

Каковы медико - педагогические критерии оценки здоровья дошкольника?

Консультация для педагогов.

**Подготовил:
Воспитатель высшей
квалификационной категории
МКДОУ д/с № 441**

**Хлякина Ирина Владимировна.
Г. Новосибирск**

Каковы медико - педагогические критерии оценки здоровья дошкольника?

Критерий в Энциклопедическом словаре:

Критерий - (от греч. kriterion - средство для суждения) - признак, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо; мерило оценки.

В Концепции дошкольного воспитания решению проблем, связанных с охраной и укреплением здоровья детей, отводится ведущее место. Но в ней говорится также и о том, что «если забота о физическом здоровье ребенка в том или ином виде отражается во всех документах, регламентирующих работу воспитателя, то требование «психологического благополучия ребенка» звучит как бессмысленное словосочетание». В концепции подчеркивается важность создания условий, обеспечивающих и физическое, и психическое здоровье ребенка.

Сегодня сохранение и укрепление здоровья детей — одна из главных стратегических задач развития страны. Она регламентируется и обеспечивается такими нормативно-правовыми документами, как Закон РФ «Об образовании» (ст. 51), «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», а также Указами Президента России «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации», «Об утверждении основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации» и др



Рассматривая медико - педагогические критерии оценки здоровья дошкольников, можно сказать, что здоровье ребенка определяется как физическое, психическое и социальное его благополучие.

Объективными показателями состояния здоровья ребенка являются:

- сон (его длительность, особенности засыпания и пробуждения)
- аппетит
- характер бодрствования
- двигательная активность
- настроение
- температура тела

- состояние кожи
- состояние слизистых оболочек полости рта, зева
- характер стула
- частота мочеиспускания

Если ребёнок здоров, он охотно идет в группу, ест с аппетитом. Период засыпания длится не более 15-20 минут, сон спокойный, длительность от 1,5-2,5 часов. Пробуждаются здоровые дети в хорошем настроении, без капризов, охотно выполняют обязанности в группе, с интересом занимаются, играют, особенно любят музыкальные и физкультурные занятия.

Об основных критериях психического здоровья было сказано выше.

Физическое здоровье.

Критерии оценки состояния здоровья детей

В настоящее время **распределение детей по группам здоровья** осуществляется на основании Инструкции по комплексной оценке состояния здоровья детей, утв. приказом Минздрава России от 30.12.2003 № 621. В соответствии с данным документом система комплексной оценки состояния здоровья каждого ребенка по-прежнему основывается на **четырёх базовых критериях**:

- уровень функционального состояния основных систем организма;
- наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Существуют педагогические и медицинские группы здоровья.

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим **медицинским группам здоровья**:

1 гр. - здоровые дети, не имеющие хронических заболеваний, редко болеющие, с нормальным уровнем физического и нервно-психического развития.

2 гр. - здоровые дети, но имеющие начальные изменения в физическом и нервно-психическом развитии, а также часто болеющие(от 4-х и более раз в течении года), но без симптомов хронических заболеваний.

3 гр. - дети, страдающие хроническими заболеваниями(хр. тонзилит, врожд. порок сердца, сколиоз, ожирение), но без нарушения общего самочувствия, без частых обострений, хронических заболеваний.

4 гр. - дети, страдающие хроническими заболеваниями с нарушениями общего самочувствия, часто болеют с обострением хронического заболевания.

5 гр.- дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации. Как правило, это дети с ограниченными возможностями здоровья.

Педагогические группы физического здоровья:

1 гр. - дети, с нормальным физическим здоровьем - соответствие массы тела и роста ребенка.

Эталон

	мальчики		девочки	
возраст	рост	вес	рост	вес
3 года	96 см	14,8 кг	95,5 см	14,7 кг
4 года	102 см	16,4 кг	101,5 см	15,9 кг
5 лет	108,3 см	18,3 кг	107,5 см	18,1 кг
6 лет	115 см	20,4 кг	114,1 см	20,4 кг
7 лет	121,2 см	22,9 кг	120,8 см	22,7 кг

К нормальным показателям физического развития допускаются изменения массы тела \pm 2 кг, роста - \pm 4 см.

- Соответствие окружности груди и окружности головы

	мальчики		девочки	
возраст	окружность груди см.	окружность головы см.	окружность груди см.	окружность головы см.
3 года	52,3	50,5	51,8	49,6
4 года	53,8	51,1	53,2	50,2
5 лет	55,6	51,6	54,8	50,8
6 лет	57,7	51,9	56,6	51,2
7 лет	59,8	52,1	58,4	51,5

Допускаются изменения в окружности груди +/- 2см., окружности головы +/- 1см.

Дети с 1-й и 2-й группами при поступлении в детское учреждение посещают его на общих основаниях и не имеют ограничений. Воспитанникам с 3-й группой здоровья зачастую требуется назначение специального питания и ограничение физической нагрузки.

Группа здоровья может меняться в зависимости от динамики состояния здоровья ребенка.

Данные взяты из книги "Медицинский контроль за физическим развитием дошкольников и мл. школьников" авторы Каштанова Г.В., Мамаева Е.Г.

2 гр. Дети с дефицитом массы тела

3 гр. Дети с избытком массы тела

4 гр. Дети с резким отставанием, с общей задержкой физического развития

Дети, имеющие дефицит массы тела подлежат наблюдению педиатра, а с избыточной массой тела и низким ростом должны направляться к эндокринологу.

Медико-педагогические критерии (оценка уровня физического развития и здоровья)

СОСТОИТ ИЗ ДВУХ СОСТАВЛЯЮЩИХ – МЕДИЦИНСКОЙ И ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ.

Медработниками ДОО осуществляется диагностика и оценка уровня физического развития по антропометрическим показателям (рост, масса тела), физиометрическим показателям (жизненная емкость легких и мышечная сила), состоянию костно-мышечной системы, а также анализ заболеваемости детей.

Педагогический персонал ДОО должен оценивать уровень развития двигательных умений и навыков у детей, их уровень физической подготовленности и двигательной активности, функциональную готовность к школьному обучению, сформированность культурно-гигиенических навыков.

Особое внимание необходимо уделять двигательному режиму, суммарно отражающему общую двигательную деятельность детей при свободных и организованных ее формах. Оценка двигательного режима проводится на основании комплекса показателей:

1. **Времени двигательной** деятельности детей с отражением содержания и качества в различные режимные моменты, определяемого с помощью метода индивидуального хронометража.
2. **Объема двигательной** деятельности с использованием метода шагометрии для количественной оценки двигательной активности.
3. **Интенсивности двигательной** деятельности методом измерения частоты сердечных сокращений при выполнении различных видов мышечной деятельности.

Удовлетворение возрастных потребностей детей в движении в отведенное режимом время может быть осуществлено только при очень четкой организации их деятельности и строгом выполнении требований по содержанию этой деятельности в каждом режимном отрезке.

Согласно современным критериям оценки двигательной активности, дневная норма условных шагов при 9-ти часовом пребывании в детском саду составляет для различных возрастных групп:

- 2-х летних детей - 5,5-6 тысяч шагов;
- 3-х летних детей - 9-10 тысяч шагов;

- 4-х летних детей - 11-14 тысяч шагов;
- 5-7 лет - 14-18 тысяч шагов.

Состав движений должен обеспечить нагрузку на все группы мышц, способствовать общему развитию детей, положительному эмоциональному состоянию.

На основе характера двигательной активности ребенка можно отнести к одной из 3-х групп:

1 группа - дети со средней, нормальной двигательной активностью отличаются более ровным и спокойным поведением, равномерной подвижностью на протяжении всего дня.

Таких детей примерно половина или чуть больше в группе. Они самостоятельны и активны, движения их уверенные, четкие, целенаправленные. Такие дети, как правило, имеют нормальный вес, редко болеют, хорошо усваивают учебный материал.

Ко 2-ой группе относят детей малоподвижных, с низкой двигательной активностью. Их характеризует общая вялость, пассивность, они быстрее других устают, робки в общении, не уверены в себе, не любят игры с движениями. Малая подвижность - фактор риска для ребенка. Она объясняется его нездоровьем, отсутствием условий для движения, отрицательным психологическим климатом, слабыми двигательными умениями или тем, что ребенок уже приучен к малоподвижному образу жизни, что особенно тревожно. Многие из них отличаются повышенным весом и различными отклонениями в состоянии здоровья. Сопротивление утомлению, вызванному умственной работой, осуществляется у детей за счет движений. Уменьшение числа движений у тучных детей в условиях умственного утомления свидетельствует о несовершенстве процессов саморегуляции. Индивидуальный подход к таким детям заключается в пересмотре и уменьшении рациона питания и увеличении двигательной активности. Особое внимание уделяется развитию всех основных движений, особенно интенсивных (бег, разные способы прыжков). Малоподвижные дети вовлекаются в активную двигательную деятельность на протяжении всего дня. Следует позаботиться о том, чтобы она была для детей интересной, непринужденной.

К 3-й группе относятся дети с большой двигательной активностью. Они находят возможность двигаться в любых условиях. Из всех видов движений выбирают чаще бег, прыжки, избегают движений, требующих точности и сдержанности. Движения их быстры, резки, часто бесцельны. Из-за высокой интенсивности двигательной активности они как бы не успевают вникнуть в суть своей деятельности, не могут управлять в должной степени своими движениями. Чрезмерная подвижность является сильным раздражителем для нервной системы.

Большой объем движений может привести к отклонениям в деятельности сердечно-сосудистой системы. Такие дети так-же подвержены заболеванием из-за усиленной теплоотдачи, быстрого переохлаждения организма. По

отношению к таким детям должен быть индивидуальный подход в плане регулирования интенсивности движений. Пусть по времени дети двигаются как можно больше - важно запрограммировать такой состав движений, которые требуют сосредоточенности внимания, сдержанности, точности. Ребятам надо специально учить точным движениям: метанию в цель, прокатыванию мяча по ограниченной площади, ловле мяча, отбиванию его от пола.

Особенности двигательной активности детей должны знать воспитатели групп, руководители физического воспитания, чтобы определить приоритетные направления в работе по физическому воспитанию. Например, если в группе значительное число детей с низкой двигательной активностью, следует предусмотреть усиление двигательного режима, для детей с отклонениями в физическом развитии – предусмотреть специальные формы работы с подбором соответствующих физических упражнений, определить щадящий режим для группы часто болеющих и т.д.

Оценка двигательной активности детей на занятии проводится путем вычисления общей и моторной плотности.

Общая плотность занятия должна составлять не менее 80-90%.

При проведении медико-педагогических наблюдений рекомендуется пользоваться протоколом

Важное значение при проведении медико-педагогических наблюдений приобретает определение внешних признаков утомления. Осуществляя контроль, необходимо отмечать внешние признаки утомления и степень их выраженности.

При проведении всех форм физкультурно-оздоровительной работы воспитатель, руководитель физического воспитания должны создавать благоприятный микроклимат с целью формирования психологического здоровья ребенка - состояния душевного благополучия, радости к жизни. Следует предоставлять детям полную свободу в любом виде физкультурной деятельности, выражать участие, поддержку, интерес к его двигательной активности. В то же время необходимо учить детей видеть и понимать товарищей, согласовывать с ними свои действия.

Периодический контроль за организацией физического воспитания в дошкольных учреждениях проводится специалистами органов и учреждений санитарно-эпидемиологии.

Руководящая роль в вопросах физического воспитания детей принадлежит руководителю детского учреждения, который определяет формы физического воспитания и методы контроля.

Вся работа по физическому воспитанию осуществляется воспитателями групп, руководителем физического воспитания при регулярном контроле со

стороны **медицинских работников и руководителя дошкольным учреждением.**

Два раза в год участковым врачом-педиатром или врачом дошкольного учреждения проводится динамическое наблюдение за состоянием здоровья и физического развития детей. *Данные физического развития, группы здоровья, рекомендации по физической нагрузке заносятся в справку установленного образца. Родители представляют справку медработнику дошкольного учреждения, который заносит данные в медицинскую карту ребенка, доводит до сведения воспитателей.*

Запись в медицинской карте должна отражать все параметры здоровья и иметь четкие заключения (указывается группа здоровья, группа по физкультуре и назначения). В последних перечисляют все рекомендованные для данного ребенка формы физического воспитания. Кроме того, в листе здоровья, который оформляется в каждой возрастной группе, заполняют графы: отклонения в здоровье (диагноз); отставание в развитии; группа здоровья; группа по физкультуре. Также в него можно вносить рекомендации по оздоровлению, закаливанию, особенности двигательной активности, группу мебели и др.

При назначении различных средств физического воспитания выделяют две группы детей:

I - основная группа - не имеющая никаких медицинских и педагогических противопоказаний и ограничений для занятий.

II - ослабленная группа - имеющая ограничения временного характера в величине и интенсивности физической нагрузки и объеме закаливающих мероприятий. К этой группе относятся дети II, III, IV групп здоровья.

Дети, отнесенные к ослабленной группе должны иметь индивидуальные назначения, в рамках всех разделов физического воспитания в детском саду получать более низкую физическую нагрузку. Для этого воспитатель при проведении физкультурных занятий, утренней гимнастики, подвижных игр, спортивных упражнений должен уменьшить число повторений каждого упражнения в игре, при выполнении спортивных и беговых упражнений. С такой же нагрузки должны начинать дети, вернувшиеся в дошкольные учреждения после болезни (ОРЗ, обострение хронического бронхита и др.)

Индивидуально врач решает вопрос о необходимости освобождения на 1-2 физкультурных занятия после длительного отсутствия ребенка в детском саду по болезни (более 1 месяца) - грипп, пневмония, ангина, детские инфекции. Двигательная деятельность этих детей должна быть ограничена, однако ежедневные занятия утренней гимнастикой обязательны.

Дети ослабленной группы находятся под постоянным наблюдением медицинских работников и при положительных сдвигах в состоянии здоровья без задержки переводятся на общий режим дошкольного учреждения.

Медико-педагогические наблюдения направлены на определение индивидуальной программы физического воспитания для каждого ребенка с учетом их состояния здоровья, физического развития, реакций на нагрузку и т.д. Проводятся врачом или медицинской сестрой дошкольного учреждения совместно с руководителем учреждения, воспитателем - методистом и воспитателем группы.

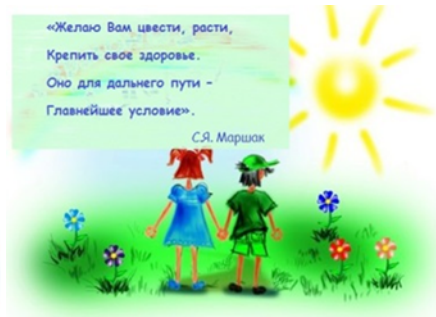
Медперсонал детского дошкольного учреждения не менее 2-х раз в год в каждой возрастной группе обязан провести комплексную оценку состояния всех разделов физического воспитания и закаливания детей. Совместные посещения занятий физкультуры позволяют выявить достоинства и недостатки, наметить совместные мероприятия для дальнейшей оптимизации физического воспитания.

Единственная красота, которую я знаю, - это здоровье.

Г.Гейне

Здоровье - "состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней..."

(Всемирная организация здравоохранения)



Спасибо за внимание.

Подготовил: Воспитатель высшей квалификационной категории

МКДОУ д/с № 441

Хлякина Ирина Владимировна.

Г. Новосибирск