

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №
105 города Твери

Консультация «Мониторинг уровня физического развития и здоровья
часто болеющих детей в соответствии с ФОП дошкольного образования»

Подготовила:
старший воспитатель
Морозова Л.Н.

г. Тверь, 2025 год

Мониторинг – это система мероприятий по наблюдению, анализу, оценке и прогнозу состояния здоровья и физического развития детей на достаточно продолжительном отрезке времени.

Цель мониторинга физического воспитания и развития детей в ДОО - повышение качества физического воспитания и оздоровительной работы с детьми.

Мониторинг как метод контроля этичен, поскольку не «ищет виновных», психологичен, так как способствует повышению уровня мотивации персонала через ясное видение путей решения проблем и создает чувство уверенности в успешности действий.

Он педагогичен, поскольку способствует объединению педагогов вокруг главных целей посредством включения их в аналитико-диагностическую и проектировочную деятельность, которая является одной из важнейших функций управления развитием дошкольного образовательного учреждения.

Таким образом, мониторинг как метод контроля не только до предела насыщен знаниями об управляемых объектах, но и четко включает исследование. Оно позволяет достичь нужного рефлексивного результата и на этой основе разработать ориентиры новой практики.

Содержание мониторинга физического развития и воспитания детей состоит из шести направлений работы: 1. состояния здоровья детей; 2. диагностика физической подготовленности дошкольников; 3. профессиональная компетенция воспитателей; 4. качество физкультурно - оздоровительной работы; 5. преемственность в работе с родителями.

Цель мониторинга физического воспитания и развития детей в ДОО- повышение качества физического воспитания и оздоровительной работы с детьми. Задачи:

На первом этапе: проанализировать и оценить результативность работы по физическому развитию детей, заболеваемости детей; оценить эффективность воспитательно - образовательного процесса с точки зрения государственных стандартов физического воспитания детей; определить проблемы в деятельности педагогов по физическому развитию детей; определить уровень педагогической компетенции воспитателей в вопросах использования оздоровительного и здоровьесберегающего сопровождения.

На втором этапе: спрогнозировать дальнейшие действия педагогического коллектива (на методическом совете, педагогическом совете); разработать мероприятия по повышению качества физического воспитания и развития детей, укрепления их здоровья. Для этого следует привлечь к этому инициативных педагогов, создать творческо-проблемную группу; разработать план работы коллектива, наметить мероприятия с педагогами; определить эффективность проведенной работы.

На третьем этапе: реализовать запланированные мероприятия; осуществить коррекцию педагогического процесса; устранить причины, тормозящие снижение заболеваемости и улучшения здоровья детей и их физического развития.

На четвертом этапе (промежуточно-диагностическом): сопоставить

показатели физического развития дошкольников с государственным стандартом; сопоставить показатели заболеваемости детей с начальными; сравнить анализ эффективности проводимых мероприятий; принять управленческие решения для устранения недостатков в работе.

На пятом этапе (итогово - диагностическом) выявить оценку состояния объектов мониторинга. А именно: состояние физического здоровья детей, оценка заболеваемости; провести анализ профессиональных знаний и умений воспитателей; провести анализ методической работы (эффективность); выявить результативность управленческих решений; провести анализ оценки родителями деятельности ДОО по физическому развитию и воспитанию детей.

Все функции и этапы процесса мониторинга, то есть все его элементы структурно и функционально связаны между собой и представляют единый цикл педагогического мониторинга. Выпадение любого из этих компонентов делает мониторинг неэффективным.

Таким образом, мониторинг позволит увидеть, не наблюдается ли отставание в развитии, показателем которого является потеря приобретенных навыков и физических качеств. А еще он позволит точно оценить, что сделано коллективом дошкольного учреждения для каждого конкретного ребенка. Важно подчеркнуть, что самую большую группу составляют так называемые условно часто болеющие дети. Их повышенная заболеваемость связана с изменением микросоциальных условий и прежде всего с поступлением в дошкольную организацию или школу. Изменение условий воспитания, привычных стереотипов поведения, питания, режима, расширение контактов со сверстниками, отрыв от матери с последующей адаптацией предъявляют особые требования ко всем системам растущего организма, в том числе и к иммунной. Повышение заболеваемости в этот период сопровождается активной работой и совершенствованием различных звеньев иммунитета, которые в дальнейшем могут обеспечить защиту ребенка.

Условно часто болеющие дети составляют подавляющее большинство (до 80–85%) среди всех часто болеющих. Характерным является то, что такие дети болеют легко, без осложнений, быстро выздоравливают. По мере привыкания к новым условиям их заболеваемость уменьшается, и через год после поступления в детскую организацию она становится эпизодической, приходя к возрастным нормам. Факторы риска у данной категории детей, как правило, отсутствуют.

Основная задача педиатров, персонала дошкольных организаций и родителей так называемых условно часто болеющих детей состоит в подготовке ребенка к детскому саду и облегчении адаптации. Она включает прежде всего соблюдение рекомендаций врачей по оздоровлению, своевременной вакцинации, максимальное приближение домашнего режима к режиму детской организации, расширение социальных контактов со сверстниками и незнакомыми взрослыми. Такие дети, как правило, не нуждаются в проведении специальных оздоровительно-реабилитационных мероприятий.

Причины, обуславливающие повышенную восприимчивость к острым респираторным инфекциям, можно разделить на *медикобиологические* и

социальные.

Медико-биологические факторы. Характерна определенная наследственная предрасположенность. В семейном (генеалогическом) анамнезе у часто болеющих детей значительно чаще, чем у редко болеющих, встречаются хронические бронхо-легочные, аллергические (атопический дерматит, поллиноз, бронхиальная астма) заболевания, болезни ЛОР-органов (хронический тонзиллит, хронический гайморит и т.д.), ревматизм, туберкулез, злокачественные новообразования. Нередко сами родители отмечают свою частую заболеваемость в детстве. Более подвержены повторным вирусно-бактериальным инфекциям мальчики и леворукие дети.

Из биологических факторов отрицательное влияние на развитие иммунной системы ребенка, способствующее формированию предрасположенности к частым вирусно-бактериальным инфекциям, оказывают: неблагоприятное течение беременности (токсикозы, гестоз, угроза выкидыша); заболевания матери во время беременности; прием беременной лекарственных препаратов; внутриутробное инфицирование; хроническая гипоксия плода; асфиксии в родах; преждевременное излитие околоплодных вод; недоношенность; оценка по Апгар 8 баллов и ниже; внутриутробная гипотрофия; заболевания в периоде новорожденности; раннее искусственное вскармливание. Негативное влияние оказывают также: рахит, гипотрофия, анемия; увеличение вилочковой железы; аллергический, лимфатический диатез; дисбактериоз кишечника; частый прием ребенком антибиотиков; несбалансированное питание; дефицит белка, витаминов, особенно витаминов-антиоксидантов: А, Е, С; микроэлементов (цинк, селен, железо); проживание в неблагоприятном по экологии районе; наличие очагов хронических инфекций (хронический тонзиллит, хронический гайморит, кариес, пародонтоз и т.д.) у родственников, ухаживающих за ребенком, и др.

Из социальных факторов риска можно выделить: несоблюдение санитарно-гигиенических норм при уходе за ребенком; проживание в тесном сыром помещении; низкий материальный и образовательный уровень родителей; наличие в семье других детей, посещающих детские организации; наркомания, алкоголизм родителей; неблагоприятный семейный микроклимат; конфликты со сверстниками, воспитателями, учителями; поступление в детский сад или школу, ранняя социализация и др.

Очень важным фактором, который может оказать негативное влияние на состояние здоровья ребенка с предрасположенностью к повторным вирусно-бактериальным инфекциям, является *адаптация ребенка к поступлению в дошкольную организацию*. Особенно выраженное отрицательное последствие для таких детей имеет ранняя социализация (поступление в ДОО на втором–третьем году жизни), когда несовершенные адаптационные и защитные механизмы не могут в полной мере оградить ребенка от психоэмоционального стресса и незнакомой агрессивной микробной среды. В этой связи большое значение имеет поддержка родителей в этот сложный для ребенка период, выполнение ими всех рекомендаций врачей, педагогов и психологов.

Восприимчивость организма к различным вирусным и бактериальным

агентам обусловлена состоянием и степенью зрелости иммунной системы, в том числе врожденного (неспецифического) и адаптивного (специфического) иммунитета. В этой связи в основе повышенной заболеваемости детей лежат определенные особенности иммунной системы. Для часто болеющих детей характерен транзиторный характер нарушений в различных звеньях иммунной системы, связанный с морфофункциональной незрелостью, обусловленной отклонениями в раннем развитии ребенка.

Как известно, будучи в утробе матери, плод в норме находится практически в стерильных условиях, и запуск выработки многих компонентов иммунной системы начинается только после рождения. Так, очень важный фактор местной защиты слизистых оболочек – секреторный иммуноглобулин А – начинает вырабатываться только на втором– третьем месяце жизни. До этого местная защита слизистых обеспечивается только грудным молоком, содержащим необходимые иммунные тела, которые играют к тому же своеобразную обучающую роль в развитии иммунной системы ребенка. Кроме того, в течение первых четырех–шести месяцев жизни его предохраняют от инфекций материнские антитела, полученные еще внутриутробно во II–III триместрах беременности. В этой связи, если ребенок рождается недоношенным, то он меньше получает от матери иммунных антител и оказывается более незащищенным.

Переход через плаценту материнских антител и иммунологические взаимоотношения в системе мать–плацента–плод нарушаются при неблагоприятном течении беременности, угрозе ее прерывания, внутриутробных инфекциях, заболеваниях беременной и т.д., что позволяет отнести данные состояния к факторам риска частых заболеваний у ребенка.

Как показывают проведенные нами исследования, для часто болеющих детей характерен незрелый, инфантильный тип иммунологического реагирования, и прежде всего нарушения в первом звене защиты от вирусно-бактериальных инфекций – местном иммунитете слизистых и системе интерферона, который выявляется у 85%.

По клиническим проявлениям, характеру течения острых респираторных инфекций, спектру их осложнений, возможному прогнозу дальнейшего формирования состояния здоровья можно выделить **три основных клинических типа часто болеющих детей: соматический, оториноларингологический, смешанный.**

Работникам ДОО при организации педагогического процесса и определении индивидуальных подходов к часто болеющим детям важно знать особенности их поведения и нервно-психического развития в зависимости от принадлежности к различным клиническим типам.

1. Для соматического типа характерны:

высокая кратность острых заболеваний (до 8 и более в течение года); выраженная интоксикация, высокая температура (39–40°C) во время заболевания, рвота, фебрильные судороги на высоте температуры; осложнения со стороны нижних дыхательных путей (пневмония, бронхит); частое развитие бронхообструктивного синдрома; длительный, затяжной кашель в периоде

реконвалесценции (выздоровления).

Часто болеющие дети соматического типа нередко имеют проявления аллергического (экссудативно-катарального диатеза), нарушения осанки, функциональные отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы (функциональный сердечный шум и т.д.), склонность к запорам или поносам. У них часто отмечаются жалобы на головную боль, повышенная потливость, метеочувствительность.

Дети соматического типа часто имеют пониженную массу тела, могут отставать в росте. Они входят в группу риска, прежде всего по формированию хронических заболеваний бронхо-легочной системы, аллергической патологии.

*Для эмоционально-поведенческого статуса детей **соматического типа** характерны:* сниженный или избирательный аппетит; беспокойный сон; повышенная возбудимость; двигательная расторможенность; неусидчивость; невнимательность; патологические привычные, навязчивые действия (выдергивание волос, кусание ногтей); страхи.

В нервно-психологическом развитии детей раннего возраста доминирует задержка активной речи (дети начинают позже говорить), в более старшем возрасте страдает мышление, внимание, память. У 75–80% детей отмечаются логопедические нарушения.

2. Для детей оториноларингологического типа характерны: меньшая кратность вирусно-бактериальных инфекций (4–6 раз в течение года); длительный, затяжной волнообразный характер заболеваний, которые протекают, как правило, без выраженной лихорадки, с температурой в пределах 38°C; осложнения со стороны верхних дыхательных путей (синуситы, отиты, тонзиллиты); затяжной ринит (насморк) в периоде реконвалесценции (выздоровления).

Дети данного типа нередко имеют проявления лимфатического диатеза, разрастание аденоидной ткани различной степени выраженности, гипертрофию небных миндалин, повышенную пастозность тканей, потливость.

У детей оториноларингологического типа часто отмечается повышенная масса тела, они могут превосходить в росте своих сверстников.

Дети данного клинического типа рискуют по формированию прежде всего хронических заболеваний ЛОР-органов – хронического тонзиллита, рецидивирующего, хронического среднего отита, хронического синусита. *Для эмоционально-поведенческого статуса детей **оториноларингологического типа** характерны:* нарушения засыпания; избыточный аппетит; снижение концентрации внимания.

Особенности нервно-психического развития те же, что и у детей соматического типа.

3. Для часто болеющих детей смешанного типа характерна симптоматика как первого, так и второго клинических типов. Таких детей больше всего в старшем дошкольном и школьном возрасте, в то время как детей соматического и оториноларингологического – в возрасте от одного года до пяти лет.

Среди причин, вызывающих острые респираторные инфекции у часто

болеющих детей, ведущее место занимают вирусные инфекции (в 65–90% случаев). Следует отметить, что даже в периоде клинического благополучия у 52% часто болеющих детей отмечается выявление респираторных вирусов, в два раза чаще по сравнению с редко болеющими, определяется носительство бактерий, наиболее часто вызывающих осложнения со стороны дыхательных путей.

Это подтверждает несовершенство отдельных звеньев иммунной системы, и прежде всего местного иммунитета.

Часто болеющие дети составляют группу риска по формированию хронических заболеваний. Этот риск нарастает в критические периоды развития – в старшем дошкольном (5–8 лет) и подростковом (12–15 лет) возрасте. У детей, страдающих повторными вирусно-бактериальными инфекциями, значительно чаще по сравнению с редко болеющими при обследовании выявляются отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения. У 82% отмечаются нарушения микробиоценоза кишечника. 62,5% часто болеющих детей при отсутствии комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации могут быть не готовы к поступлению в школу. Полисистемный характер отклонений в состоянии здоровья, развития часто болеющих детей обуславливает отнесение их к группе риска, подлежащей диспансерному наблюдению и оздоровлению. биологическими (дизонтогенетическими) факторами. Основной задачей в этом случае является обеспечение оптимальных условий для развития ребенка, формирования и созревания его иммунной системы, адекватного физиологического иммунного ответа.

Подходы к оздоровлению часто болеющего ребенка также зависят от его возраста.

Для детей раннего возраста очень важным является: выявление факторов риска (они представлены нами ранее), устранение управляемых факторов риска; тщательное соблюдение санитарно-гигиенических норм ухода за ребенком; борьба за естественное вскармливание (материнское молоко не только обогащает организм ребенка защитными факторами, но и осуществляет его иммунологическое воспитание); устранение причинно значимых аллергенов, гипоаллергенное питание при проявлении пищевой аллергии; включение в питание продуктов и смесей, содержащих пре- и пробиотики, которые улучшают микробную флору кишечника; постепенный и более длительный переход на режим старшего возраста; сон на свежем воздухе; массаж возрастной и лечебный; массаж общий № 10 курсами два раза в год;

Техника оздоровления.

Для определения тактики оздоровления и реабилитации часто болеющего ребенка прежде всего необходимо выявить причины его повторной заболеваемости. Если после проведения обследования не было выявлено никаких других отклонений в состоянии здоровья, то рецидивирующие вирусно-бактериальные инфекции на данном этапе можно рассматривать как следствие морфофункциональной незрелости иммунной системы, не обеспечивающей полноценной адаптации к окружающей среде и

обусловленной различными неблагоприятными социально дыхательные упражнения и укрепление мышц опорно-двигательного аппарата; воздушные закаливающие процедуры; оздоровительное плавание, обладающее закаливающим эффектом, развивающее мускулатуру грудной клетки, спины, улучшающее работу бронхолегочной системы; соблюдение сроков при осмотре педиатром, врачами других специальностей, лабораторных и инструментальных методов исследований; соблюдение календаря профилактических прививок; прием витаминов, витаминно-минеральных комплексов, содержащих витамины (А, Е, С) и микроэлементы (железо, цинк, селен), участвующие в реакции иммунной защиты, обладающие антиоксидантными (антиокислительными) свойствами; консультации иммунолога при сомнении сложности в проведении вакцинации, тяжелом осложненном течении заболеваний, отсутствии эффекта от проведенных оздоровительных мероприятий; санация очагов хронических инфекций у родственников, ухаживающих за ребенком (кариес, пародонтоз, хронический гайморит, хронический тонзиллит и др.); исключение ранней социализации, которая, как правило, ведет у таких детей к тяжелому течению адаптации к условиям дошкольной организации, учащению и утяжелению вирусно-бактериальных инфекций; развивающие занятия с ребенком; соблюдение графика профилактических прививок, вакцинация против гриппа.

В возрасте трех–семи лет особое значение, кроме перечисленного ранее, имеют: Подготовка к поступлению в ДОО (осмотр врачей-специалистов, проведение необходимых прививок, лабораторных и инструментальных методов исследования, соблюдение рекомендаций врачей, консультации психолога, логопеда, иммунолога и т.д.). Для облегчения адаптации к дошкольной организации, уменьшения биологического и психоэмоционального стресса рекомендуются: постепенное увеличение времени пребывания в детском саду; полоскание, орошение зева, носоглотки кипяченой водой, минеральной водой с выпущенными газами, настоями трав с бактерицидными, противовоспалительными свойствами (ромашка, календула, зверобой – чередовать травы раз в 10 дней), препаратами на основе морской соли (2 раза в день в течение первого месяца пребывания в детском коллективе); точечный массаж по Уманской (в течение месяца); пробиотики (бифидумбактерин, лактобактерин, наринэ, флорин форте, бифилиз) в течение трех–четырех недель; поливитаминные, витаминно-минеральные комплексы (в течение месяца) или настой шиповника (1–1,5 месяца); расслабляющий массаж № 10; ежедневные общие ванны перед сном с настоями трав, обладающих успокаивающими (седативными) свойствами (валериана, пустырник, цветки липы, ромашки – чередовать травы раз в 10 дней). Курс – 30 дней; увеличение времени пребывания на свежем воздухе; спокойная, доброжелательная обстановка в семье; увеличение продолжительности ночного сна; отказ от медицинских травмирующих процедур, обследований, профилактических прививок до окончания адаптации; фиточай с травами, обладающий седативными свойствами (валериана, пустырник, мята, ромашка), – не сочетать с успокаивающими травяными ваннами. Посещение бассейна (оздоровительное плавание), сауны (при отсутствии противопоказаний). Лечебная физкультура,

дыхательная гимнастика. Массаж общий, грудной клетки (курсами 2 раза в год). Соблюдение сроков диспансерных осмотров. Профилактические прививки, вакцинация против гриппа. Консультация логопеда, психолога, особенно если ребенок не посещает дошкольную организацию. Определение готовности к поступлению в школу (за 8–9 месяцев до поступления), в том числе для предупреждения школьной дезадаптации. Создание мотивации к обучению в школе. Подготовка к поступлению в школу (диспансеризация, обследование, реабилитация).

В школьном возрасте, кроме ранее перечисленного, важным в оздоровлении часто болеющего ребенка является: Облегчение его адаптации к школе (см. выше). Санация очагов хронических инфекций. Занятия физкультурой (при отсутствии противопоказаний), занятия в спортивных секциях (лыжи, плавание). Коррекция нарушений осанки. Профилактика переутомления в школе, соблюдение режима дня. Ограничение общения с гаджетами. Своевременное выявление конфликтных ситуаций в школе с учителями, сверстниками и при необходимости – консультация психолога.

Из специальных немедикаментозных методов повышения защитных сил организма часто болеющего ребенка используют: фитотерапию, ароматерапию, галотерапию, спелеотерапию, рефлексотерапию. В каждом конкретном случае назначение осуществляет врач с учетом индивидуальных особенностей состояния здоровья, показаний и противопоказаний.

При отсутствии у ребенка эффекта от оздоровительных и немедикаментозных средств реабилитации, сохранении повторных, осложненных, тяжело и длительно протекающих вирусно-бактериальных инфекций необходимо повторно провести дополнительное обследование (в том числе иммунологическое) для исключения хронических заболеваний лор-органов, бронхолегочной системы, аллергической, врожденной и наследственной патологии, иммунодефицитных состояний. Вопрос о применении и подборе иммунотропных препаратов, в том числе иммуномодуляторов, должен решаться только врачом строго индивидуально в соответствии с причиной, обуславливающей повышенную восприимчивость ребенка к вируснобактериальным инфекциям, с тяжестью течения заболевания и с возрастом.

Недопустимо самостоятельное, бесконтрольное, по совету знакомых, родственников, полученной другими путями информации использование родителями иммуномодуляторов, иммуностимуляторов и других иммунотропных препаратов, точкой приложения действия которых является формирующаяся иммунная система ребенка. Относиться к данной группе лекарственных средств следует не менее ответственно, чем к антибактериальным препаратам (антибиотикам).

1.Виноградова, Н.А., Управление качеством образовательного процесса в ДОУ [Текст]: метод. пособие / Н.А.Виноградова, Н.В.Микляева. – М.: Айрис – пресс, 2006. – 192 с. – (Дошкольное воспитание и развитие).

2.Виноградова, Н.А., Микляева, Н.В., Микляева, Ю.В., Абрамова, Р.М., Шпаковская, Л.И. Мониторинг в современном детском саду [Текст]: метод. пособие / под ред. Н.В.Микляевой. – М.: ТЦ Сфера, 2008. – 64 с. – (Библиотека руководителя ДОУ).

3.Виноградова, Н.А., Микляева, Н.В., Толстикова, С.Н. и др. Дошкольное образование [Текст]: словарь терминов / состав. Н.А.Виноградова и др. – М.: Айрис – пресс, 2005. – с. 172 – 173. – (Дошкольное воспитание и развитие).

4.Макарова З.С., Голубева Л.Г. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольных учреждениях. М.: Владос, 2004.

5.Диспансеризация, лечение и реабилитациядетей раннего и дошкольного возраста / Под ред. В.А. Доскина, З.С. Макаровой. М.: Владос-пресс, 2008.

6.Микляева, Н.В. Инновации в детском саду [Текст]: учеб. пособие / Н.В.Микляева. – М.: Айрис – пресс, 2008. – 160 с. – (Дошкольное воспитание и развитие).

7.Микляева, Н.В. Управление образовательным процессом в ДОУ с приоритетом интеллектуального развития детей [Текст]: метод. пособие / Н.В.Микляева, Ю.В.Микляева. – М.: Айрис – пресс, 2006. – 224 с. – (Дошкольное воспитание и развитие).