

УДК: 616-053.5:613.95:616-092.19
DOI: 10.24061/2413-4260.VIII.4.30.2018.7

Г.В. Бекетова, К.Б. Савінова

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика
(м. Київ, Україна)

ПРОФІЛАКТИКА ШКІЛЬНОЇ
ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ
У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Резюме: Знаходження шляхів подолання шкільної дезадаптації є важливою і актуальною проблемою для охорони здоров'я дітей. У зв'язку з цим активно розробляються здоров'язберігаючі технології, впровадження яких дозволяє зберегти той рівень здоров'я, з яким дитина прийшла до школи. Мета. Оцінити вплив здоров'язберігаючої технології «Навчання у русі» як метод профілактики шкільної дезадаптації у дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали і методи дослідження. Проведено поглиблене клініко-інструментальне обстеження 153 дітей молодшого шкільного віку перед початком навчання в початковій школі (2013 р.), через 1 і 2 роки навчання (2014, 2015 рр.) та після закінчення початкової школи (2017 р.) в гімназії №287 м. Києва, де впроваджена авторська здоров'язберігаюча технологія «Навчання у русі» професора О.Д. Дубогай (основна група (n=65), та в ЗОШ №3 м. Боярка Київської області, де таку технологію не застосовували (група контролю (n=88)). Після закінчення початкової школи задовільну адаптацію в основній групі згідно показника індексу Басвського мали 97,2% школярів, тоді як в групі порівняння – лише 33,3%. Для визначення індивідуальних психологічних особливостей школярів та наявності шкільної дезадаптації використовували спеціально-орієнтовані методики: анкета для оцінки рівня шкільної мотивації. (Н.Г.Лусканової), тест шкільної тривожності Філіпса, проєктивний тест тривожності Р. Теммла, М. Доркі, В. Амена, анкетування батьків. При виконанні тесту Лусканової на початку навчання обох груп превалювали діти з середнім рівнем мотивації до навчання в школі – 83,1% в основній групі та 76,1% в групі порівняння. По закінченні 4 року навчання після здоров'язберігаючої технології «Навчання у русі» в основній групі учнів з низькою мотивацією до навчання та проявами шкільної дезадаптації не було, а відмічено зростання частки дітей з високою мотивацією з 12,3% до 27%. В той же час в групі порівняння виросла питома вага дітей з низькою мотивацією з 6,9% до 15%. За роки спостереження за даними проєктивного тесту Р.Теммла, М. Доркі та В. Амен спостерігалось достовірне зниження дітей з високим рівнем тривожності в основній групі з 46,1% до 9,2%, а в групі порівняння кількість дітей з високим рівнем тривожності виросло до 55,7%. Через 4 роки застосування ЗЗТ в основній групі спостерігалась позитивна динаміка щодо зниження кількості дітей з високим рівнем тривожності, особливо в позиціях страху невідповідності очікуванням оточення (з 40% до 4,6%), низькою фізіологічною опірністю до стресових ситуацій (з 26,1% до 4,6%), страхом ситуації перевірки знань (з 24,1% до 6,1%). У групі порівняння питома вага дітей з високим рівнем тривожності навпаки виросла, що негативно впливає як на загальний стан здоров'я учнів так на шкільну успішність.

Висновок. Застосування здоров'язберігаючої технології забезпечує можливість успішного вирішення проблеми профілактики шкільної дезадаптації в напрямку попередження виникнення тривожності або її зниження до оптимальних показників.

Ключові слова: здоров'язберігаючі технології; шкільна дезадаптація.

Збереження здоров'я дітей залишається одним з пріоритетних завдань держави. На сьогодні спостерігається чітка тенденція його погіршення на фоні інтенсифікації учбового процесу, нерационального харчування, недостатньої фізичної активності. Домінуючим фактором, після сім'ї, що впливає на стан здоров'я дітей є навчальний заклад. Для дітей 6-7 річного віку вступ до школи є зміною звичного навколишнього середовища (колективу, розпорядку дня, обмеження рухової активності), а нові вимоги потребують від дітей певних зусиль. Нажаль, частина дітей не може повноцінно пристосуватися до нового середовища, що проявляється гіперактивністю, плаксивістю, хворобливістю, порушенням особистісного розвитку, розвитком шкільної дезадаптації (ШД).

ШД – це порушення пристосування дитини до умов навчання в школі. Адаптація (лат. adapto, пристосовувати) – динамічний процес, завдяки якому організм підтримує гомеостаз в умовах, які постійно змінюються [4]. Розрізняють три складових адаптації: біологічну, психологічну та соціальну. На сучасному етапі зусилля не лише педагогів, а й медиків повинні бути спрямовані на

вивчення процесів адаптації до шкільного навчання, з'ясування основних причин дезадаптації та розробку ефективних шляхів її корекції [5] для профілактики формування хронічних захворювань у школярів [1,2,6]. Погіршення стану здоров'я учнів за перші роки навчання в школі, зростання захворюваності свідчить про наявність так званого шкільного фактору [5].

ШД є складним процесом, який має медичні та соціально-біологічні складові. Виокремлюють три основних фактори формування ШД [6]:

- медичний (наявність резидуально-органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС), мінімальної мозкової дисфункції (МЦД), затримка психо-мовного розвитку);
- психологічний (аномальні відхилення сімейного виховання, неадекватна поведінка вчителя та т.і.)
- соціальні (жорсткі вимоги до поведінки дитини в школі, перевантаженість шкільної програми, часта зміна школи, занадто високі вимоги до учня та т.і.)

Тому знаходження шляхів подолання ШД є важливою й актуальною проблемою для охорони здоров'я дітей. У зв'язку з цим активно роз-

робляються здоров'язберігаючі технології (ЗЗТ), впровадження яких дозволяє зберегти той рівень здоров'я, з яким дитина прийшла до школи. Впровадження ЗЗТ у навчальний процес створює сприятливі умови та оптимальну організацію навчання дитини у школі, що включає відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання і виховання відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм, повноцінний руховий режим, раціональне харчування, що забезпечують безпеку життєдіяльності дитини.

Мета дослідження

Оцінити вплив ЗЗТ «Навчання в русі» на процес адаптації учнів 1-4 класів до шкільного середовища.

Матеріали і методи дослідження

Проведене медико-інструментальне обстеження 153 дітей молодшого шкільного віку перед початком їх навчання в початковій школі (2013 р.), через 1 та 2 роки (2014, 2015 рр.) і після закінчення початкової школи (2017 р.).

У початкових класах гімназії №287 м. Києва, де впроваджена ЗЗТ «Навчання у русі» професора О.Д. Дубогай, обстежено 65 школярів, які склали І (основну групу). До групи контролю увійшли 88 учнів початкової ЗОШ №3 м. Боярка Київської області, де ЗЗТ не застосовувались. Обстеження складалось з оцінок адаптаційного потенціалу учнів за індексом Баєвського та проведення функціональних проб з адаптованим фізичним навантаженням. Для визначення індивідуальних психологічних особливостей школярів та наявності шкільної дезадаптації використовували спеціально-орієнтовані методики: анкета для оцінки рівня шкільної мотивації. (Н.Г.Лусканової), тест шкільної тривожності Філіпса, проєктивний тест тривожності Р. Теммла, М. Доркі, В. Амен./

Оцінка розподілу дітей по рівню адаптації за допомогою методики Р.М. Баєвського в обох групах спостереження виявила наступні закономірності. Так, через рік навчання, виявлене зростання відсотку дітей з напруженням механізмів адаптації в обох групах. Однак, в основній групі цей показник був достовірно меншим (на 35,3 %), ніж в групі порівняння (на 61,3 %) ($p < 0,05$). В наступні роки виявлена достовірна різниця між показниками основної групи та групи порівняння. Так, після закінчення початкової школи задовільну адаптацію в основній групі згідно показника індексу Баєвського мали 97,2 % школярів, тоді як в групі порівняння – лише 33,3 % ($p < 0,001$).

При виконанні функціональних проб з навантаженням виявлено, що відсоток дітей з високим та вище середнього рівнем функціонального резерву серця перед початком навчання в основній групі складав лише 27,7 %, тоді як в групі порівняння – більше половини (56,8 %). Після закінчення початкової школи це співвідношення діаметрально змінилося: питома вага дітей з високим та добрим функціональним резервом в основній групі склала 77,6 %, а в групі порівняння лише 8,4 % ($p < 0,05$).

Дослідження процесу шкільної адаптації учнів

молодших класів до школи за допомогою анкетування за методикою Н. Г. Лусканової «Рівень шкільної мотивації й адаптації» дозволяє визначити рівень шкільної адаптації/деадаптації та мотивації до навчання. Проведена оцінка шкільної мотивації за 10 питаннями, які характеризують відношення дітей до школи, до навчального процесу, емоційного реагування на шкільну ситуацію. При високій мотивації діти зацікавлені виконувати всі шкільні вимоги, показують себе з найкращої сторони, проявляють активність. При низькій мотивації спостерігається зниження шкільної успішності. Відповіді на запитання оцінювались від 0 до 3 балів (від'ємна відповідь – 0 балів, нейтральна – 1, позитивна – 3) з виділенням 3 рівнів адаптації дітей до школи:

- високий рівень – учень позитивно відноситься до школи, навчання дається легко, вчиться без напруження і з задоволенням. Уважний на уроках, виконує усі завдання вчителя без зовнішнього контролю, готовий до самостійної роботи, має статусне положення в класі;

- середній рівень – дитина позитивно відноситься до школи, засвоює шкільний матеріал, самостійно вирішує типові завдання, але вимагає контролю;

- низький рівень – школяр відноситься до школи негативно або байдуже, скаржиться на погане самопочуття, хворобливий, часто пропускає заняття. Учебний матеріал засвоює частково, не готовий до самостійної роботи, вимагає постійного контролю, майже не має друзів у школі.

За даними дослідження в обох групах превалювали діти з середнім рівнем мотивації до навчання в школі (83,1% в основній групі та 76,1% в групі порівняння) ($p > 0,05$). Високий рівень шкільної мотивації та адаптації був у 12,5% учнів в основній групі та 17% в групі порівняння), низька адаптація виявлена у 4,6% школярів основної та 6,9% групи порівняння (рис.1).

Друге дослідження проводили по закінченню 4 року навчання. В основній групі були відсутні діти з низькою мотивацією до навчання та проявами ШД на фоні зростання відсотку дітей з високою мотивацією (з 12,3 % до 27%). В той же час в групі порівняння виросла питома вага дітей з низькою мотивацією (з 6,9% до 15%) (рис. 2).

Відомо, що ШД негативно впливає на успішність, поведінку, емоційну сферу школяра і виражається, перш за все, через тривогу. Саме стан тривоги є індикатором незадоволеної потреби. Незначний рівень тривожності притаманний багатьом людям і, зазвичай, сприяє соціальній адаптації. В той же час, при високому рівні тривожності страждає соціальний розвиток особистості, виникають комунікативні труднощі при спілкуванні з однолітками та вчителями. За даними тест Філіпса ми діагностували не лише загальну тривожність дитини в стінах школи, а й такі фактори, як: переживання соціального стресу; фрустрація потреби у досягненні успіху; страх самовираження; страх ситуації перевірки знань; страх не відповідати очікуванням оточуючих; низький фізіологічний опір стресу; проблеми і страхи у відносинах з вчителями. На початку навчання більшість дітей в обох групах спостереження мали середній рівень

загальної тривожності (52,0 % в основній та 38,6% в групі порівняння), тобто вони не сприймали навчальний процес як травмуючий. Високий рівень загальної тривожності та прояви ШД в основній групі спостерігався у 4,6% учнів, а в групі порівняння лише у 1 школяра. Для цих дітей емоційний

стан, пов'язаний з початком навчання в школі, був негативним. 50% першокласників в основній та третина в групі порівняння не переживали соціального стресу, у них були гармонійні стосунки з однолітками та оточуючим середовищем.

В процесі навчання у першому класі найбіль-

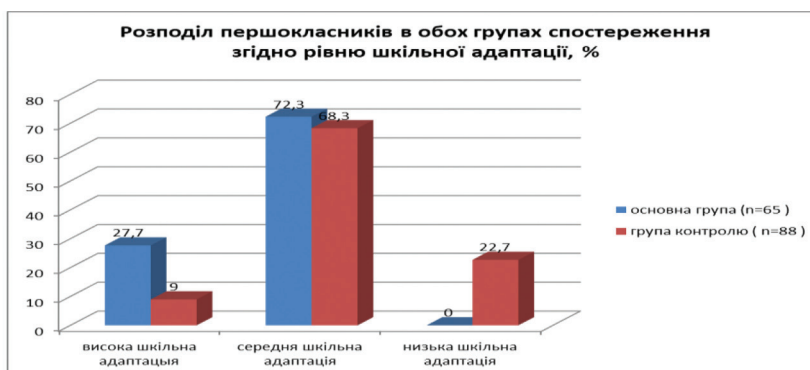


Рис 1. Розподіл першокласників згідно рівню шкільної адаптації та мотивації в обох групах спостереження, % (n=153)

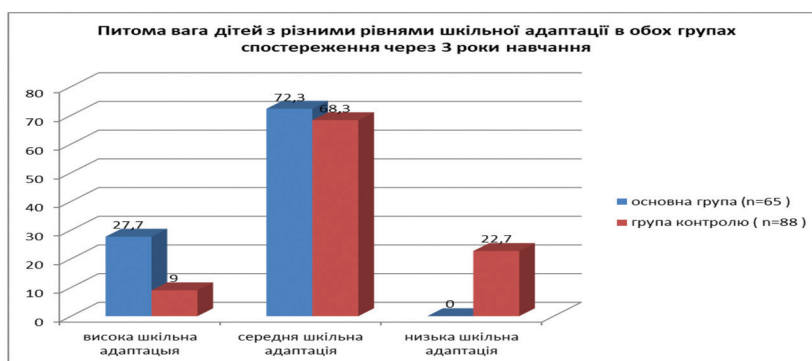


Рис 2. Розподіл учнів 4-ого класу згідно рівню шкільної адаптації та мотивації в обох групах спостереження, % (n=153).

ша кількість дітей з високим рівнем тривожності та ризиком розвитку ШД була в позиціях страху перевірки знань (24,6% в основній групі, 12,5 % в групі порівняння), страху невідповідності очі-

куванням оточення (40,0% і 22,7% відповідно), низької фізіологічної опірності стресовим ситуаціям (26,1% і 12,5%) (рис. 3).

Через 4 роки застосування ЗТТ в основній групі

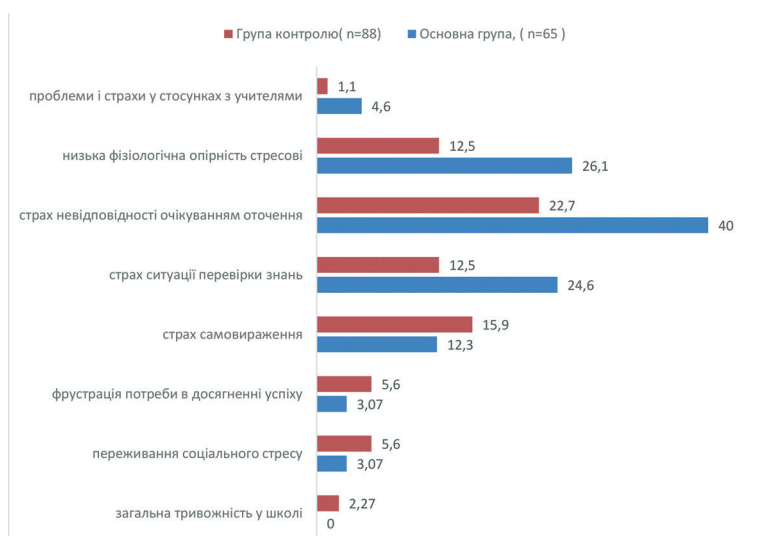


Рис. 3. Питома вага дітей з високим рівнем тривожності серед учнів 1-х класів обох групах спостереження (n=153).

спостерігалась позитивна динаміка щодо зниження кількості дітей з високим рівнем тривожності та ризиком розвитку ШД, особливо в позиціях страху невідповідності очікуванням оточення (з 40% до 4,6%), низька фізіологічна опірність стресовим ситуаціям (з 26,1% до 4,6%), страху ситуації пе-

ревірки знань (з 24,1% до 6,1%) ($p < 0,05$). Тоді як в групі порівняння питома вага дітей з високим рівнем тривожності та проявами ШД навпаки виросла, що негативно впливає як на загальний стан здоров'я учнів так на шкільну успішність (рис. 4).

При виконанні проективного тесту Р.Темлл, М.

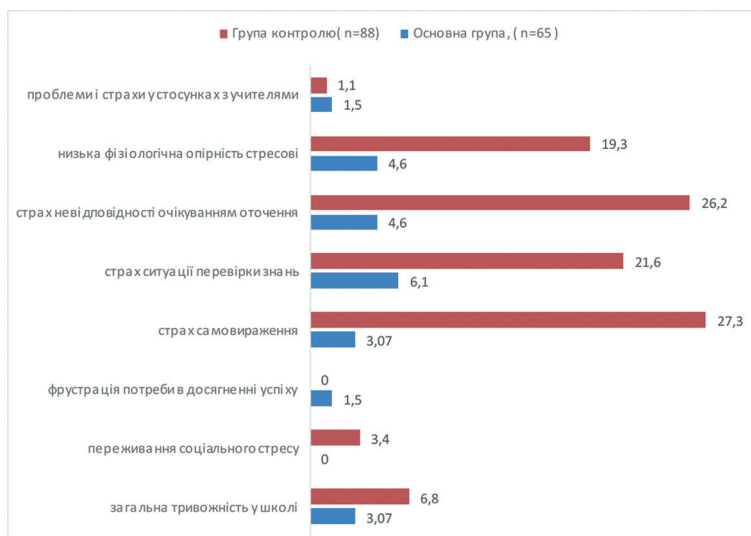
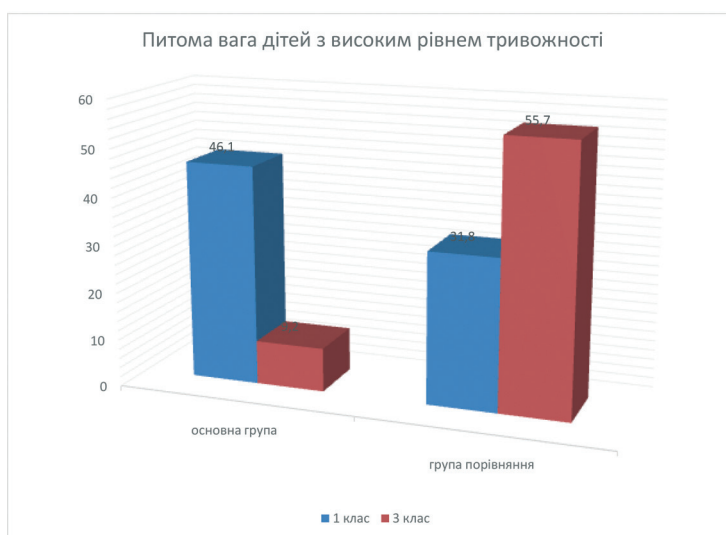


Рис. 4. Питома вага дітей з високим рівнем тривожності серед учнів 4-х класів обох груп спостереження (n=153)

Доркі та В. Амен ми досліджували характерну тривожність в типових для дитини життєвих ситуаціях та відносинах з іншими людьми. Значимість ситуації для кожної дитини обумовлена власним життєвим досвідом і в різних ситуаціях одна і та ж дитина може проявляти різні рівні тривожності. Підвищений рівень тривожності демонструє недостатню пристосованість дитини до різних емоційних ситуацій. Тест

дає відносну характеристику взаємовідношень учня з однолітками, дорослими, оточуючим середовищем. За роки спостереження спостерігалось достовірне зниження частки дітей з високим рівнем тривожності та ризиком розвитку ШД в основній групі (з 46,1% до 9,2%) ($p < 0,05$), тоді як в групі порівняння кількість дітей з високим рівнем тривожності та ризиком розвитку ШД виросла до 55,7%.



Висновки

Таким чином, серед основних причин шкільної тривожності та шкільної дезадаптації є завищені вимоги до дитини, схоластична система освіти, помилки батьківського виховання. Шкільна тривожність та дезадаптація є розповсюдженим явищем серед школярів

молодших класів. Вирішення цієї проблеми потребує зусиль як вчителів, шкільних психологів, медичних працівників, так і батьків. Застосування ЗЗТ "Навчання у русі" забезпечує можливість попередження виникнення тривожності або її зниження до оптимальних показників та профілактики шкільної дезадаптації.

Література

1. Дзюбка ЛВ. Психологічні проблеми переходу учнів з молодшої до основної школи. Проблеми сучасної психології. 2010;10:911-22.
2. Квашніна ЛВ. Поняття адаптації і адаптованість як інтегративний показник здоров'я (огляд літератури). Перинатологія і педіатрія. 2000;1:14-7.
3. Максименко СД, редактор. Проблеми освіти: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Т.ХV, ч.4. Київ: «ГНОЗІС»; 2013. Максим ОВ. Психологічні механізми адаптації дітей з порушеннями розвитку саморегуляції до соціокультурного середовища; с. 34-40.
4. Мартинюк ВЮ, Зінченко СМ. Мінімальна мозкова дисфункція. Київ: Інтермед; 2011. 168 с.
5. Няньковський СЛ, Яцула МС. Знижений апетит як маркер шкільної дезадаптація: шляхи діагностики і лікування. Современная педиатрия. 2009;1:93-9.
6. Сорокина ВВ. Психологическое неблагополучие детей в начальной школе. Диагностика и пути преодоления. 2-е изд. Москва: Генезис; 2007. 191с.

**ПРОФИЛАКТИКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
С ПОМОЩЬЮ ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩИХ
ТЕХНОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Г.В. Бекетова, К.Б. Савинова

**Национальная медицинская академия
последипломного образования
имени П.Л. Шупика
(г. Киев, Украина)**

Резюме. Обнаружение путей преодоления школьной дезадаптации является важной и актуальной проблемой для здравоохранения детей. В связи с этим активно разрабатываются здоровьесохраняющие технологии, внедрение которых позволит сохранить тот уровень здоровья, с которым ребенок пришел в школу.

Цель. Оценить влияние здоровьесохраняющей технологии «Обучение в движении» как метода профилактики школьной дезадаптации у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Проведено углубленное клинично-инструментальное обследование 153 детей младшего школьного возраста перед началом обучения в начальной школе (2013 г.), через 1 и 2 года обучения (2014, 2015) и после окончания начальной школы (2017) в гимназии №287 г. Киева, где внедрена авторская здоровьесохраняющая технология "Обучение в движении" профессора А.Д. Дубогай (основная группа (n = 65) и в СШ №3 г. Боярка Киевской области, где такую технологию не применяли (группа контроля (n = 88)). После окончания начальной школы удовлетворительную адаптацию в основной группе по показателю индекса Баевского имели 97,2% школьников, тогда как в группе сравнения - только 33,3%. Для определения индивидуальных психологических особенностей школьников и наличия школьной дезадаптации использовали специально ориентированные методики: анкета для оценки уровня школьной мотивации (Н.Г.Лускановой), тест школьной тревожности Филипса, реактивный тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амена, анкетирование родителей. При выполнении теста Лускановой в начале обучения обеих группах преобладали дети со средним уровнем мотивации

**PREVENTION OF SCHOOL DISADAPTATION
WITH THE HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES
IN CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE**

G.V. Beketova, K. B. Savinova

**National Medical Academy
of Postgraduate Education named after
P.L.Shupik
(Kiev, Ukraine)**

Summary. Finding ways to break school desorientation is a very important and relevant problem for protecting children's health. Due to this reason health saving technologies have been implemented. They help to preserve that level of health which child had before entering the school.

Goal. Evaluate influence of healthsaying technologies "Education in Rus" as preventive measures against school desadaptation for young school age children.

Materials and research methods. Deep clinic instrumental inspection on 153 children of early school age has been conducted before they have started elementary school in 2013, then in 1 and 2 years (2014, 2015) and then after they have finished the school. It has been done in Kiev gymnasium №287 where health saving technology "Education in movement" of professor Dubogai has been implemented (main group (n=65)) and and school №3 which is based in city Boyarka (Kiev Region) where there have been no health saving technologies.

After finishing elementary school satisfactorily level in main group based on Bayevsky index had 97,2% of pupils while in comparison group only 33,3%. To determine unique individual psychologic pupils qualities and availability school deadaptation special methods has been used: form to evaluate motivation level (N.G. Luskanovska), Philips anxiety test, projective anxiety test of R. Temml, M. Dorki, V. Amen, parents survey.

During Luskanovska test in the beginning of the study in both groups there was a majority of pupils with medium motivation level, 83,1% in main group and 76,1 % в in comparison group. After finishing 4th year of study after implementing health saving technology "Education in movement", in main group there were no pupils with low motivation level and

к обучению в школе - 83,1% в основной группе и 76,1% в группе сравнения. по окончании 4 года обучения после здоровьесохраняющей технологии «обучение в движении» в основной группе учащихся с низкой мотивацией к обучению и проявлениями школьной дезадаптации не было, а отмечен рост доли детей с высокой мотивацией - с 12,3% до 27%. В то же время в группе сравнения вырос удельный вес детей с низкой мотивацией - с 6,9% до 15%. За годы наблюдения по данным проективного теста Р.Теммл, М. Дорки и В. Амен наблюдалось достоверное снижение детей с высоким уровнем тревожности в основной группе с 46,1% до 9,2%, а в группе сравнения количество детей с высоким уровнем тревожности выросло до 55,7%. Через 4 года применения ОСТ в основной группе наблюдалась положительная динамика по снижению количества детей с высоким уровнем тревожности, особенно в позициях страха несоответствия ожиданиям окружающих (с 40% до 4,6%), низкой физиологической сопротивляемостью к стрессовым ситуациям (с 26,1% до 4,6%), страхом ситуации проверки знаний (с 24,1% до 6,1%). В группе сравнения удельный вес детей с высоким уровнем тревожности наоборот вырос, что негативно влияет как на общее состояние здоровья учеников, так на школьную успеваемость.

Вывод. Применение здоровьесохраняющей технологии обеспечивает возможность успешного решения проблемы профилактики школьной дезадаптации в аспекте предупреждения возникновения тревожности или ее снижение до оптимальных показателей.

Ключевые слова: здоровьесохраняющие технологии; школьная дезадаптация.

© Г.В. Бекетова, К.Б. Савінова, 2018

signs of desadaptation but has increased the portion of children with high motivation level from 12,3% to 27%. At the same time in comparison group has been increased amount of pupils with low motivation from 6,9% to 15%. During years of observation based on projective anxiety test of R. Temml, M. Dorki, V. Amen it has been seen trustworthy lowering quantity of pupils with high anxiety level in main group from 46,1% to 9,2%, but in comparison group it has increased to 55,7%. In 4 years after implementing Health saving technologies there has been positive dynamics on decreasing the amount of children with high level of anxiety, especially in situations of uncertainty about meeting other people's expectations (from 40% to 4,6%), low physical clumsiness to stress situations (from 26,1% to 4,6%), fear of situation where their knowledge would be tested (from 24,1% to 6,1%). In comparison group majority of children with high anxiety level has increased which had negative impact on health of pupils and their success at school.

Conclusion: Implementation of health saving technologies provides the ability to successfully solve problems of preventive measures to prevent school desadaptation and anxiety in direction of preventing anxiety or decreasing it's level to optimal indexes.

Keywords: Health Saving Technologies; School Desadaptation.

© G.V. Beketova, K. B. Savinova, 2018

Надійшло до редакції 14.08.2018
Підписано до друку 16.11.2018