показник гармонійності ФР у системі моніторингу здоров'я дитячого населення, як прогностичну оцінку донозологічних порушень. Зокрема серед школярів третьої групи здоров'я виявлено 66,67 % дітей з гармонійним ФР, що на 7,96 % менше, ніж серед здорових учнів ($p < 0,05$). Аналіз гострої захворюваності показав, що частіше хворіли діти третьої групи (49,17 ± 2,77 %), ніж учні другої та першої груп (відповідно 35,83 ± 2,43 % і 25,0 ± 2,40 %, ($p < 0,05$)), що характеризує нижчий рівень неспецифічної резистентності у школярів із хронічною патологією. З цього приводу учні були відсутні 1 раз у 45,83 % випадків, 2 рази – 32,5 %, тричі хворіли 13,33 % обстежених дітей. У цілому показник тривалості гострої захворюваності становив 2,52 дня. Низький рівень неспецифічної резистентності встановлено у школярів 7 і 8 років (30,23 % і 32,56 % відповідно), що є свідченням адаптації організму дітей до умов навчання і нового режиму життєдіяльності. При цьому частка дітей, які хворіли на гострі респіраторні захворювання зменшуються до 17,83–16,28 % у 9–11-річному віці.

Зважаючи на те, що хвороби ОРА мали найбільшу питому вагу серед патологічної ураженості, проаналізовано ряд морфофункціональних показників. Як видно з табл. 2, діти з порушенням постави мають меншу довжину тіла і вагу ($p > 0,05$). Вірогідно меншим є окіл грудної клітки і показник м'язової сили ($p < 0,05$). Величини систолічного і діастолічного артеріального тиску та частоти серцевих

скорочень свідчать про зниження функціонального стану серцево-судинної системи у школярів з порушенням постави. Виявлені особливості створюють передумови до зниження показників фізичної підготовленості, а з віком можуть трансформуватися із функціональних порушень у серйозні захворювання.

Таблиця 2

Морфофункціональні показники школярів з різним типом постави

Показник	Групи обстежених	
	здорові, n=199	з порушенням постави, n=126
Довжина тіла, см	129,02 ± 0,81	127,56 ± 0,90
Вага, кг	26,79 ± 0,56	25,75 ± 0,54
Окіл грудної клітки, см	63,15 ± 0,43 *	61,35 ± 0,45
Сила правої кисті, кг	12,49 ± 0,37 *	11,01 ± 0,34
Сила лівої кисті, кг	11,77 ± 0,35 *	10,75 ± 0,32
САТ, мм рт. ст.	102,32 ± 1,54	103,67 ± 1,59
ДАТ, мм рт. ст.	63,29 ± 1,16 *	66,39 ± 1,03
ЧСС, уд./хв	93,82 ± 1,27	95,66 ± 1,61

* $p < 0,05$ – вірогідна відмінність показників у групах дітей.

Використання комплексу педагогічних тестів для визначення рівня фізичної підготовленості дало змогу оцінити розвиток сили, витривалості, спритності, аеробну і анаеробну витривалість. Майже за усіма показниками діти відстають від вікових нормативів, лише у групах дітей 10–11 років показники досягають задовільного рівня.

За даними анкетування учнів були отримані дані про суб'єктивну оцінку змін стану здоров'я. На запитання "Чи бувають у Вас скарги на здоров'я" у цілому серед усіх анкетованих 5,7 % відзначили відсутність скарг. Серед них хлопчиків було значно більше (9,6 %), ніж дівчаток (2,4 %). Переважну більшість цієї групи склали здорові діти, тільки 2,7 % дітей з функціональними порушеннями. У цілому за наявності скарг на здоров'я переважну більшість склали скарги на загальну втому (31,0 %) та головний біль (32,0 %). На розлади системи травлення скаржаться 8,4 % дітей.

За причинами появи скарг на першому місці стоїть фізичне навантаження (48,0 %), на другому – тривале виконання домашнього завдання (29,0 %), і у 22,0 % появу скарг провокують заняття у школі.

Висновки. Таким чином, фізичний стан дітей молодшого шкільного віку у переважній більшості є зниженим, що створює несприятливий фізіологічний фон для успішного навчання, формування соціально дієздатного молодого покоління.

Зміст фізичної культури повинен наповнюватися новими формами фізичного виховання оздоровчого спрямування з використанням дихальної, коригуючої гімнастики, засобів ЛФК, сучасних оздоровчих систем, спеціальних комплексів, фізичних вправ, котрі надають змогу цілеспрямовано впливати на стан фізичного здоров'я і рівень фізичної підготовленості школярів. Крім того, потребує удосконалення лікарсько-педагогічний контроль за організацією фізичного виховання. Вважаємо необхідним впровадження у практику комп'ютерної системи експрес-оцінки фізичного здоров'я і моніторингу за рівнем фізичної працездатності учнів з метою підвищення ефективності фізкультурно-оздоровчих програм.

Література

1. Даниленко Г. М. Медичні проблеми формування, збереження і зміцнення здоров'я школярів // Лікарська справа.– 2001.– № 1.– С. 128–131.
2. Дубогай А. Д. Психолого-педагогические основы формирования здорового образа жизни школьников младших классов: Дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.01 / КГПИ им. А. М. Горького.– К., 1991.– 374 с.
3. Калиниченко І. О., Єжова О. О. Формування здоров'я школярів в умовах навчально-виховного закладу // Довкілля та здоров'я.– 2003.– № 3 (26).– С. 60–64.
4. Кучма В. Р., Четрасов В. В. Оценка физического развития как скрининг-тест выявления детей с донозологическими нарушениями // Гигиена и санитария.– 2004.– № 4.– С. 39–42.
5. Мозжухина Л. И., Черная Н. Л., Шубина Е. В., Иванова И. В. и др. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2003.– № 4.– С. 3–7.
6. Нагорна А. М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України // Журн. АМН України.– 2003.– Т. 9, № 2.– С. 325–345.

7. Полька Н. С., Сисоєнко Н. В., Єременко Г. М., Вдовенко А. К., Сапуга І. Є. Актуальні наукові проблеми забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя дітей і підлітків в сучасних умовах України // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України: Матеріали наук.-практ. конф. 24–25 квіт.– К., 2003.– Вип. 5.– С. 125–126.
8. Сухарев А. Г. Научные основы концепции укрепления здоровья детей и подростков // Гигиена и санитария.– 2000.– № 3.– С. 43–44.
9. Фізичний розвиток дітей різних регіонів України / За ред. А. М. Сердюка.– К.: КІМО “Деркул”, 2003.– Вип. 2: Міські дошкільники.– С. 216–230.

Анотації

Проведено аналіз фізичного стану дітей молодшого шкільного віку. Встановлено негативну тенденцію змін стану здоров'я, фізичного розвитку, неспецифічної резистентності школярів. Запропоновано впровадження оздоровчих заходів у навчальний процес з метою зміцнення здоров'я дітей.

Ключові слова: діти, здоров'я, фізичний розвиток, фізична підготовленість.

Проведен анализ физического состояния детей младшего школьного возраста. Установлено отрицательную тенденцию изменений состояния здоровья, физического развития, неспецифической резистентности школьников. Предложено введение оздоровительных мероприятий в учебный процесс с целью укрепления здоровья детей.

Ключевые слова: дети, здоровье, физическое развитие, физическая подготовленность.

During work the analysis of a physical condition of children of younger school age is lead. It is established the negative tendency of changes of a state of health, physical development, nonspecific resistency of schoolboys. Introduction of improving actions in educational process is offered with the purpose of strengthening health of children.

Key words: children, health, physical development, physical readiness.