

показатель заболеваемости РЛ не превышал уровня 2006 года (39,0 в КО и 32,0 в ДО на 100000 нас.), то количество валовых выбросов не должно превышать 1125,0 и 955,7 т/год соответственно. В 2004 году эти величины составляли 1534,2 т в КО и 1766,6 т — в ДО, поэтому рост заболеваемости РЛ в среднесрочной перспективе весьма вероятен и в КО, и в ДО.

Какой из приведенных методов расчета прогнозов является наиболее точным, покажет сопоставление ожидаемых и фактических показателей заболеваемости в ближайшие 5-10 лет. В настоящее время полученные результаты могут быть приняты за основу для прогнозирования онкологической ситуации и планирования профилактических мероприятий в угледобывающих регионах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад "О состоянии и охране окружающей среды Кемеровской области в 2004 г." — Кемерово: Практика, 2005. — 367 с.
2. Земля тревоги нашей. Материалы ежегодных докладов о состоянии окружающей среды Донецкой области / Гос. управление по экологической безопасности. — Донецк, 2005.
3. Канцерогенные вещества: справочник МАИР / Под ред. В.С. Турусова. — М.: Медицина, 1987. — 333 с.
4. Мерков А.М. Санитарная статистика / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков. — Ленинград: Медицина, 1974. — 384 с.
5. Основные показатели охраны окружающей среды. Статистический сборник по валовым выбросам за 1985-2004 гг. / Донецкое областное статистическое управление. — Донецк, 2005.
6. Перечень веществ, продуктов, производственных процессов, бытовых и природных факторов, канцерогенных для человека. Гигиенические нормативы ГН 1.1.725-98 / МЗ России. — М., 1999.
7. Угольная промышленность Российской Федерации в 2004 году. — Т. II. — М.: Росинформуголь, 2005. — 150 с.
8. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. — СПб: ВМедА, 2002. — 266 с.

Надійшла до редакції 19.03.2010.

HYGIENICAL ESTIMATION OF ORGANIZATION OF EDUCATION OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE WITH THE LIMITED POSSIBILITIES

Kozyarin I.P., Ivahno O.P., Melnichenko T.I., Nemtseva J.V.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТИ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ



**КОЗЯРІН І.П.,
ІВАХНО О.П.,
МЕЛЬНИЧЕНКО Т.І.,
НЕМЦЕВА Ю.В.**

Національна
медична академія
післядипломної
освіти
ім. П.Л. Шупика,
м. Київ

УДК 613.954:004

учасний рівень здоров'я дитячого населення України вимагає розробки та прийняття профілактичних заходів, які стосуються всіх вікових верств дітей [1, 2]. Особлива увага має бути приділена дітям з порушенням здоров'я у дошкільному віці, в яких протягом останніх років спостерігається несприятлива тенденція до погіршення зорової функції, розвитку мовленнєвого апарату, нервової системи, формування неправильної постави та сколіозу [3-6]. Тому основним завданням сьогодення є охорона та зміцнення здоров'я дитини, забезпечення її всебічного розвитку і оптимальної соціалізації до існуючих умов життя.

Згідно з програмою ЮНЕСКО "Освіта для всіх" передбачається вільний доступ різних груп населення до освітніх цінностей, у тому числі осіб з обмеженими можливостями здоров'я [7, 8]. В Україні вирішення цієї проблеми забезпечується законами "Про освіту", "Про дошкільну освіту", а Конституцією України гарантуються державні соціальні стандарти основних показників якості життя дітей, заходи захисту прав дитини на охорону здоров'я, відпочинок, освіту, професійну підготовку.

В Україні створені компенсаторні дошкільні навчальні заклади (ДНЗ) для дітей

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Козярин И.П., Ивахно А.П., Мельниченко Т.И., Немцева Ю.В.

В Украине лица с ограниченными возможностями здоровья в возрасте до 21 года имеют право на специальное образование в разных организационных формах (обучение в домашних условиях, в компенсационном и общеобразовательном заведении общего назначения).

ДНЗ компенсирующего типа посещают дети в возрасте 2-7 лет с разной степенью нарушения зрения (слепые, слабовидящие, дети с монокулярным зрением на фоне амблиопии и косоглазия, которые не принадлежат к категории слабовидящих) и речи, в которых созданы надлежащие условия для учебы, воспитания, лечения, социальной адаптации и интеграции детей в общество. Невзирая на наличие специальных дошкольных заведений основная часть детей с нарушениями здоровья получает помощь в государственных ДНЗ общего типа, в которых должны создаваться условия интегрированного воспитания и учебы. Длительность коррекционно-развивающего обучения детей с общим недоразвитием речи и письма составляет от 1,5 до 2-х лет.

© Козярин І.П., Івахно О.П., Мельниченко Т.І.,
Немцева Ю.В. СТАТТЯ, 2010.

з порушенням слуху, зору, мовлення, опорно-рухового апарату, затримкою психічного розвитку, розумово відсталих, в яких створено належні умови для навчання, виховання, лікування, соціальної адаптації та інтеграції дітей у суспільство.

Сучасна система спеціальної освіти зобов'язана забезпечувати максимальне скорочення розриву між моментом визначення первинного порушення у розвитку дитини і початком комплексної медико-психолого-педагогічної допомоги [6, 8]. Особи з обмеженими можливостями здоров'я віком до 21 року мають право на спеціальну освіту у різних організаційних формах (навчання вдома та у компенсаційному і загальноосвітньому закладах загального призначення).

Виховання і навчання дитини з порушеннями здоров'я мають на меті такі основні завдання:

- рання соціалізація дитини через розвиток її особистості;
- своєчасна корекція і компенсація порушень;
- медико-соціальна реабілітація і психолого-педагогічна підтримка родин у питаннях виховання дитини з тяжкими порушеннями здоров'я.

Дошкільне дитинство — це головний період у житті дитини, оскільки фундаментальні зміни в організмі відбуваються саме у цьому віці. У періоді розвитку виділяють стадії, які змінюють одна одну, але послідовність їх залишається незмінною, і кожна з них характеризується віковими межами та провідними критеріями [8].

Розвиток окремих функцій є домінуючим на певному етапі. Так, протягом перших трьох місяців життя зароджується і формується потреба дитини у спілкуванні з дорослими, що характеризується зоровою та слуховою зосередженістю, усмішкою, вокалізацією, рухами рук і всього тіла, тобто "комплексом жвавості", а у подальшому — орієнтацією у середовищі, розвитком мови і моторики та активною діяльністю. Пізнання навколишнього світу розпочинається з зосередженості на предметах і простежуванні за їхнім рухом у полі зору дитини. На цьому етапі предмет "керує" дитиною. Потім дитина здійснює ініціативні дії щодо предметів: формування акту хапання



ГІГІЄНА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

(важливий рух в її розвитку) та маніпулятивні дії з одним і декількома предметами [9].

У другому півріччі дитина звертається до дорослого для сумісних дій. Становлення основних рухів (повороти зі спини на живіт та навпаки, піднімання голови, повзання, сидіння, стояння, ходіння) збільшує взаємодію дитини з навколишнім світом.

Розвиток орієнтації призводить до формування у дитини пасивної, а потім і активної мови. Пасивна мова проявляється зосередженням дитини на обличчі дорослих, звуках, інтонації, ритміко-мелодійних характеристиках мови оточуючих, асоціація слова з предметами або дією. Наприкінці першого року життя дитина може виконувати прості доручення, позначити словом предмет або дію, розуміє цілі фрази. Активна мова проходить стадії гуління, лепету, псевдослів та окремих слів. Також встановлюється емоційне ставлення до себе, почуття власного "Я", що проявляється у відстоюванні особистих бажань та позитивному ставленні до себе.

Жести на першому році життя дитини є засобом спілкування з дорослими. Вказівний

жест є незакінченим хапальним рухом.

Уявлення про предмет (пошук його у полі зору) починає формувати поведінку дитини, а знання окремих предметів, їхніх властивостей, зв'язків між ними — основи мислення.

Таким чином, прагнення дитини до самостійності призводить до засвоєння предметної діяльності, а змістовного спілкування з дорослою людиною — до оволодіння мовою.

Незважаючи на наявність спеціальних дошкільних закладів основна частина дітей з порушеннями здоров'я одержує допомогу у державних ДНЗ загального типу, в яких створюються умови інтегрованого виховання і навчання.

Існують також реабілітаційні дошкільні центри, які призначені для розробки і реалізації індивідуальних маршрутів розвитку дитини, профілактики і корекції вторинних відхилень. За кордоном, наприклад при Росдержпедуніверситеті ім. О.І. Герцена (Санкт-Петербург), створено реабілітаційний Центр для дітей віком до 3-х років життя, які мають глибокі зміни зору або комплексні порушення розвитку організму у цілому. У Центрі формуються стаціонарні і кон-

Рисунок 1



сультативні групи. З дітьми працюють вчителі-тифлопедагоги, психологи, логопеди і вихователі та лікарі — педіатри, окулісти, психоневрологи, невропатологи, спеціалісти з ЛФК, які проводять заняття з лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичні процедури, масаж, плеоптичне лікування тощо. Консультативні групи передбачають тимчасове перебування дитини з батьками (декілька разів на тиждень). У таких групах працюють спеціалісти, які навчають дітей грі, просторовому і соціально-побутовому орієнтуванню, мистецькій діяльності. З дітьми, окрім тифлопедагогів, працюють також логопеди, психоневрологи, невропатологи. Новонароджені і діти першого року життя з тяжкою формою патології обслуговуються тифлопедагогами патронажно.

Метою нашого дослідження була гігієнічна оцінка надання освітніх послуг дітям дошкільного віку з обмеженими можливостями щодо зору та мовлення.

Для досягнення поставленої мети нами вирішувалися такі завдання:

- вивчити організацію корекційно-реабілітаційної допомоги дітям з подолання недовірок зорових і мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку;

- дати оцінку змін у стані здоров'я дітей-дошкільників за період введення у дію Закону України "Про дошкільну освіту" (2001-2008);

- визначити шляхи удосконалення корекційно-компенсаторної допомоги дітям у спеціалізованих ДНЗ для дітей з порушенням мовлення та зору.

Дослідження виконані в умовах м. Києва. Інформація про стан здоров'я дітей дошкільно-

го віку одержана із звітних форм 31-здоров, ф. 18 за 2001-2008 рр. та звітів про роботу Київської міської психолого-медико-педагогічної консультації, а також проаналізовано досвід Росії з організації освіти осіб з обмеженими можливостями у контексті програми ЮНЕСКО [8].

Дослідження показали, що у м. Києві працюють шість ДНЗ компенсуючого типу для дітей з вадами зору та мовлення, в яких організовано 29 груп, з них 9 — для дітей з вадами зору. Основний контингент дітей з порушенням мовленнєвого розвитку (перша група) — це діти з загальним недорозвиненням мови, причиною якого є системне ураження ЦНС або периферичного відділу мовленнєвого апарату (алалія, афазія, дизартрія, ринолалія). У таких дітей зустрічаються недоліки у вимовлянні і розрізненні звуків; порушення складової структури слів; утруднення у розумінні складних граматичних конструкцій; страждає сполучена мова; словниковий запас бідний; труднощі при оволодінні письмом та використанні складних мовленнєвих структур, звуковому і буквовому аналізі, лексико-граматичній побудові мови; стійке утруднення при оволодінні технікою читання і осмисленні прочитаного.

Друга група — це діти, що мають некомпенсоване фонетико-фонематичне недорозвинення мови (порушення процесу формування вимови — дизартрія). Спостерігається загальна "змазаність" мови, недостатня чіткість і фонологічні заміни, порушення структури слів, роздільне написання частин слова, аграматизми, орфографічні помилки. Для таких дітей характерні нестійкість

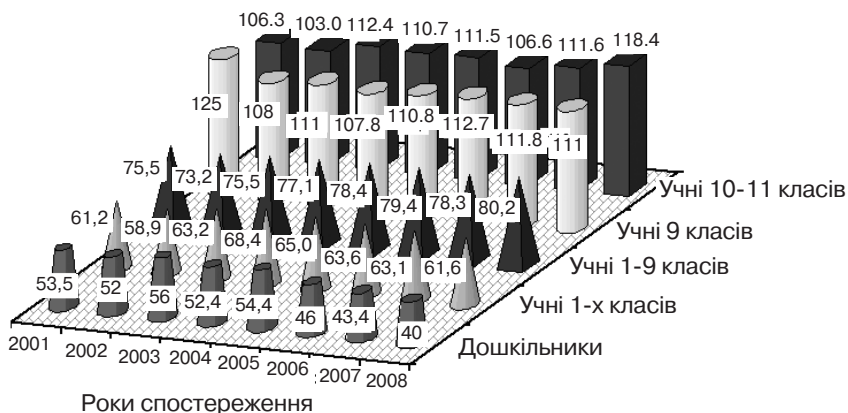
уваги, відволікання, недостатня спостережливість до мовних явищ.

Встановлено, що ДНЗ компенсуючого типу відвідують діти віком 2-7 років з різним ступенем порушення зору: сліпі, слабкозорі, діти з монокулярним зором на фоні амбліопії і косоокості, які не належать до категорії слабкозорих. Корекційно-компенсаторна спрямованість виховного процесу у ДНЗ компенсуючого типу для дітей з порушенням зору реалізується шляхом проведення корекційно-розвиваючої і лікувально-виховної роботи. Перший вид роботи здійснюється вихователями, тифлопедагогом, логопедом, психологом, інструктором з фізичного виховання і спрямований на формування у вихованців навичок просторової і соціально-побутової орієнтації, оволодіння ними засобу пізнання предметів і явищ навколишнього світу на звуковій сенсорній основі, розвиток психічних процесів (чуття, сприйняття, уваги, пам'яті, розуміння) і вищих форм психічної діяльності (мови, мислення) та на виховання самостійності і активності дітей [8]. Лікувально-відновна робота у ДНЗ забезпечується медичним персоналом.

Окрім ДНЗ компенсуючого типу (для дітей з порушенням зору) діти дошкільного віку можуть відвідувати спеціальні групи на базі ДНЗ загального типу, а для дітей зі сполученим порушенням розвитку, які не мають можливості відвідувати спеціальний (корегуючий) заклад, може бути організоване навчання вдома. Перелік хвороб, наявність яких дає право на таку форму навчання, затверджений МОЗ України.

Мережа ДНЗ для дітей з порушенням мови в Україні почала розвиватися з 60-х років ХХ ст. Спочатку логопедична допомога дітям дошкільного віку надавалась у спеціальних групах ДНЗ загального типу. Пізніше були організовані ДНЗ для дітей з вадами мовлення (з заїканням та загальним недорозвиненням мови). У цих закладах надається стаціонарна логопедична допомога, завданнями якої є корекція мовного дефекту, підготовка дітей до оволодіння грамотою, вторинна профілактика мовних розладів, реалізація комплексу заходів, спрямованих на подолання

Рисунок 2
Порушення гостроти зору у дітей м. Києва, %



HYGIENICAL ESTIMATION OF ORGANIZATION OF EDUCATION OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE WITH THE LIMITED POSSIBILITIES

Kozyarin I.P., Ivahno O.P., Melnichenko T.I., Nemtseva J.V.

In Ukraine of person with the limited possibilities of health under age 21 have a right to the special education in different organizational forms (teaching is in home terms, in compensative and general establishments of general purpose).

DNZ of compensating type visit children in age 2 - 7 years with a different degree paropsiss (blind, cecutient, children with monocular sight on a

background an amblyopia and cross-eye, which do not belong to the category of cecutient) and speech, in which the proper terms are created for studies, education, treatment, social adaptation and integration of children in society. Without regard to the presence of the special preschool establishments, basic part of children with violations of health gets a help in state DNZ of general type, the terms of computer-integrated education and studies must be created in which. Duration of the correction-developing teaching of children with the general exclamation of speech and letter makes from 1,5 to 2 year.

мовних і немовних, первинних та вторинних розладів у структурі мовного дефекту. Корекційне навчання враховує програмні вимоги до виховання дитини дошкільного віку.

Для дошкільних груп дітей з порушенням мови розроблений відповідний режим дня, який відрізняється від звичайного проведенням логопедом фронтальних, підгрупових та індивідуальних занять. Увечері відводиться час для занять вихователя з підгрупами і окремими дітьми з корекції порушень мови за завданнями логопеда. Вихователь планує свою роботу з урахуванням програмних вимог і мовних можливостей дітей. Для вихованців ДНЗ з фонетико-фонематичним недорозвиненням додають корекцію мовного дефекту і підготовку до повноцінного навчання грамоті.

Корекційне навчання передбачає також засвоєння певного кола знань про навколишнє середовище і словарний запас, мовних умінь і навичок, які мають бути засвоєними дітьми на відповідному віковому етапі.

Логопедична робота охоплює формування навичок вимови, фонематичного сприйняття, звукового аналізу і синтезу, а також розвиток уваги до морфологічного складу слів, їх зміни і складання у речення, виховання умінь правильно складати прості, поширені та складні речення, вживати різні конструкції речень у сполученій мові, навчання розповідати, розвиток словника шляхом привертання уваги до словоутворення, емоційної оцінки значень слів. Загальне недорозвинення мови корегується залежно від рівня мовного розвитку.

Перший рівень мовного розвитку передбачає розуміння мови, у тому числі самостій-

ної, на основі наслідування діяльності і формування двоскладового простого речення з засвоєнням елементарних словоутворень.

Навчання дітей другого рівня мовного розвитку — це розвиток розуміння мови, спрямованої на розпізнання слова, елементарних форм усної мови на базі уточнення і розширення словникового запасу, практичного засвоєння простих граматичних категорій, оволодіння правильною вимовою і розрізненням звуків, формування ритміко-складової структури слова.

Навчання дітей третього рівня мовного розвитку спрямоване на практичне засвоєння дитиною лексичних і граматичних засобів мови, формування повноцінної звукової мови (артикуляційні звички, звуковимови, складова структура слів і фонематичне сприйняття); оволодіння елементами грамоти та розвиток сполученої мови.

Шляхом планомірного накопичення спостережень за змістом, звуковим, морфологічним, синтаксичним компонентами мовної функціональної системи розвивається відчуття мови і відбувається оволодіння мовними засобами, на

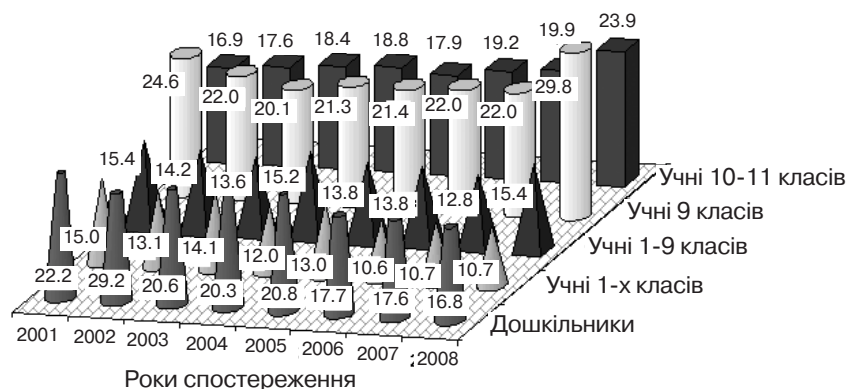
основі яких можливий перехід до самостійного розвитку і збагачення мови у процесі вільного спілкування. Разом з подоланням мовних порушень розвивається пізнання з виробленням у дітей вміння спостерігати, порівнювати, узагальнювати явища навколишнього життя.

Оскільки порушення мови зустрічаються у дітей паралельно з порушенням зору, інтелекту та опорно-рухового апарату, то логопедичну допомогу організовують і у ДНЗ для дітей з зоровою, інтелектуальною і руховою недостатністю, яка проводиться з урахуванням стану їхнього зору і рівня мовного розвитку, способів сприйняття, психологічних та індивідуальних особливостей, а у ДНЗ загального типу допомогу можна організувати у логопедичних кабінетах, де спеціаліст на амбулаторному прийомі консультує батьків і здійснює корекційну роботу з дітьми з порушеною вимовою окремих звуків.

Діти одержують логопедичну допомогу за направленням психоневрологів і вчителів, а також за бажанням батьків. Тривалість корекційно-розвиваючого навчання дітей з за-

Рисунок 3

Хвороби нервової системи у дітей м. Києва, %



гальним недорозвиненням мови та порушеннями читання і письма становить від 1,5 до 2-х років.

Логопедична допомога надається дітям і у системі охорони здоров'я за рахунок роботи логопедичного кабінету дитячої поліклініки. На його базі здійснюється диспансеризація організованих і неорганізованих дітей, консультативно-просвітницька робота з батьками, педагогічна робота з корекції мовних дефектів на систематичних і консультативних заняттях.

Для дітей переддошкільного віку з мовними дефектами створюють спеціалізовані ясла, в яких корекційні заходи спрямовані не тільки на подолання затримки мовленнєвого розвитку і заїкання, але й на вторинну профілактику мовленнєвих розладів. Прийом дітей у такі заклади здійснюється протягом всього року, а тих, що заїкаються, — один раз на півріччя. Робота спеціалізованих ясел будується за типом закладів з цілодобовим перебуванням дітей. Групи комплектуються за ознакою мовних дефектів.

У системі соціального захисту логопедична допомога надається у спеціалізованих бу-

динках дитини, основними завданнями якої є стимуляція мовленнєвого розвитку, профілактика його відхилень (з домовного періоду від 3-х місяців до року), раннє виявлення і корекція порушень мови.

Діти з початковими проявами патологічних рис характеру і формування психогенної патологічної особистості без чітко виявлених розладів поведінки одержують логопедичну допомогу у лікувально-оздоровчих закладах санаторного типу, що сприяє їхній соціальній адаптації.

Дітей віком 4-7 років приймають до дошкільного психоневрологічного санаторію. Термін перебування у санаторії — три місяці з можливим повторним лікуванням за півроку.

До комплексу медико-психолого-педагогічних заходів входять лікувально-охоронний і лікувально-тренувальний режими (відповідно до віку і стану здоров'я дітей), організація раціонального харчування, психотерапевтичні дії, логопедичні заняття, ритміка, трудове виховання.

Аналіз показників здоров'я дітей дошкільного віку м. Києва за 2001-2008 рр. (рис. 1-4) показав, що дефекти мови найвиразніші у дошкільників 4-7 ро-

ків (66,0-80,9‰) та у школярів-першокласників (40,2-61,9‰). З віком чисельність дітей з цією вадою зменшується до 1,9-2,8‰ (рис. 1). Щодо функцій зору (рис. 2), то у дошкільників порушення спостерігається у 40,0-53,5‰ та збільшується майже втричі у випускників загальноосвітніх шкіл.

Хвороби нервової системи (рис. 3) посідають проміжне місце (16,8-22,2‰). Порушення постави та сколіоз діагностуються вже у дошкільнят, відповідно у 48,6-66,5‰ та 6,6-8,6‰. З віком ця патологія зростає у 3-7 разів (рис. 4).

Така ситуація потребує прийняття відповідних заходів щодо створення оптимальних умов для своєчасної діагностики та корекції виявлених порушень у здоров'ї дітей, починаючи з раннього віку.

Висновки

1. Ускладнення змін у здоров'ї сучасного покоління дітей вимагають розробки дієвих профілактичних програм, які б охоплювали ранню корекцію вад розвитку дитини, повне забезпечення дітей з обмеженими можливостями здоров'я спеціальними закладами компенсуючого типу з метою продуктивного використання сенситивних періодів становлення вищих психічних функцій організму.

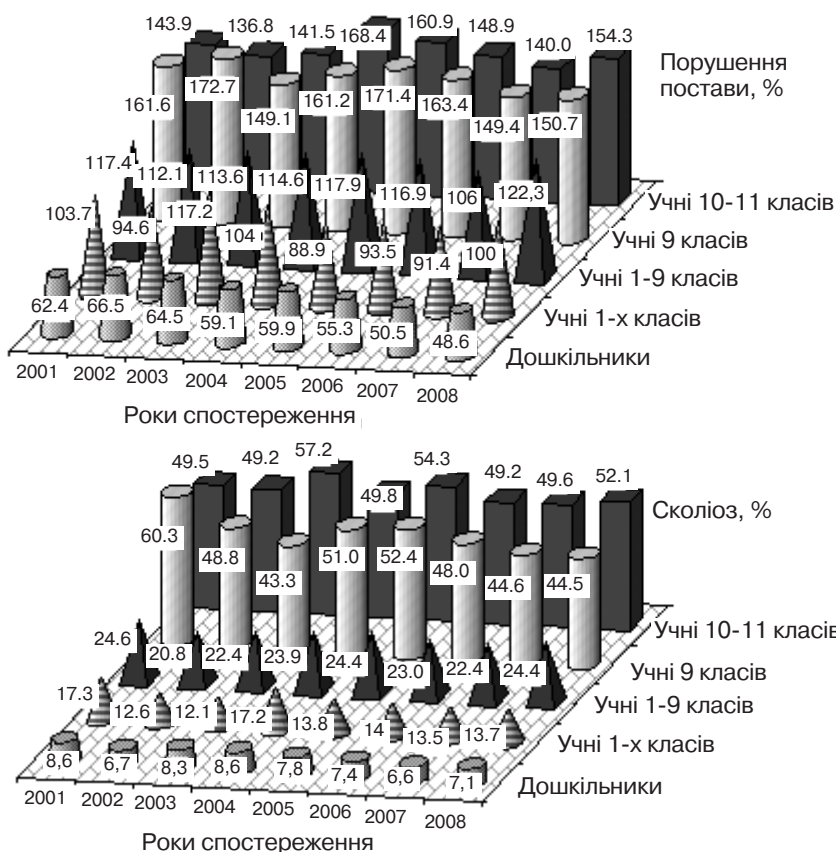
2. Забезпечення дітей адекватним медико-психологічним супроводом доцільно здійснювати переважно за місцем проживання.

3. Кожна дитина має право на освіту та одержання необхідної спеціалізованої допомоги у будь-якому навчальному закладі (освіта у спеціалізованому закладі, групах короткочасного перебування для дітей, які не можуть регулярно відвідувати спеціальні дошкільні заклади, на базі дитячих поліклінік, закладів загального типу).

4. Необхідність модернізації змісту спеціальної освіти на основі впровадження інформаційних технологій, що підвищить рівень соціальної адаптації дітей з обмеженими можливостями.

5. Доцільність впровадження досвіду розвинених країн світу та РФ щодо психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами розвитку і використання інформаційних технологій за рахунок комп'ютерних моделей у навчальному процесі.

Рисунок 4
Порушення постави та сколіоз у дітей м. Києва, %



ЛІТЕРАТУРА

1. Гребенюк Т.М. Медико-педагогічна корекція зорового сприймання у дошкільників з вадами зору: навчальний посібник / Т.М. Гребенюк, І.О. Сасіна, Ю.В. Тімакова; Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова. — К., 2008. — 147 с.

2. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна робота у спеціальних закладах для дітей з особливими потребами: навчальний посібник / Т.М. Дегтяренко, Л.С. Вавіна. — Суми: Університетська книга, 2008. — 302 с.

3. Дегтяренко Т.М. Комплексна система корекційно-реабілітаційної роботи у дошкільному закладі для дітей з порушеннями зору: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.03 / Т.М. Дегтяренко; Інститут спеціальної педагогіки АПН України. — К., 2005. — 22 с.

4. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку: науков.-метод. посібник / Н.В. Манько. — К.: КИТ, 2008. — 256 с.

5. Качуровська О.Б. Корекція мовленнєвого розвитку молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення засобами комп'ютерних технологій: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.03 / О.Б. Качуровська; Інститут спеціальної педагогіки АПН України. — К., 2006. — 20 с.

6. Івахно О.П. Наукове обґрунтування профілактичних заходів збереження та зміцнення здоров'я дітей у сучасній системі дошкільної освіти: автореф. дис. докт. мед. наук: 14.02.01 / О.П. Івахно; ДУ "Інститут гігієни та медичної екології імені О.М. Марзєєва АМН України". — К., 2009. — 39 с.

7. Применение информационных технологий в образовании слепых: сб. матер. Междунар. науч. конф. / С.А. Васин. — К.: Колорит, 2005. — 196 с.

8. Образование лиц с ограниченными возможностями в контексте программы ЮНЕСКО "Образование для всех": опыт России: аналитический обзор / Под ред. Г.А. Бордовского. — СПб.: РПГУ им. А.И. Герцена, 2007. — 31 с.

9. Глазные болезни / Под ред. Т.И. Ерошевского, А.А. Бочкаревой. — М.: Медицина, 1977. — 264 с.

Надійшла до редакції 15.01.2010.

HYGIENIC ASSESSMENT OF THE VISUAL ENVIRONMENT OF THE CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE

Polka N.S., Yatskovska N.Ya., Dzhurinska S.N., Platonova A.G.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ВІЗУАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

В

**ПОЛЬКА Н.С.,
ЯЦКОВСЬКА Н.Я.,
ДЖУРИНСЬКА С.М.,
ПЛАТОНОВА А.Г.**

ДУ "Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва АМНУ", м. Київ

УДК 613. 955

ізуальне оточення сучасної дитини характеризується складним комплексом агресивних факторів — телебачення, різноманітні комп'ютерні та відеоігри, навчальні комп'ютерні програми, підручники і посібники, електронні іграшки, мультимедійні системи тощо. Всі ці фактори значно збільшують загальне навантаження на зорову і нервову системи організму школярів, їхній психічний стан і мають значення істотних чинників ризику виникнення донозологічних і патологічних станів у дітей, особливо молодшого віку [1, 2].

Традиційним фактором візуального оточення дитини є друкована продукція, зокрема учбові видання. Реформування освіти сприяло значному ускладненню навчальних програм, появі нових предметів і одночасно з цим нових підручників, посібників тощо. Однак робота з підручником залишається основним видом учбової діяльності школярів у школі і вдома. Існуюча нині регламентація шрифтового оформлення друкованої продукції для дітей (ДСанПіН 5.5.6-138-2007 "Гігієнічні вимоги до друкованої продукції для дітей") не вирішує проблем тривалого і багаторазового читання учбового матеріалу для найкращого запам'ятовування, що посилює дію зорового навантаження на функціональний стан дітей [3, 4].

У зв'язку з цим **метою** наших досліджень було проведення гігієнічної оцінки візуального оточення дітей молодшого шкільного віку з визначенням впливу візуального навантаження на функціональний стан зорового аналізатора.

Матеріали та методи. Для визначення факторів візуального оточення дітей шкільного віку було проведено анкетування 296 учнів 6-10 класів загальноосвітніх шкіл. Роз-

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВИЗУАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Полька Н.С., Яцковская Н.Я., Джуринская С.Н., Платонова А.Г.

Изучено визуальное окружение детей младшего школьного возраста. Проведено анкетирование учащихся 6-10 классов общеобразовательной школы. Исследованы особенности влияния визуальной нагрузки на функциональное состояние зрительного анализатора учащихся начальных классов общеобразовательной школы. Выявлено, что при работе с учебником дети испытывают визуальное напряжение, которое вызывает у них ухудшение функционального состояния зрительного анализатора.

© **Полька Н.С., Яцковська Н.Я., Джуринська С.М., Платонова А.Г. СТАТТЯ, 2010.**