

IMPROVEMENT OF MEDICO-PREVENTIVE PROVISION OF THE CHILDREN IN SECONDARY SCHOOLS IS A NEED OF TIME

Polka N.S., Gozak S.V., Stankevich T.V.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ – ВИМОГА ЧАСУ*



**ПОЛЬКА Н.С.,
ГОЗАК С.В.,
СТАНКЕВИЧ Т.В.**
ДУ "Інститут гігієни
та медичної екології
ім. О.М. Марзєєва
АМН України",
м. Київ

УДК 613.955:371.7

* — доповідь
на колегії МОЗ
02.12.2008.

Протягом останніх двох десятиріч в Україні існує негативна тенденція до зменшення здорової частки дитячого населення. За даними аналізу порічної статистичної звітності МОЗ (за період з 1998 по 2007 роки), темп приросту первинної захворюваності дітей від 0 до 14 років за останні 10 років становить 26,8%. Найбільшими темпами рівень захворюваності зріс за такими класами хвороб, як хвороби ендокринної системи (+73,9%) (у тому числі ожиріння (+50,0%), новоутворення (+46,3%), хвороби органів дихання (+34,9%), хвороби сечостатевої системи (+33,3%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (+31,8%), хвороби нервової системи (+31,5%).

Вже до першого класу часом приходять 30% дітей, які мають хронічні захворювання, у 5-му класі цей показник підвищується до 50%, а до 9-го класу зростає до 64%. Відхилення з боку опорно-рухового апарату мають до 77% школярів, носоглотки — 25%, нервової системи — 30%, органів травлення — 30%, алергійні прояви — 25%. У процесі навчання у сучасній школі відбувається суттєве збільшення кількості порушень у стані здоров'я дітей. Так, за період від 1-го до 9-го

класу частота зниження гостроти зору і порушень постави зростає в 1,5 рази, поширеність хвороб органів травлення — в 1,4 рази, ендокринної системи — у 2,6 рази. Результати наших наукових досліджень свідчать про те, що у тих навчальних закладах, де зі збільшенням навчального навантаження не впроваджуються оздоровчо-профілактичні заходи, у кожного 5-го учня за період навчання від 5-го до 9-го класу формується нова хронічна патологія. У групі дітей з хронічною патологією знижений адаптаційний потенціал мають 40,6% школярів, знижений індекс Робінсона (який характеризує систолічну роботу серця) — 54%, дисгармонійний фізичний розвиток — 41,9%.

У фізичному розвитку школярів спостерігаються несприятливі тенденції до астенизації, зниження окружності грудної клітки, зменшення життєвої ємності легенів, м'язової сили.

Відомо, що формування здоров'я майже на 50% залежить від способу та умов життя, у тому числі на 21-27% — від умов та організації навчального процесу у загальноосвітніх навчальних закладах [1]. Нашими дослідженнями встановлено, що перевищення навчального навантаження на фоні обмеження рухової діяльності учнів достовірно корелює зі зростанням у дітей від 5-го до 9-го класу кількості морфофункціональних відхилень, рівня загальної захворюваності, поширеності хвороб органів дихання, ока, кістково-м'язової системи, тривалості перебігу захворювання, появою нової хронічної патології.

На сьогодні для школярів існують 534 базових, 239 експериментальних, а також близько 3000 альтернативних навчальних програм, які затверджені МОіН України, але переважна більшість цих програм не має гігієнічного обґрунтування на їх відповідність віковим і морфофункціональним можливостям організму школярів. За даними анкетування учнів та їхніх батьків (2254 анкети), робочий день сучасних учнів з

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ — ПОТРЕБНОСТЬ ВРЕМЕНИ
Полька Н.С., Гозак С.В., Станкевич Т.В.

В статье дан анализ влияния неблагоприятных факторов школьной среды на здоровье учащихся, в том числе на снижение адаптационных возможностей детей. Даны конструктивные предложения для решения проблемы гигиенического сопровождения обучения и воспитания детей.

IMPROVEMENT OF MEDICO-PREVENTIVE PROVISION OF THE CHILDREN IN SECONDARY SCHOOLS IS A NEED OF TIME
Polka N.S., Gozak S.V., Stankevich T.V.

Analysis of the impact of the school environment unfavorable factors on the schoolchildren's health including decrease of the adaptive possibilities of the children is presented in the article. The constructive proposals for the decision of the problems of the education and nurture hygienic accompaniment of the children are given.

урахуванням домашніх завдань триває 10-12 астрономічних годин, що призводить до формування у дітей синдрому хронічної втоми та дезадаптаційних станів. Нами встановлено, що при збільшенні тривалості виконання домашніх завдань понад 1 годину у дітей молодшого шкільного віку відзначається достовірне зниження показників лабільності коркової ланки зорового аналізатора, координації рухів протягом навчального дня, рівня розумової працездатності, життєвої ємності легенів, що свідчить про розвиток стомлення та зниження функціонального стану дихальної системи.

На фоні погіршення стану здоров'я сучасних школярів існуючі застарілі програми з фізичного виховання не відповідають функціональним можливостям дітей. Так, за даними науковців ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України", не можуть виконати окремі завдання програмних тестів з фізичного виховання 82% дітей молодшого шкільного віку. За нашими даними, серед дітей середнього шкільного віку незадовільний рівень фізичної підготовленості мають 45,5% школярів, які належать до III-IV груп здоров'я та 10,2% — до I-II груп здоров'я.

Водночас науковими дослідженнями підтверджено роль фізичної діяльності учнів як вагомого адаптогенного фактора. Так, у школярів, які систематично (2-3 рази на тиждень) займаються в організованих колективах спортом або іншими рухливими видами діяльності, відзначається достовірно вищий рівень розумової працездатності та координації рухів протягом навчання, життєвої ємності легенів, м'язової сили (порівняно з учнями, які не займаються організованими формами рухової діяльності у позашкільному бюджеті часу), а також достовірно менші показники ЧСС у стані спокою та систолічного артеріального тиску і ЧСС після дозованого фізичного навантаження, що свідчить про зростання функціональних резервів організму школярів під впливом фізичної діяльності.

Забезпечення достатньої рухової активності школярів у ЗНЗ має відбуватися шляхом проведення ранкової гімнастики до уроків, фізкультурних

хвилин під час уроків (вправи на зміцнення м'язового корсета, дихальна та зорова гімнастика), рухливої діяльності під час перерв, спортивних годин у групах продовженого дня, уроків фізкультури. Середньодобова гігієнічна норма рухової активності школярів становить 16-20 тисяч кроків.

Однак умови для фізичного виховання дітей у сучасних загальноосвітніх навчальних закладах (за результатами обстеження 19856 ЗНЗ) не сприяють оптимальній організації навчально-виховного та оздоровчого процесу: земельна ділянка у 35% шкіл не має достатніх розмірів, функціонального зонування та обладнання; 12% міських і 40% сільських шкіл не мають спортивного залу; 22% міських і 58% сільських шкіл не мають спортивних секцій. У чверті спеціальних шкіл-інтернатів немає приміщень для ЛФК, а інструктор ЛФК не має відповідної кваліфікації у 28,1% закладів.

На цьому фоні (підвищене статичне та інформаційне навантаження, неадекватні програми та незадовільні умови для фізичного виховання) у сучасних ЗНЗ спостерігається недостатнє медичне забезпечення школярів. Лише чверть міських закладів у повному обсязі забезпечена медичними приміщеннями. Лікарі-педіатри відсутні у 35,7% шкіл, середні медичні працівники — у 15,2%. У сільських школах медичне забезпечення має ще нижчі показники. Навіть у 24% спеціальних шкіл-інтернатів, де навчаються діти з обмеженими фізичними, сенсорними та психічними можливостями, склад і площі медичних приміщень не відповідають гігієнічним вимогам; не забезпечені лікарями 24,2% інтернатів, медичними сестрами — 9,3%.

Враховуючи те, що сьогодні на 1 лікаря припадає 2500 учнів, на медсестру — 900 учнів, можна стверджувати, що медичний контроль у сучасних ЗНЗ над навчальним навантаженням школярів, у тому числі над проведенням уроку фізкультури, а також організація оздоровчих заходів в умовах школи фактично відсутні.

Отже, незважаючи на значну кількість законодавчих і нормативно-методичних документів щодо гігієнічного забезпечення

умов навчання дітей у загальноосвітніх навчальних закладах, серед яких 4 закони України, 10 постанов та розпоряджень Кабінету Міністрів, 3 спільних накази МОЗ і МОіН України, 3 накази МОЗ України, 3 накази МОіН України, 5 ДСанПін, 20 методичних вказівок та рекомендацій, ситуація з дотриманням вимог санітарного законодавства, у т.ч. і медичним забезпеченням школярів, на сьогодні залишається несприятливою і потребує нагального вирішення проблеми на різних рівнях. Більшість нормативно-методичних документів, що регламентують умови та організацію навчання, виховання, позашкільної діяльності, медичне забезпечення дитячого населення, було розроблено понад десять років тому та потребує перегляду відповідно до сучасних соціально-економічних умов розвитку країни.

Враховуючи вищенаведене, вважаємо за необхідне здійснити такі кроки до вирішення проблеми гігієнічного супроводу навчання і виховання дітей:

□ удосконалити порядок розробки, побудови, викладення, оформлення, затвердження державних санітарних правил і норм, гігієнічних нормативів та методичних документів, який був затверджений ще у 1998 році Постановою Головного державного санітарного лікаря України від 27.05.1998 р. № 11;

□ поновити роботу Координаційної та Профільних комісій МОЗ України з розробки нормативно-методичних документів, у т.ч. з гігієни дитинства;

□ фахівцям профільних наукових установ переглянути існуючі та розробити проекти нових нормативно-методичних документів (або змін і доповнень до діючих), що регламентують умови і режими життєдіяльності дітей у навчальних закладах, у т.ч. їх медичне забезпечення;

□ спільно МОЗ і МОіН порушити клопотання перед урядом про створення медичної служби у школах;

□ порушити питання перед МОіН України щодо необхідності обов'язкової експертної оцінки навчальних програм і учбових навантажень на відповідність фізіологічним можливостям школярів та їх погодження з МОЗ України;

□ фахівцям профільних наукових установ розробити критерії гігієнічної оцінки учбових програм для дітей різних віко-

вих груп та відповідні методичні рекомендації;

□ до програм підготовки та підвищення кваліфікації педагогів включити вимоги санітарного законодавства, що регламентують безпечні для здоров'я дітей умови життєдіяльності учнів у загальноосвітніх навчальних закладах.

Україна прямує до європейської співдружності, тож для успішної інтеграції у правовий та інтелектуальний простір необхідно враховувати рекомендації та використовувати досвід європейського суспільства. У жовтні 2005 року Європейським союзом шкільної і університетської медицини і здоров'я (EUSHM) на XIII Європейському конгресі "Здоров'я молоді — інвестиції у майбутнє" було прийнято Декларацію про шкільне здоров'я в Європі, основними положеннями якої є таке:

□ охорона здоров'я школярів успішно розвивається понад 100 років;

□ нерівності у здоров'ї дітей зростають;

□ нові пріоритети здоров'я кидають нам виклик у XXI столітті;

□ охорона здоров'я школярів повинна мати найвищий політичний пріоритет;

□ охорона здоров'я школярів має бути організованою без перешкод;

□ школа — це ідеальне місце для проведення програм з охорони здоров'я дітей;

□ охорона здоров'я школярів повинна базуватися на наукових дослідженнях;

□ необхідні програми післядипломної підготовки спеціалістів шкільної охорони здоров'я.

Слід звернути особливу увагу на останні три пункти цієї Декларації. Саме на цих принципах базується і здійснюється організація медичної допомоги школярам в Європейських країнах.

Отже, удосконалення медико-профілактичного забезпечення дітей у загальноосвітніх навчальних закладах є нагальною потребою суспільства для збереження і зміцнення здоров'я дитячого населення — майбутнього нашої держави.

ЛІТЕРАТУРА

Онищенко Г.Г. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения России // Гигиена и санитария. — 2008. — № 2. — С. 72-77.

Надійшло до редакції 10. 12.08.

INFLUENCE COMPUTER GAMES ON PSYCHOFUNCTIONAL CONDITION OF CHILDREN

Chorna W.W.

ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ДІТЕЙ



ЧОРНА В.В.

Вінницька обласна санепідемстанція

УДК 614.8-02:795.3:616.89-053.2

ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР НА ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ

Черная В.В.

Установлено, что компьютерные игры отрицательно влияют на психофункциональное состояние детей, в особенности младшей возрастной группы, у которых наблюдается уменьшение пропускной способности зрительного анализатора, показателя точности и производительности работы. Наиболее выраженные изменения в организме детей выявлены во время ролевых компьютерных игр, а наименее — при азартных. При гигиеническом обосновании длительности и периодичности компьютерных игр рекомендовано учитывать возраст детей.

Ключевые слова: компьютерные игры, дети, агрессивность, враждебность, умственная работоспособность.

розвитком техніки, масовим виробництвом і використанням технічних засобів навчання серед лікарів з'явилося таке поняття, як комп'ютерна залежність, яка з часом може стати такою ж небезпечною, як Інтернет-залежність чи ігроманія.

Проблема патологічної залежності розпочинається тоді, коли прагнення відійти від реальності домінує у пам'яті і стає центральною ідеєю. Цей відхід може здійснюватися у найрізноманітніші способи, у тому числі і прагненням мати нову електронну техніку.

У зарубіжній і вітчизняній літературі наявні численні роботи, присвячені дослідженню впливу на стан здоров'я дітей чинників, які безпосередньо виникають при роботі персональних комп'ютерів, та дані про стан внутрішнього середовища комп'ютерних клубів [1, 2]. Проте питання оцінки реакцій дітей різних вікових груп на контакт з візуальними розвагами, залежно від характеру ігор, тривалості та періодичності занять, залишається далеким від остаточного вирішення [3-5].

Метою цих досліджень було вивчення впливу комп'ютерних ігор різних видів складності на психофункціональний стан дитячого організму та обґрунтування регламентів їх тривалості, періодичності і диференціації залежно від віку юних користувачів.

Матеріали та методи досліджень. У проведенні натурних гігієнічних досліджень брали участь 262 дітей обох статей (159 хлопців і 103 дівчинки) віком від 6 до 16 років, які навчаються у загальноосвітніх школах м. Вінниці. За віком діти розподілялися таким чином: хлопчики молодшого шкільного віку (7-10 років) — 18, середнього (13-14 років) — 69 хлопців та 46 дівчат, старшого