

SUMMARY

N. Shevchenko. Development emotional-volitional self-regulation of students in high educational establishment.

The article lights up the features of development emotional-volitional self-regulation of personality on the youth stage of ontogenesis. Directions of process of development of emotional-volitional self-regulation control are presented. Psychology-pedagogical terms and program of development of emotional-volitional self-regulation of students are exposed in higher educational establishment.

Key words: emotionally-volitional self-regulation, volitional activity, emotional-volitional sphere, training of the development of emotional-volitional self-regulation.

УДК 376.2/5 (075)

В. П. Шпак

Полтавський національний педагогічний
університет ім. В.Г. Короленка

ВРАХУВАННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

У статті розкрито основні медико-біологічні чинники, що визначають стан здоров'я сучасних школярів. Характеризується астеничний стан дитини, його вплив на поведінку і навчально-пізнавальну діяльність в умовах масової школи.

Ключові слова: астенія, астеничний стан, астеничний синдром, педагогічна реабілітація.

Постановка проблеми. Серед усього конгломерату впливів на поведінку та розвиток школярів, що сьогодні визначають успішність їх адаптації до умов загальноосвітнього навчального закладу, результативність навчально-пізнавальної діяльності, поведінку і подальший розвиток, виділяють медико-біологічні чинники. Починаючи з другої половини минулого століття, особливе місце серед відомих причин порушень у поведінці й навчанні школярів посідають гострі та хронічні соматичні захворювання. При цьому дитячі хвороби розглядаються як група захворювань, що трапляються переважно у дітей, а перебіг і прояви цих хвороб зумовлюються фізіологічними особливостями дитячого організму.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На перший погляд, проблема організації навчальної діяльності школярів із порушеним психосоматичним здоров'ям є достатньо розкритою, свідченням чого є дослідження таких науковців, як С. Зінченко, М. Кабанов, В. Мартинюк, А. Наточій, В. Покась, С. Попов, В. Сорокін та ін. У той же час недостатня увага до педагогічної реабілітації астенизованих дітей в умовах масової школи ініціювала підготовку даної статті.

Вважаємо, що одним із перших педагогів, який звернув увагу на залежність навчальної успішності та адекватної поведінки від соматичного стану дитячого організму, був видатний гуманіст ХХ ст. В. Сухомлинський. У педагогічних нарисах повоєнного періоду ним наводяться такі дані: близько 85 % дітей вступають до школи з гострими чи хронічними порушеннями соматичного здоров'я. Сучасний дослідник Н. Волкова на сторінках підручника «Педагогіка» наводить аналогічні дані – 80 %.

Залишається звернутися до офіційної статистики, що мала місце на самому початку 2008–2009 навчального року, в якій йдеться про оцінку українськими медиками стану здоров'я школярів різного віку. При цьому лише 23% дітей віднесені до групи цілком здорових, у той час як 29% учнів мають функціональні відхилення, а в 47% наявні хронічні захворювання.

За словами доктора медичних наук, професора В. Неділька, серед українських школярів широко розповсюджені хронічні процеси в носоглотці – хронічний тонзиліт, аденоїди, викривлення носової перетинки, а також захворювання органів травлення, порушення осанки і деформація хребта, відхилення в діяльності нервової та ендокринної систем, патологія зору. При цьому захворювання носоглотки і зубів займають перші місця серед виявленої патології, досягаючи 80% і 60% відповідно. Між іншим саме ці захворювання негативно впливають на весь організм дитини, оскільки постійна інтоксикація нерідко спричиняє захворювання інших органів і систем, і перш за все, серцево-судинної системи [4].

Зрозуміло, що хворі діти, як і діти з психічними розладами, потребують не лише лікування, але й підготовки до оволодіння певною сукупністю знань, умінь і навичок. Без організованої допомоги діти можуть перетворитися на тягар для сім'ї та суспільства. За таких умов кінцева мета педагогічної реабілітації – привести хвору дитину зі стійкими порушеннями здоров'я в такий стан, що дозволить їй навчатися в масовій школі. До того ж у період стабілізації та відновлення вона потребуватиме спеціально підібраної системи навчання і виховання.

Безумовно, необхідність педагогічної реабілітації астенізованих школярів ніколи не втрачала своєї актуальності. У сучасному суспільстві ми спостерігаємо чітко виражену тенденцію активно допомагати відновленню тимчасово порушених чи втрачених можливостей хворої дитини до подальшого розвитку, навчально-пізнавальної діяльності, виявляючи

гуманізм, педагогічний оптимізм та інші принципи реабілітаційної педагогіки. Реабілітація такої дитини ґрунтується на міцній упевненості в тому, що в людському організмі закладені потенційні можливості, які в особливих умовах і при спеціальному впливі можуть активізуватися і досягти рівня реально виражених і сформованих здібностей. Комплексна реалізація медичної і педагогічної реабілітації протиставляється застарілій думці про те, що хвора дитина позбавлена радощів повноцінного життя.

Нагадаємо, що навіть у давні часи в період найбільшого розвитку еллінської і римської культури хвороба вважалася тяжким покаранням для людини, а самих хворих сприймали як пляму або тягар для суспільства. Ставлення до хворої людини і тим більше до хворої дитини було не лише зневажливим, але й жорстоким. Навіть Платон пише: «Слід було б законом заборонити піклуватися про тих, хто народився з недоліками». Плутарх також бачив у хворій дитині «істоту, якій передбачено жити позбавленою сил і здоров'я». Згадаємо з цього приводу і вислів Сенеки, філософсько-етичні міркування якого передували християнській моралі: «Не гнів, а розум наказує відокремити здорові частини від таких, які можуть їх зіпсувати» [6].

Безперечно, християнська мораль докорінним чином змінює відношення до хворої дитини, беручи під захист «усіх хворих і знедолених». Проте в основі такого відношення – лише співчуття і жалість. Християнська мораль зобов'язує допомагати хворим із милосердя, з поваги до людини, яка потребує піклування.

Сучасне ставлення до хворої дитини визначається багатьма суспільними і науковими тенденціями. Як життя, так і практика постійно підтверджують, що якщо допомогти хворій дитині відновити здібності або замінити їх іншими, вона зможе виявити себе як повноцінна творча особистість. У той же час неправильно організоване виховання хворої дитини призводить до того, що в неї можуть з'являтися паразитичні інтереси. Вона стає егоїстичною, примхливою, занадто вимогливою до інших, не зважає на інтереси та можливості сім'ї. Інша крайність, коли батьки ставляться до хворої дитини байдуже або навіть вороже, нагадують їй, що вона хвора, посилаються на хворобу як на головну причину неблагополуччя сім'ї чи її розпаду. Це боляче вражає дитину: у неї може виникнути розлад нервової системи, реакція протесту, негативне ставлення до всіх дорослих. У дітей із хронічними захворюваннями

нерідко формуються негативні риси характеру. Так, одні діти стають сором'язливими, занадто стриманими, боязкими, нерішучими. Другі – замкнутими, апатичними (апатія – стан повної байдужості, млявості, що виявляється в пасивному ставленні до всього навколишнього), обмеженими у спілкуванні, поринаючи у світ своїх фантазій чи однобічних інтересів. Треті навпаки відрізняються роздратованістю, збудливістю, задиркуватістю. Четверті стають примхливими, схильними до обману.

Щоб уникнути подібних виховних помилок, батькам варто переглянути свою поведінку відповідно до рекомендацій реабілітаційної педагогіки: 1) заспокоїти дитину, усунути її хворобливі переживання; 2) допомогти зберегти різноманітність інтересів; 3) знайти дитині товаришів для спілкування; 4) створити в сім'ї атмосферу оптимізму; 5) дотримуватися у спілкуванні з нею такту, виявляти позитивні емоції; 6) демонструвати любов до неї, намагатися бути щирими.

Як бачимо, загальною характерною рисою хворобливих дітей є астеничний стан (астенія – нервово-психічна слабкість, ознаками якої є підвищена втомлюваність, виснаженість, знижена чутливість, нестійкий настрій, порушення сну), що виявляється у швидкій втомі від будь-якої діяльності, нездатності до тривалого нервового напруження та зниженні всіх форм психічної активності. Наведемо приклад з анамнезу такого школяра: «хлопчик багато хворів упродовж минулого року і в поточному навчальному році. Він млявий, повільний, важко висиджує всі уроки, оскільки в нього болить і паморочиться голова. Навчальний матеріал засвоює дуже погано, не встигає записувати завдання, не завжди розуміє вимоги і пояснення вчителя. У класі майже не може вчитися...» [6].

Під впливом загального захворювання організму відбувається послаблення функцій мозкових структур. На відміну від гострих захворювань, хронічні хвороби призводять до стійкого порушення тонусу судин, що живлять мозок, внаслідок чого настає кисневе голодування. Крім того, різноманітні токсичні речовини, що утворюються у процесі хвороби, отруюють ще не сформований і недостатньо стійкий до подібних впливів дитячий мозок. Настає тимчасова недостатність інтелектуальних функцій, що свідчить не про зниження інтелекту дитини, а про зниження його продуктивності.

Такий стан заважає дитині засвоювати програму загальноосвітнього навчального закладу, хоча вона зовсім не є недоступною, а при поліпшенні соматичного стану школяра взагалі не викликає утруднень.

Від дитини періодично надходять скарги на головний біль, який посилюється при інтелектуальному напруженні, читанні, перегляді кінофільму або виконанні домашнього завдання. Зазвичай, самопочуття погіршується наприкінці дня. Дитина погано засинає, відчуває при цьому стан польоту, провалювання, їй сняться страшні сни.

Нерідко при гострому захворюванні зі зникненням виражених симптомів хвороби стурбовані батьки вже через 1–2 дні змушують дитину посилено робити уроки, щоб надолужити пропущене. Однак через 10–15 хвилин вона повністю виключається з цього процесу: не розуміє простих завдань, плутає елементарні дії, тобто домашні заняття не досягають результату.

При поліпшенні соматичного стану працездатність і продуктивність, на жаль, не завжди відновлюються. Дитині заважає вчитися послаблення пам'яті, особливо механічного запам'ятовування. Вона витрачає багато часу, щоб вивчити географічні назви, історичні дати, слова іноземної мови, правила граматики, вірші. Підготувавши напередодні урок, біля дошки або при виконанні самостійної роботи раптом з'ясовує, що забула весь або частину навчального матеріалу. Інколи спостерігається порушення письма, при якому окремі слова нагадують якійсь набір букв.

Увага в астенічних дітей також нестійка. Як правило, вони починають виконувати роботу добре і правильно, а потім, відволікаючись, припускають багато помилок, недописувань або взагалі виключаються з уроку: не чують і не сприймають пояснення вчителя. Кількість помилок у вправах до кінця уроку збільшується у 3–4 рази. У математичних діях дитина також припускає елементарні помилки: пропуск знаку і навіть цілого ряду при розв'язанні прикладу у стовпчик, замінює одну дію іншою. До кінця контрольної роботи вона зовсім виснажується: не дописує останніх рядків диктанту, не встигає розв'язати задачу або приклад, що стоїть останнім у варіанті. Інколи спостерігаються випадки, коли дитина встигає допомогти товаришу, але на свої завдання вже не вистачає сил. Тому педагог повинен прослідкувати, щоб дитині після хвороби ніхто не заважав під час виконання контрольної роботи.

Працездатність дитини з астенічним станом досить нерівна і в багатьох залежить від навантаження – інтелектуального, емоційного, рухового. При виражених астенічних станах у дітей нерідко спостерігається нестерпність різноманітних фізіогенних подразників: різких або гучних звуків, яскравого світла. Вони краще переносять робочу обстановку в класі, ніж перерви з їх незмінним галасом. Інколи навіть тихий звук радіо або телевізора спричиняє нестерпний головний біль.

Астенічний стан може бути наслідком різноманітних патологічних процесів: інфекцій, травм, гострих і хронічних інтоксикацій, органічних захворювань нервової системи тощо. На підставі клінічного аналізу Б. Бамдас виділяє чотири основні симптоми астенії: 1) дратівливість; 2) слабкість; 3) розлади сну; 4) вегетативні порушення. Характерною ознакою дітей із астенічним станом є виснаження, що в основному виявляється під час шкільних занять, і може мати два варіанти перебігу. У першому випадку має місце підвищене гальмування. На уроках такі діти швидко втомлюються, виключаються з роботи, стають млявими. Вони сидять, розвалившись на парті, з блідим обличчям, байдужим поглядом, на лобі й навколо рота нерідко виступають краплини поту. Після навантаження в них настає гальмування рухових і психічних функцій: такі діти можуть лягти на парту і до кінця 3–4-го уроку взагалі заснути. Гальмування в поведінці виявляється і поза школою. При цьому діти швидко гублять ланцюжок міркувань у ході бесіди, уникають користування мовленням, зазвичай обмежуються жестикуляцією або відповідають однозначно, пошепки. Нерідко взагалі відмовляються від відповіді: «Не знаю...». Вони майже не витримують шуму, уникають компанії інших дітей, надаючи перевагу тихим настільним іграм. Такі діти важко прокидаються вранці, надовго залишаються в ліжку, а настрої упродовж дня зберігається пригніченим. Інколи в астенічних дітей відзначається насторога і недовіра по відношенню до дорослих. У школі їх неправильно сприймають вчителі, розцінюючи як ледачих і тупих дітей.

Інший вияв астенічного стану навпаки виражається в легкому розгальмуванні. Швидко втомлюючись, такі діти не в змозі сконцентрувати увагу на уроці, відволікаючись із найменшого приводу, розмовляють, кидаються папірцями, хитають ногами під партою, тобто відчують нагальну потребу в моторному розвантаженні. Деякі діти вже з самого початку уроку виявляють непосидючість, метушливість, роботу виконують

неохайно, не доводять її до кінця. Вони надають перевагу рухливим іграм, хоча участь у них викликає додаткове збудження. Через підвищену подразливість і збудливість такі діти часто конфліктують зі своїми товаришами, грубіянять дорослим.

Сон в астенізованих дітей часто порушений, що виявляється або у сонливості, або у безсонні, поверховому сні, утрудненому засинанні. Про нестійку емоційну сферу свідчить індиферентний настрій (індиферентність – відсутність інтересу до навколишнього, байдужість, пасивність у трудовій і соціальній діяльності, що спостерігається при астенії, апатії та інших хворобливих станах), підвищена вразливість, афективні спалахи, сльози. Водночас, при обстеженні можна виявити і соматичну слабкість: поганий апетит, слабкий розвиток підшкірного шару, відставання у вазі та зрості, блідість.

В основі описаних вище клінічних проявів лежить слабкість нервових клітин головного мозку, що зумовлено порушенням їх живлення і внутріклітинного обміну внаслідок токсичних впливів патогенних мікроорганізмів, а також розладу лімфо- і кровообігу. Патологічний стан лежить в основі слабкості нервових клітин, швидкого виснаження процесів збудження і розвитку охоронного гальмування. Спочатку страждає внутрішнє (активне) гальмування, що виявляється в підвищеній дратівливості, потім приєднується патологічна лабільність нервових процесів. У важких випадках астенічного стану переважають явища позамежного охоронного гальмування, що позначається на зниженій реактивності та млявості.

У ранньому і дошкільному дитинстві астенічний стан може призвести до уповільнення темпів росту, порушення розвитку окремих систем організму. Стає зрозумілим, що лікування астенічних станів є важливим завданням зміцнення нервово-психічного здоров'я дітей, усунення проблем у подальшій навчальній діяльності.

Ураховуючи можливість впливу соматичних захворювань на адаптацію дітей до умов шкільного навчання, а також погіршення результативності навчально-пізнавальної діяльності, у 1986 р. згідно з постановою Ради Міністрів СРСР за № 361 від 31.05.1973 р. були прийняті «Санітарно-гігієнічні правила і норми з організації навчання дітей шестилітнього віку». У додатку № 3 цього документу наводилися медичні показання до відстрочки вступу до школи дітей шестилітнього віку, серед яких указані такі:

I. Захворювання, що перенесені дитиною впродовж останнього року:

- 1) інфекційний гепатит;
- 2) пієлонефрит, дифузний гломерулонефрит;
- 3) міокардит неревматичний;
- 4) ревматизм в активній формі;
- 5) менінгіт епідемічний, менінгоенцефаліт;
- 6) гострі повторні, довготривалі респіраторні захворювання;
- 7) туберкульоз (усі форми, включаючи віраж туберкулінової проби);
- 8) травматичні ураження ЦНС;
- 9) хвороби крові;
- 10) тяжкі форми дитячих інфекційних захворювань;

II. Такі хронічні стани і захворювання:

- 1) затримка психічного розвитку;
- 2) затримка фізичного розвитку на рік і більше (довжина тіла за регіональними стандартами менше, ніж М – 26, постійні зуби відсутні);
- 3) залишкові явища органічного ураження ЦНС з наявністю виражених рухових, трофічних і чуттєвих функцій (дитячий церебральний параліч та ін.);
- 4) епілепсія, епілептиформний синдром;
- 5) неврози і неврозоподібні розлади (логоневроз, енурез та ін.);
- 6) ендокринні захворювання (зоб, цукровий діабет та ін.);
- 7) міопія з тенденцією до прогресування (більше –2,0 Д);
- 8) гіпотрофія мигдалин III ступеня;
- 9) аденоїдні вегетації III ступеня, хронічний аденоїдит;
- 10) тонзиліт хронічний (декомпенсована форма);
- 11) вегето-судинна дистонія за гіпотонічним (АД нижче 80 мм рт. ст.) або гіпертонічним типом (АД 115 мм рт. ст. і більше);
- 12) порок серця ревматичний або вроджений;
- 13) хронічний бронхіт, бронхіальна астма, хронічна пневмонія (при загостренні або відсутності стійкої ремісії упродовж року);
- 14) виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки, хронічний гастрит, хронічний гастро дуоденіт, хронічний холецистит (у стадії неповної ремісії, з частими рецидивами);
- 15) екзема, нейродерміт (при поширених шкіряних змінах);

16) анемія (при вмісті гемоглобіну у крові 100,7 г% і менше);

17) інші хронічні захворювання в стадії неповної ремісії та частими рецидивами).

За сучасних умов, коли навчання дітей із шестилітнього віку є обов'язковим, що на законодавчому рівні закріплено в ряді законопроектів Міністерства освіти і науки (Закони України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Про середню загальноосвітню школу»), проблема порушень психосоматичного здоров'я школярів та їхній вплив на адаптацію дітей до умов шкільного навчання залишається без належної уваги. До того ж діапазон указаних вище захворювань за умови порушеної екологічної рівноваги нині значно розширюється. Зокрема, викликає занепокоєння збільшення чисельності дітей із повною відсутністю імунітету, що робить їх уразливими до впливу патогенних мікроорганізмів.

Деякою мірою окреслену проблему намагаються вирішувати працівники медико-психолого-педагогічних консультацій, однак їхня професійна діяльність значно ускладнюється відсутністю нормативно-правових документів, тобто такої законодавчої бази, на яку можна спиратися при визначенні і формулюванні діагнозів, переведенні дітей шкільного віку на індивідуальне навчання, надання кваліфікованої консультативної допомоги. Питання, що пов'язані з контролем за дотриманням санітарно-гігієнічних умов навчання і виховання дітей шкільного віку належать до компетенції відповідних відділів обласних санітарно-епідеміологічних станцій.

Отже, при організації реабілітаційної роботи з дітьми, які мають порушення психосоматичного здоров'я, пропонуємо дотримуватися таких рекомендацій: 1) дітям з астеничними станами потрібно давати рухову розрядку як на уроці, так і на перерві; 2) якщо вчитель бачить, що дитина відключається, їй треба запропонувати якесь завдання для піднесення працездатності; 3) на перерві бажано організувати для всіх дітей рухливу гру; 4) вчасно попереджати батьків про зміни, що відбуваються в стані здоров'я дитини; 5) пропонувати звернутися за консультацією до невропатолога; 6) організувати лікувально-охоронний режим дня з обов'язковим денним сном; 7) уроки краще вчити за таким графіком: 20 хв. занять, 10 хв. активного відпочинку з руховою розминкою, чергуючи важкі й легкі завдання; 8) усні уроки доцільно повторювати вранці перед

виходом до школи; 9) при поганому запам'ятовуванні краще повторювати матеріал кілька разів, дивлячись у підручник; 10) не можна робити уроки ввечері, коли батьки приходять із роботи; 11) надавати дитині додатковий вихідний; 12) пропонувати курс оздоровлення і навчання проходити в санаторній школі відповідного профілю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вайзман Н. П. Реабилитационная педагогика / Н. П. Вайзман. – М. : Аграф, 1996. – 160 с.
2. Громбах М. С. Степень утомительности уроков и ее изучение / М. С. Громбах // Советская педагогика. – 1982. – № 10 – С. 58–61.
3. Зинченко С. Н. Почему детям бывает трудно учиться / С. Н. Зинченко. – К. : Радянська школа, 1990. – 54 с.
4. Украинские медики : лишь 23 % школьников можно назвать здоровыми // 7я. – 2008. – № 37 (405). – С. 2.
5. Школа и психическое здоровье учащихся. – М. : Медицина, 1998. – 271 с.
6. Шпак В. П. Реабілітаційна педагогіка : навч. посібник / В. П. Шпак. – Полтава : АСМІ, 2006. – 328 с.

РЕЗЮМЕ

В. П. Шпак. Учет состояния здоровья современных школьников при организации педагогического процесса.

В статье раскрываются основные медико-биологические факторы, определяющие состояние здоровья современных школьников. Характеризуется астеническое состояние ребенка, его влияние на поведение и учебно-познавательную деятельность в условиях массовой школы.

Ключевые слова: *астения, астеническое состояние, астенический синдром, педагогическая реабилитация.*

SUMMARY

V. Shpak. The account of a state of health of modern schoolboys at the organization of pedagogical process.

The basic medical and biologic factors defining a state of health of modern schoolboys reveal. The asthenia condition of the child, its influence on behavior and study-informative activity in the conditions of mass school is characterized.

Key words: *an asthenia condition, an asthenia syndrome, pedagogical rehabilitation.*