

*Н.М. Захарова, Н.А. Гуляева, С.Ю. Артамонова,
Л.А. Степанова, С.В. Маркова*

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ

Аннотация. Уровень сформированности школьной зрелости напрямую зависит от здоровья детей дошкольного возраста. С целью оценки психофизиологической готовности часто болеющих детей к школьному обучению обследовано 77 детей дошкольного возраста, посещающих подготовительные группы детского сада № 8 «Родничок» г. Якутска. По результатам медицинского осмотра 7,7 % детей относились к 1 группе здоровья, 81,8 % – ко 2 группе и 10,5 % детей – к 3 группе здоровья. Дети 3 группы здоровья в течение года более 7-8 раз болели респираторными заболеваниями и имели ежемесячные пропуски в среднем от 8 до 12 дней. Диагностика готовности будущих первоклассников к обучению в школе проводилась с помощью психологического теста Керна-Йерасека, направленного на выявление психосоциальной зрелости, уровня развития зрительно-моторных функций и речи, а также школьно-необходимых функций

ЗАХАРОВА Надежда Михайловна – доцент, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней медицинского института СВФУ. 677013, г. Якутск, ул. Ойунского, 33/1. Конт. тел.: 8-924-176-16-01. E-mail: nadezdamix15@mail.ru

ZAKHAROVA Nadezhda Mikhailovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Propaedeutics of Diseases, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. 677013, Yakutsk, ul. Oyunskogo, 33/1. Tel.: +7-924-176-16-01. E-mail: nadezdamix15@mail.ru

ГУЛЯЕВА Надежда Андреевна – доцент, канд. мед. наук, доцент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии дерматовенерологии медицинского института СВФУ. 677018, г. Якутск, ул. Крупской, 37Б. Конт. тел.: 8-964-418-80-01. E-mail: NAGulyaeva15@yandex.ru

GULYAEVA Nadezhda Andreevna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Infectious Diseases, Phthisiology and Dermatovenereology, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. 677018, Yakutsk, ul. Krupskoy, 37B. Tel.: +7-964-418-80-01, E-mail: NAGulyaeva15@yandex.ru

АРТАМОНОВА Саргылана Юрьевна – доцент, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней медицинского института СВФУ. 677027, г. Якутск, ул. Кирова, 31. Конт. тел.: 8-924-663-54-71. E-mail: sarartam@mail.ru

ARTAMONOVA Sargylana Yuryevna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Propaedeutics of Diseases, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. 677027, Yakutsk, ul. Kirova, 31. Tel.: +7-924-663-54-71. E-mail: sarartam@mail.ru

СТЕПАНОВА Лена Анатольевна – доцент, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней медицинского института СВФУ. 677000, г. Якутск, ул. Ломоносова, 31. Конт. тел.: 8-924-660-49-27. E-mail: Stepanova_l_a@mail.ru

STEPANOVA Lena Anatolevna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Propaedeutics of Diseases, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. 677000, Yakutsk, ul. Lomonosova, 31. Tel.: +7-924-660-49-27. E-mail: Stepanova_l_a@mail.ru

МАРКОВА Сардана Валерьевна – доцент, канд. мед. наук, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней медицинского института СВФУ. 677018, г. Якутск, ул. Ярославского, 39. Конт. тел.: 8-924-175-96-63. E-mail: saramark@mail.ru

MARKOVA Sardana Valerievna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of Department, Department of Propaedeutics of Diseases, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. 677018, Yakutsk, ul. Yaroslavskogo, 39. Tel.: +7-924-175-96-63, E-mail: saramark@mail.ru

в форме способности к произвольному поведению. По результатам исследования, готовыми к школьному обучению (показавшими высокий уровень развития по всем тестам) были 67,5 % детей, средний уровень «школьной зрелости» имели 19,5 %, низкий уровень — 1,3 % детей. Оценка психологической готовности к обучению в школе по всем составляющим теста Керна-Йерасека позволила сделать вывод о том, что часто болеющие дети, не имея статистически достоверных отличий от здоровых сверстников по уровню развития зрительно-моторной координации, отстают от них по уровню развития социальных качеств, связанных с общей осведомленностью, что может явиться значимой причиной нарушения адаптации детей к школе. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости целенаправленного обследования детей перед поступлением в школу и подготовки часто болеющих детей к систематическому обучению в школе с использованием специальных здоровьесберегающих программ.

Ключевые слова: дети, дошкольный возраст, часто болеющие дети, школьная зрелость, медицинский осмотр.

N.M. Zakharova, N.A. Gulyaeva, S.Y. Artamonova, L.A. Stepanova, S.V. Markova

PSYCHOPHYSIOLOGICAL READINESS FOR SCHOOL EDUCATION IN FREQUENTLY ILL CHILDREN

Abstract. The level of formation of school maturity directly depends on the health of preschool children. In order to assess the psychophysiological readiness for schooling of frequently ill children, 77 preschool children attending preparatory groups of kindergarten No. 8 “Rodnichok” in Yakutsk were examined. According to the results of the medical examination, 7.7 % of children belonged to the 1st health group, 81.8 % – to the 2nd group and 10.5 % of children – to the 3rd health group. Children of the 3rd health group suffered from respiratory diseases more than 7-8 times during the year and had monthly absences on average from 8 to 12 days. Diagnostics of the readiness of future first-graders to study at school was carried out using the Kern-Yerasek psychological test aimed at identifying psychosocial maturity, the level of development of visual-motor functions and speech, as well as school-necessary functions in the form of the ability to arbitrary behavior. According to the results of the study, 67.5 % of the children were ready for school (who showed a high level of development on all tests), 19.5 % had an average level of “school maturity”, and 1.3 % of children had a low level. Assessment of psychological readiness to study at school according to all components of the Kern-Yerasek test allowed us to conclude that frequently ill children, without statistically significant differences from healthy peers in terms of the development of visual-motor coordination, lag behind them in terms of the development of social qualities associated with general awareness, which may be a significant reason violations of children’s adaptation to school. The results of the study indicate the need for a targeted examination of children before entering school, and the preparation of frequently ill children for systematic schooling using special health-saving programs.

Keywords: children, preschool age, frequently ill children, school maturity, medical checkup.

Введение. В дошкольном возрасте социальная зрелость детей определяется психофизиологической готовностью к обучению в школе. Сформированность школьной зрелости напрямую зависит от состояния здоровья ребенка – функционального состояния различных систем организма и от наличия заболеваний. Таким образом, переход ребенка от дошкольного к школьному образу жизни является комплексной проблемой медиков, психологов и педагогов [1, 2, 3, 4].

Проблема школьной зрелости детей дошкольного возраста изучалась с разных сторон видными физиологами, психологами и педагогами. Длительное время считалось, что критерием готовности ребёнка к обучению в школе является уровень его умственного развития. Л.С. Выготский одним из первых сформулировал мысль о том, что готовность к школьному обучению заключается не столько в количественном запасе представлений, сколько в уровне развития познавательных процессов. По его мнению, быть готовым к школьному обучению – значит обобщать и дифференцировать в соответствующих категориях предметы и явления окружающего мира.

На современном этапе под школьной зрелостью понимается достижение ребёнком такого уровня психического развития, на котором он оказывается способным принимать участие в школьном обучении [5, 6, 7].

М.Ю. Стожарова [5] выделяет следующие компоненты физической готовности:

- биологический возраст ребенка;
- сформированность физического и психологического здоровья;
- уровень и частота заболеваемости ребёнка;
- уровень нервно-психического развития ребёнка.

Также выделены несколько компонентов психолого-педагогической готовности детей:

- уровень мотивационной готовности;
- уровень развития психических процессов ребёнка;
- социально-эмоциональная готовность;
- педагогический компонент.

В исследовании В.А. Якименко [8] описаны следующие компоненты физической готовности:

1. Наиболее важным компонентом физической готовности детей к обучению в школе является состояние здоровья. Для его оценки используются определённые критерии: наличие заболеваний, функциональное состояние основных систем организма, степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям, уровень физического и нервно-психического развития, а также степень его гармоничности.

2. Физическое развитие рассматривается как самостоятельный компонент физической готовности. Обычно проводят оценку трёх основных антропометрических показателей: длины тела, массы тела и окружности грудной клетки. Оценка гармоничности развития осуществляется по индексам и местным стандартам.

3. Развитие функциональных систем ребёнка – оценивается функциональное состояние организма (артериальное давление, частота сердечных сокращений, жизненная ёмкость лёгких, физическая работоспособность).

4. Физическая подготовленность, определяется уровнем сформированности психофизических качеств и двигательных навыков.

5. Развитие мелкой моторики рук: у старших дошкольников хорошо развиты крупные мышцы туловища и конечностей, обеспечивающие сложные движения, а мелкие мышцы кистей рук, обеспечивающие точные и тонко-координированные движения при письме, развиты недостаточно хорошо. Исследования отечественных физиологов: В.М. Бехтерева, М.М. Кольцовой, Л.В. Фоминой и др. – подтверждают связь развития руки с развитием мозга, что доказывает важность развития мелкой моторики рук для формирования готовности детей к школьному обучению.

6. Овладение культурно-гигиеническими навыками – важный компонент готовности ребёнка к школе. Отсутствие у первоклассника навыков самостоятельного выполнения культурно-гигиенических действий (умывание, приём пищи, чистка зубов и др.), освоения приёмов чистки обуви и одежды, контроля своего внешнего вида создаёт затруднения при организации обучения ребёнка в школе. Развитие этого компонента придаёт физической готовности полноту и завершенность.

Уровень сформированности школьной зрелости напрямую зависит от здоровья детей дошкольного возраста. У тех детей, кто ценой чрезмерного напряжения старается выполнить требования школы, страдает здоровье: они чаще болеют, у многих формируется невроз, страх перед школой и нежелание учиться, и в результате «незрелые» дети часто становятся неуспевающими. Но если бы школьная незрелость вызывала у детей лишь отставание в учёбе, то эта проблема так и осталась бы педагогической. Чтобы предотвратить такую ситуацию, необходимо прогнозировать готовность ребёнка к обучению ещё до его поступления в школу [1].

Ключевым понятием, требующим особого к себе внимания в процессе подготовки детей к школе, является здоровье. Именно поэтому в современном обществе проблема сохранения и укрепления здоровья детей является актуальной: с одной стороны, от состояния здоровья детей напрямую зависит уровень школьной зрелости; с другой стороны, сформированный уровень школьной зрелости (незрелости) непосредственно влияет на состояние здоровья детей в процессе обучения в школе, т.е. состояние здоровья ребенка на момент начала обучения в школе подвержено взаимообусловленности и взаимовлиянию.

В настоящее время к детям дошкольного возраста предъявляются крайне высокие требования, соответствовать которым могут только здоровые дети. О здоровье можно говорить не только при отсутствии каких-либо заболеваний, но и при условии гармоничного нервно-психологического развития, высокой умственной и физической работоспособности. Вместе с тем результаты научных исследований свидетельствуют, что уже в дошкольном возрасте здоровых детей становится всё меньше. Почти 90 % детей дошкольного возраста имеют стандартные отклонения в строении опорно-двигательного аппарата – нарушение осанки, плоскостопие, неравномерный мышечный тонус, слабость мышц брюшного пресса, неоптимальность соотношения статических и динамических движений. У 20 – 30 % детей старшего дошкольного возраста наблюдаются невротические проявления. Около 50 % детей нуждаются в психокоррекции и отличаются серьёзным психологическим неблагополучием. В подавляющем большинстве дети, начиная с дошкольного возраста, страдают дефицитом движений и сниженным иммунитетом. Также в настоящее время увеличилось количество тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью. Это не может не беспокоить современных педагогов и психологов, поэтому разработка и применение здоровьесберегающих технологий становится одной из приоритетных задач дошкольного воспитания.

Цель исследования: оценить готовность часто болеющих детей к обучению в школе для выявления особенностей процесса адаптации к новому виду деятельности.

Материалы и методы. В исследование были включены 77 детей дошкольного возраста, посещающих детский сад № 8 «Родничок» г. Якутска. Из них: в возрасте 7 лет — 62 (80,5 %) детей (основная группа), в возрасте 6 лет — 15 (19,5 %) детей (контрольная группа); 7-летних девочек было 24 и мальчиков – 38; 6-летних девочек было 10, мальчиков – 5. По итогам медицинского обследования (осмотр педиатра, выкопировка медицинских карт), 6 (7,7 %) детей относятся к 1 группе здоровья, 63 (81,8 %) – ко 2 группе здоровья, и 8 (10,5 %) детей – к 3 группе здоровья. При этом установлено, что дети третьей группы здоровья – 4 девочки и 4 мальчика семи лет – кроме основного заболевания, часто болеют респираторными заболеваниями: в течение года более 7-8 раз, из-за частых респираторных заболеваний имели ежемесячные пропуски в среднем от 8 до 12 дней. Этих детей выделили в отдельную группу – часто болеющие дети (ЧБД).

После проведенного обследования к первой группе здоровья отнесли детей, не имеющих отклонений по всем избранным для оценки критериям здоровья, не болевшие или редко болевшие за период наблюдения, имеющие отставание в нервно-психическом развитии не более чем на 1 эпикризный срок, а также дети, имеющие единичные морфологические отклонения, не влияющие на состояние здоровья и не требующие коррекции.

Вторую группу здоровья составили здоровые дети, имеющие «риск» формирования хронических заболеваний.

Третья группа здоровья – это дети с наличием хронических болезней или врождённой патологией в состоянии компенсации, т.е. с редкими, нетяжёлыми по характеру течения обострениями хронического заболевания без выраженного нарушения общего самочувствия и поведения, наличием функциональных отклонений только одной патологически измененной системы или органа.

При исследовании состояния здоровья учитывались следующие критерии:

I критерий – наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе;

II критерий – уровень физического развития и степень его гармоничности;

III критерий – уровень нервно-психического развития;

IV критерий – резистентность организма;

V критерий – функциональное состояние органов и систем;

VI критерий – наличие или отсутствие хронических болезней или врождённых пороков развития.

При этом I критерий обуславливает здоровье, а II–VI критерии характеризуют здоровье.

Диагностика готовности будущих первоклассников к систематическому обучению в школе проводилась с помощью психологического теста Керна-Йерасака, направленного на выявление психосоциальной зрелости, уровня развития зрительно-моторных функций и речи, а также школьно-необходимых функций в форме способности к произвольному поведению. Тест состоит из четырех субтестов. Первые три субтеста направлены на определение тонкой моторики руки, координации движений и зрения, умения выполнять заданные образцы, т.е. характеризуют произвольность психической деятельности. Четвертый субтест характеризует развитие социальных качеств, связанных с общей осведомленностью. Готовыми к школьному обучению считались дети, получившие в сумме по первым трем субтестам от 3 до 5 баллов. Дети, получившие 6-9 и 10-11 баллов, имеют средний и низкий уровни готовности к школьному обучению соответственно. Дети, набравшие 12-15 баллов, имеют развитие ниже нормы и нуждаются в дополнительном индивидуальном исследовании интеллектуального развития. По результатам четвертого субтеста «школьно-зрелыми» считались дети, получившие в сумме 24-29 баллов. Средний уровень готовности к школе соответствует 20-23 баллам, низкий — 15-19 баллам (дети, условно не готовые к школьной жизни). Развитие ниже нормы имеют дети, набравшие менее 15 баллов.

Исследование психофизиологической готовности к школьному обучению проводилось с участием педиатров, психолога и педагогического персонала детского сада дважды с промежутком 6 месяцев: в конце октября после адаптации детей к детскому образовательному учреждению (ДОУ) после летних каникул и в конце апреля (до выпуска из ДОУ). Данное исследование проводилось после медицинского обследования детей педиатром, при котором оценивались функциональное состояние организма и основные антропометрические показатели; оценка гармоничности развития осуществлялась по индексам и местным стандартам физического развития детей дошкольного возраста [4].

Статистический анализ полученных данных проводили на персональном компьютере в операционной среде Windows 2000 с использованием статистической программы STATISTICA 6.0. Результаты исследования проанализированы непараметрическим методом с использованием критерия Манна-Уитни. Достоверность установленных различий определяли с помощью U-показателя, P-уровень рассматривали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Мониторинг детей дошкольного возраста, посещающих подготовительные группы детского сада № 8 «Родничок» г. Якутска показал, что при первом обследовании детей (осенью) к I группе здоровья относились 6 (7,7 %) детей, 63 (81,8 %) – ко 2 группе здоровья, и 8 (10,5 %) детей – к 3 группе здоровья. Дети 3 группы здоровья – 4 девочки и 4 мальчика в течение года часто болели респираторными заболеваниями, более 7-8 раз.

При повторном обследовании детей к 1 группе здоровья были отнесены 6 (7,7 %) детей, ко 2 группе – 65 (84,4 %) и к 3 группе – 6 (7,8 %) детей: после углубленного медицинского осмотра двое детей 3 группы переведены во 2 группу здоровья (1 ребенок после проведенных оздоровительных мероприятий в течение полугода острым респираторным заболеванием переболел 1 раз, второй ребенок зимой проходил лечение у стоматолога: просанировал 4 кариозных зуба).

После двух медицинских осмотров у исследуемых детей не было констатировано повышения или понижения артериального давления и частоты сердечных сокращений выше или ниже нормы.

По показателям физического развития осенью: у 2 (4,7 %) мальчиков физическое развитие было высокое, у 3 (6,9 %) – выше среднего, 35 (81,5 %) мальчиков имели среднее физическое развитие и 3 (6,9 %) – ниже среднего. Среди девочек физическое развитие выше среднего было у 1 (2,9 %), среднее развитие имели 26 (76,5 %) девочек, ниже среднего было у 6 (17,6 %) и у 1 (2,9 %) девочки было низкое физическое развитие. При этом гармоничное физическое развитие имели 41 (95,3 %) мальчиков и 33 (97 %) девочек, а дисгармоничное физическое развитие было у 2 (4,7 %) мальчиков и 1 (3 %) девочки (табл. 1).

Таблица 1 – Показатели физического развития детей дошкольного возраста

Физическое развитие	Основная группа		Контрольная группа		Группа ЧБД	
	девочки n=20	мальчики n=34	девочки n=10	мальчики n=5	девочки n=4	мальчики n=4
высокое	-	2 (5,9 %)	-	-	-	-
выше среднего	1 (5 %)	2 (5,9 %)	-	1 (20 %)	-	-
среднее	17 (85 %)	30 (88,2 %)	7 (70 %)	2 (40 %)	2 (50 %)	3 (75 %)
ниже среднего	2 (10 %)	-	2 (20 %)	2 (40 %)	2 (50 %)	1 (25 %)
низкое	-	-	1 (10 %)	-	-	-

Весной при измерении данных физического развития было выявлено, что мальчики за полгода выросли в среднем на 3-4 см, в массе тела прибавили по 1-1,5 кг, что соответствует возрастным нормам и по данным физического развития у них больших изменений не выявлено. Со средним физическим развитием стало мальчиков 37 (86 %), а ниже среднего – 1 (2,3 %).

У девочек при весеннем осмотре было выявлено, что 1 (2,9 %) девочка относится к группе с высоким физическим развитием, выше среднего – 1 (2,9 %), среднее физическое развитие имели 28 (82,4 %) девочек, ниже среднего 3 (8,8 %) и 1 (2,9 %) девочка имела низкое физическое развитие. При этом девочки за прошедший период выросли от 3 до 5-6 см и в массе набрали от 1,5 до 2 кг (табл. 2).

Следует отметить, что показатели гармоничности за прошедшее время не изменились.

Таблица 2 – Показатели физического развития детей дошкольного возраста при повторном исследовании

Физическое развитие	Основная группа		Контрольная группа		Группа ЧБД	
	девочки n=20	мальчики n=34	девочки n=10	мальчики n=5	девочки n=4	мальчики n=4
высокое	1 (5 %)	2 (5,9 %)	-	-	-	-
выше среднего	-	2 (5,9 %)	1 (10 %)	1 (20 %)	-	-
среднее	18 (90 %)	30 (88,2 %)	7 (70 %)	4 (80 %)	3 (75 %)	3 (75 %)
ниже среднего	1 (5 %)	-	1 (10 %)	-	1 (25 %)	1 (25 %)
низкое	-	-	1 (10 %)	-	-	-

Проведенное в конце октября исследование показало, что в основной группе сумма показателей первых трех субтестов у детей была несколько выше, чем у детей контрольной группы, и составляла соответственно $5,8 \pm 0,1$ балла и $6,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,05$). При этом показатели этих субтестов в группе ЧБД составили $6,0 \pm 0,3$ балла ($p > 0,05$). Уровень развития зрительно-моторных функций в возрасте 7 лет (основная группа) достоверно превышал таковой в контрольной группе (6-летние дети) и группе ЧБД ($p < 0,05$).

Таким образом, у большинства детей исследуемых групп регистрировались средний и высокий уровни «школьной зрелости» по первым трем субтестам. При этом в основной группе уровень развития зрительно-моторной координации был выше, чем в контрольной; в группе ЧБД уровень развития ниже нормы отмечался только у 1 мальчика (табл. 3).

Таблица 3 – Показатели зрительно-моторной координации детей дошкольного возраста

Уровень развития	Основная группа		Контрольная группа		Группа ЧБД	
	девочки n=24	мальчики n=38	девочки n=10	мальчики n=5	девочки n=4	мальчики n=4
высокий	7 (29,2 %)	4 (10,5 %)	1 (10 %)	-	-	-
средний	17 (70,8 %)	26 (68,4 %)	6 (60 %)	3 (60 %)	3 (75 %)	2 (50 %)
низкий	-	8 (21,1 %)	3 (30 %)	2 (40 %)	1 (25 %)	1 (25 %)
ниже нормы	-	-	-	-	-	1 (25 %)

Исследование уровня развития социальных качеств не выявило статистически значимых различий между исследуемыми группами детей: показатели четвертого субтеста в основной группе составили $23,4 \pm 0,1$ балла, в контрольной — $20,5 \pm 0,4$ балла ($p > 0,05$), в группе ЧБД — $22,2 \pm 0,3$ балла ($p > 0,01$). Как в основной, так и группе ЧБД показатели социальной зрелости у детей в возрасте 7 лет были достоверно выше, чем у детей в возрасте 6 лет ($p < 0,01$) (табл. 4).

Таблица 4 – Показатели социальной зрелости детей дошкольного возраста

Уровень развития	Основная группа		Контрольная группа		Группа ЧБД	
	девочки n=24	мальчики n=38	девочки n=10	мальчики n=5	девочки n=4	мальчики n=4
высокий	9 (37,5 %)	8 (21,1 %)	1 (10 %)	-	1 (25 %)	-
средний	15 (62,5 %)	28 (73,7 %)	7 (70 %)	3 (60 %)	2 (50 %)	3 (75 %)
низкий	-	2 (5,2 %)	2 (20 %)	2 (40 %)	1 (25 %)	1 (25 %)

В возрасте 7 лет у большинства детей основной группы и группы ЧБД отмечался средний и высокий уровень развития социальных качеств. При этом дети контрольной группы чаще демонстрировали средний уровень и реже — низкий уровень социальной зрелости.

При повторном исследовании детей в конце апреля нами были получены следующие результаты: в основной группе сумма показателей первых трех субтестов стала выше, чем при первом исследовании; у детей контрольной группы также было отмечено повышение показателей: $5,1 \pm 0,2$ балла и $5,8 \pm 0,4$ балла ($p > 0,05$). Показатели этих субтестов в группе ЧБД составили $6,0 \pm 0,1$ балла. Таким образом, у большинства детей исследуемых групп регистрировались средний и высокий уровни «школьной зрелости» по первым трем субтестам. В основной и контрольной группах уровень развития зрительно-моторной координации был выше, чем в группе ЧБД (табл. 5).

Таблица 5 – Показатели зрительно-моторной координации детей дошкольного возраста при повторном исследовании

Уровень развития	Основная группа		Контрольная группа		Группа ЧБД	
	девочки n=24	мальчики n=38	девочки n=10	мальчики n=5	девочки n=4	мальчики n=4
высокий	16 (66,7 %)	24 (63,2 %)	6 (60 %)	3 (60 %)	2 (50 %)	1 (25 %)
средний	8 (33,3 %)	13 (34,2 %)	4 (40 %)	2 (40 %)	2 (50 %)	2 (50 %)
низкий	-	1 (2,6 %)	-	-	-	1 (25 %)
ниже нормы	-	-	-	-	-	-

Исследование уровня развития социальных качеств не выявило статистически значимых различий между исследуемыми группами детей: показатели четвертого субтеста в основной группе составили $25,4 \pm 0,2$ балла, в контрольной — $24,5 \pm 0,1$ балла, в группе ЧБД — $23,1 \pm 0,4$ балла.

Таблица 6 – Показатели социальной зрелости детей дошкольного возраста при повторном исследовании

Уровень развития	Основная группа		Контрольная группа		Группа ЧБД	
	девочки n=24	мальчики n=38	девочки n=10	мальчики n=5	девочки n=4	мальчики n=4
высокий	21 (87,5 %)	34 (89,4 %)	8 (80 %)	3 (60 %)	2 (50 %)	1 (25 %)
средний	3 (12,5 %)	4 (10,6 %)	2 (20 %)	2 (40 %)	2 (50 %)	2 (50 %)
низкий	-	-	-	-	-	1 (25 %)

Таким образом, у подавляющего большинства детей отмечался высокий и средний уровень развития социальных качеств. Дети группы ЧБД чаще демонстрировали средний уровень социальной зрелости, 1 часто болеющий респираторными заболеваниями мальчик остался с низким уровнем развития зрительно-моторных и социальных функций. Из анамнеза мальчика известно, что родился при сроке беременности 28 недель, в первые годы жизни ежегодно проходил реабилитационное лечение в неврологическом стационаре.

Наше исследование выявило, что к весне показатели социального функционирования характеризовались достоверным снижением удельного веса детей, имевших низкий уровень развития ($p < 0,001$) при одновременном увеличении удельного веса детей с высоким уровнем развития ($p < 0,01$). Указанные тенденции отмечались и в характере распределения детей исследуемых групп по уровням развития тонкой моторики руки и зрения. Уровень ниже нормы отмечался у одного мальчика из группы ЧБД, впоследствии у него же наблюдался низкий уровень развития зрительно-моторных функций.

Результаты исследования: готовыми к школьному обучению (показавшими высокий уровень развития по всем четырем субтестам) были 52 (67,5 %) ребенка, средний уровень «школьной зрелости» имели 15 (19,5 %), низкий уровень — 1 (1,3 %) детей. 9 (11,7 %) детей по результатам исследования были признаны как «условно» готовые к школьному обучению, им рекомендовано перед поступлением в школу повторно пройти психофизиологическое исследование. К этой группе в основном относились 6-летние мальчики и девочки, которым 7 лет исполняется в летние месяцы.

Заключение. Оценка психологической готовности к обучению в школе по всем составляющим теста Керна-Йерасека позволила сделать следующий вывод: часто болеющие дети, не имея статистически достоверных отличий от здоровых сверстников по уровню развития зрительно-моторной координации, отстают от них по уровню развития социальных качеств, связанных с общей осведомленностью, что может явиться значимой причиной нарушения адаптации детей к школе. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости целенаправленного обследования детей перед поступлением в школу и подготовки часто болеющих детей к систематическому обучению в школе с использованием специальных здоровьесберегающих программ.

Выводы:

1. По результатам медицинского и психологического обследования полностью готовыми к школьному обучению являются 67,5 % детей подготовительной группы детского сада.
2. У детей с нарушениями состояния здоровья чаще отмечается средний или низкий уровень «школьной зрелости».
3. У часто болеющих детей плохо развиты социальные качества, что может быть следствием гиперопеки со стороны родителей этих детей.

4. Полученные данные могут быть использованы для разработки специальных здоровьесберегающих программ для профилактики школьной дезадаптации детей.

Литература

1. Балабекян, Е.С. Готовность ребенка к школе и проблема школьной дезадаптации / Е.С. Балабекян // Вестник современных исследований. – 2018. – № 2.2. – С. 31-35.
2. Гаязова, Л.Р., Черкасова, О.В. Психологическая готовность дошкольника к обучению / Л.Р. Гаязова, О.В. Черкасова // Молодой ученый. – 2017. – № 15. – С.49-52.
3. Рыскулова, М.М. Исследование психологической готовности ребенка к обучению в школе / М.М. Рыскулова // Вестник бурятского государственного университета. – 2014. – № 5. – С. 65-68
4. Суздальцева, О.О. Состояние психологической готовности старших дошкольников к школьному обучению / О.О. Суздальцева. – Концепт, 2015. – Спецвыпуск № 01. – С. 96-100. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/75020>.
5. Стандарты индивидуальной оценки физического развития детей в возрасте от рождения до семи лет Республики Саха (Якутия): методические указания / составители: Н.М. Захарова, М.В. Ханды, Я.А. Мунхалова. – Якутск, 2003. – 72с.
6. Стожарова, М.Ю. Формирование школьной зрелости дошкольников: монография / М.Ю. Стожарова. – Москва: ФЛИНТА, 2021. – 116с.
7. Фомина, С.Е. Критерии готовности к школьному обучению / С.Е. Фомина. – Современное дошкольное образование. Электронный журнал. – 2021. – № 16. URL: <https://sdo-journal.ru>
8. Якименко, В. А. Педагогические условия формирования физической готовности старших дошкольников к обучению в школе: автореф. дис. ... канд. пед. наук / В.А. Якименко. – М, 2007. – 18с.

References

1. Balabekjan, E.S. Gotovnost' rebenka k shkole i problema shkol'noj dezadaptacii / E.S. Balabekjan // Vestnik sovremennyh issledovanij. – 2018. – № 2.2. – S. 31-35.
2. Gajazova, L.R., Cherkasova, O.V. Psihologicheskaja gotovnost' doshkol'nika k obucheniju / L.R. Gajazova, O.V. Cherkasova // Molodoy uchenyj. – 2017. – № 15. – S.49-52.
3. Ryskulova, M.M. Issledovanie psihologicheskoy gotovnosti rebenka k obucheniju v shkole / M.M. Ryskulova // Vestnik burjatskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2014. – № 5. – S. 65-68
4. Suzdal'ceva, O.O. Sostojanie psihologicheskoy gotovnosti starshih doshkol'nikov k shkol'nomu obucheniju / O.O. Suzdal'ceva. – Koncept, 2015. – Specvypusk № 01. – C. 96-100. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/75020>.
5. Standarty individual'noj ocenki fizicheskogo razvitija detej v vozraste ot rozhdenija do semi let Respubliki Saha (Jakutija): metodicheskie ukazaniya / sostaviteli: N.M. Zaharova, M.V. Handy, Ja.A. Munhalova. – Jakutsk, 2003. – 72s.
6. Stozharova, M.Ju. Formirovanie shkol'noj zrelosti doshkol'nikov: monografija / M.Ju. Stozharova. – Moskva.: FLINTA, 2021. – 116s.
7. Fomina, S.E. Kriterii gotovnosti k shkol'nomu obucheniju / S.E. Fomina. – Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie. Jelektronnyj zhurnal. – 2021. – № 16. URL: <https://sdo-journal.ru>
8. Jakimenko, V. A. Pedagogicheskie uslovija formirovanija fizicheskoy gotovnosti starshih doshkol'nikov k obucheniju v shkole: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk / V.A. Jakimenko. – M, 2007. – 18s.