



Особенности адаптации детей дошкольного возраста к дошкольной образовательной организации (ДОО) в условиях пандемии

А.В. Миргородская, Т.А. Сиротченко, О.А. Бугаенко

**ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки»**

2021

- **Адаптация — от лат.«приспособляю» — это сложный процесс приспособления организма, который происходит на разных уровнях: физиологическом, социальном, психологическом.**
- **Приспособление организма к новым условиям социального существования, к новому режиму сопровождается изменениями поведенческих реакций ребенка, расстройством сна, аппетита. Наиболее сложная перестройка организма происходит в начальный период адаптации, который может затянуться и перейти в дезадаптацию, что приведет к нарушению здоровья, поведения, психики ребенка.**
- **Адаптивные возможности ребенка раннего возраста ограничены, резкий переход в новую социальную ситуацию и длительное пребывание в стрессовом состоянии могут привести к эмоциональным нарушениям или замедлению темпа психофизического развития. Процесс привыкания ребенка к детскому саду довольно длительный и связан со значительным напряжением всех физиологических систем детского организма.**
- **В адаптационном процессе выделяют 3 фазы: острую, подострую и фазу компенсации. Внимание медиков безусловно привлекает острая фаза адаптации, которая сопровождается различными колебаниями соматического состояния и психического статуса ребенка, что приводит к снижению веса, различным заболеваниям, нарушению режима сна, изменению пищевого поведения, регрессу в речевом развитии. Она длится в среднем 1-3 месяца.**

Факторы, которые влияют на адаптацию ребенка:

- **возраст**
- **базовые критерии здоровья**
- **уровень развития**
- **особенности нервной системы**
- **контактность и общительность**
- **развитие предметной и игровой деятельности**
- **семейные отношения**

Среди критериев благополучной адаптации выделяют:

- **внутренний (эмоциональная удовлетворенность и комфорт)**
- **внешний (адекватность поведения, «благополучие» внешней среды)**

Главные причины затруднения адаптации к условиям ДОО:

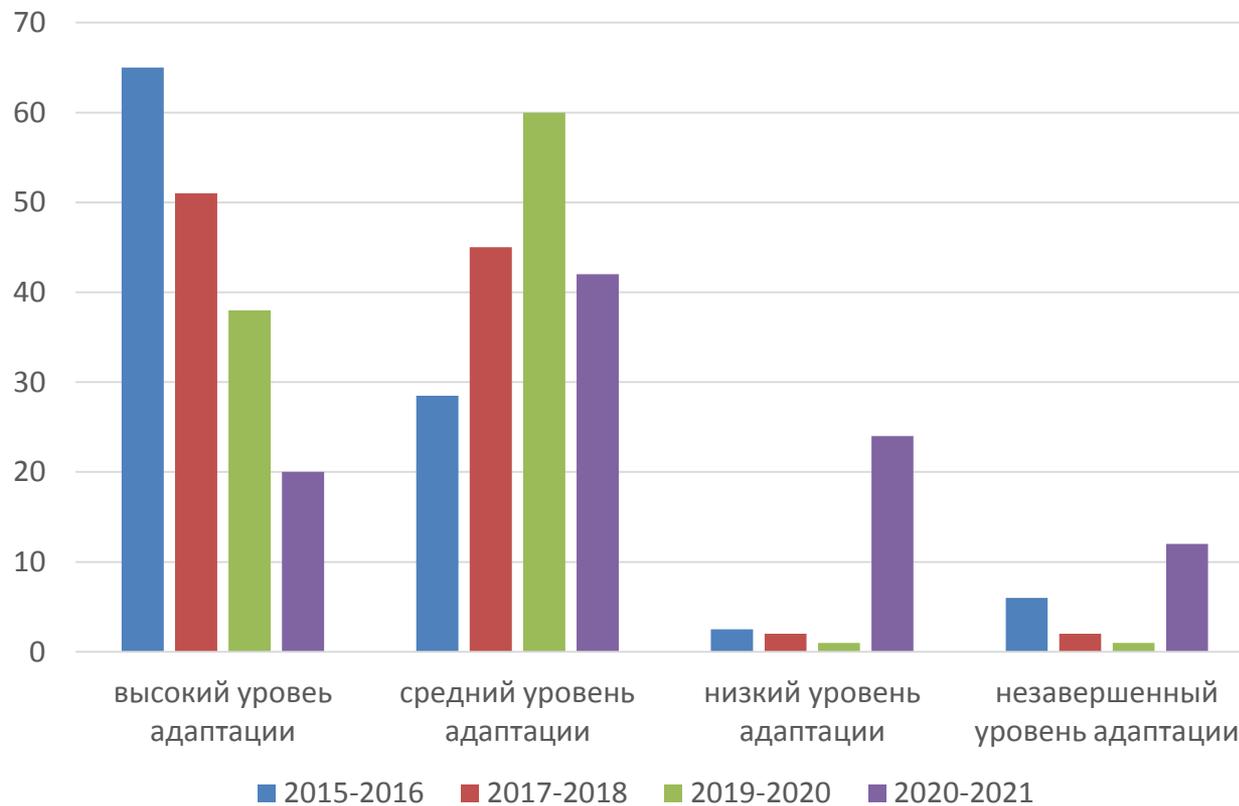
- **отсутствие режима дня/режим, несовпадающий с режимом в ДОО**
- **индивидуальные /особые привычки ребенка**
- **неумение играть самостоятельно либо в коллективе**
- **несформированность гигиенических навыков**
- **отсутствие навыков общения с незнакомыми людьми**

Существуют три степени адаптации ребенка к ДОО: легкая, средняя и тяжелая.

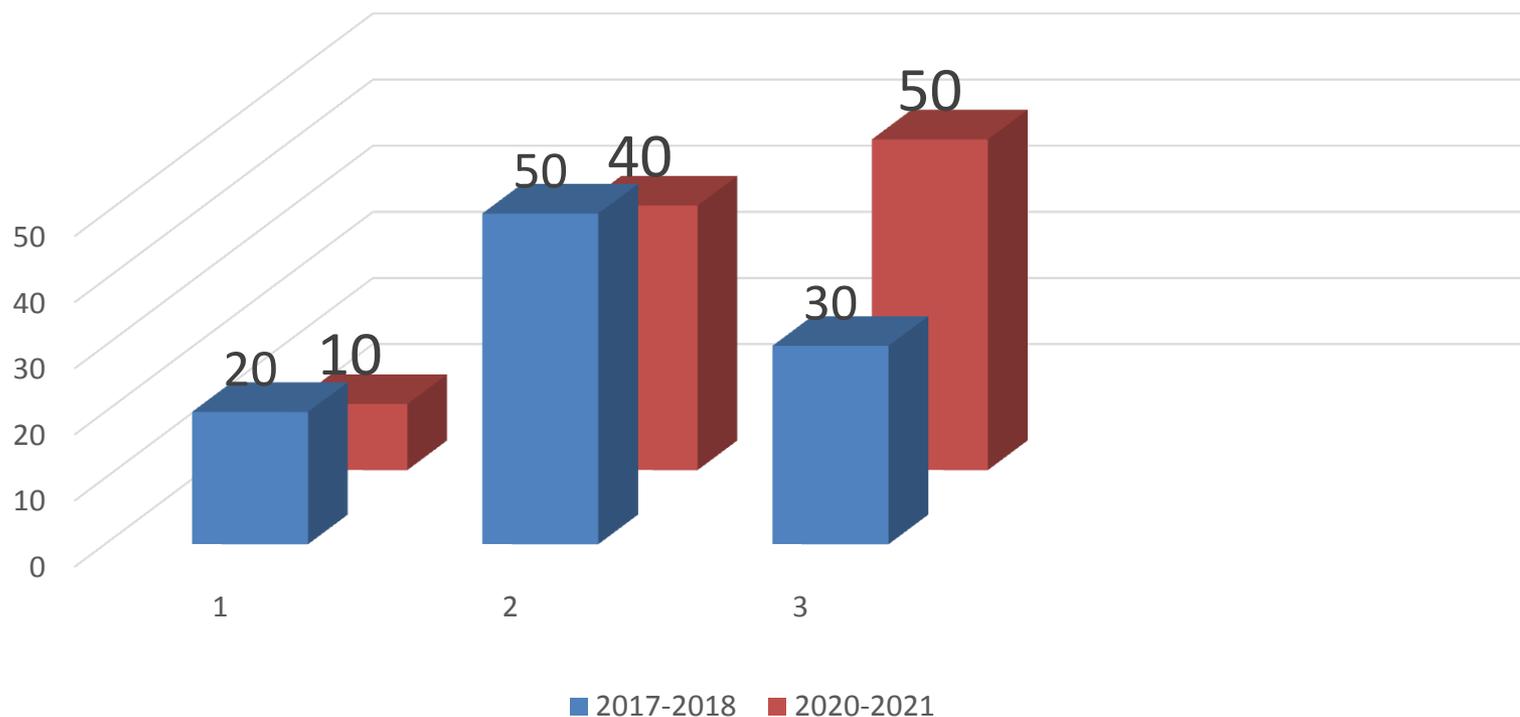
- При легкой адаптации поведение ребенка нормализуется в течение первого месяца, аппетит достигает обычного уровня к концу первой недели, сон налаживается через 1—2 недели. Острых заболеваний не возникает. У ребенка преобладает радостное или устойчиво-спокойное эмоциональное состояние; он активно контактирует со взрослыми, детьми, окружающими предметами, быстро привыкает к новым условиям.**
- Адаптация средней тяжести - сон и аппетит восстанавливаются через 20—40 дней, в течение месяца настроение может быть неустойчивым. Эмоциональное состояние ребенка нестабильно, новый раздражитель способствует отрицательным эмоциональным реакциям. Однако при поддержке взрослого ребенок проявляет познавательную и поведенческую активность.**
- Тяжелая адаптация приводит к длительным и тяжелым заболеваниям - у ребенка преобладают агрессивно-разрушительные реакции, направленные на выход из ситуации (двигательный протест, агрессивные действия); активное эмоциональное состояние (плач, негодующий крик); либо отсутствует активность при более или менее выраженных отрицательных реакциях (тихий плач, хныканье, пассивное подчинение, подавленность, напряженность).**

- **Анализ эффективности системы профилактических мероприятий по предупреждению нарушений адаптации в ДОО, проводимый педиатром, рекомендуется осуществлять по следующим показателям: число детей с различными видами адаптации; сравнение данных прогноза и реальной адаптации. Эти показатели следует анализировать в динамике работы ДОО.**
- **Предупреждение нарушений адаптации детей к пребыванию в ДОО является важным мероприятием по сохранению и укреплению здоровья детей, их социализации и возможно только при совместном участии в этой работе администрации ДОО, медицинского и педагогического персонала, а также родителей.**

По результатам нашего мониторинга адаптации детей к ДДО на протяжении последних лет обнаружена динамика как по неадаптированным детям, так и по числу высокоадаптированных детей. Данные за последний 2020-2021 гг. нельзя не связывать с особенностями эпидемиологической ситуации (пандемия COVID-19)/

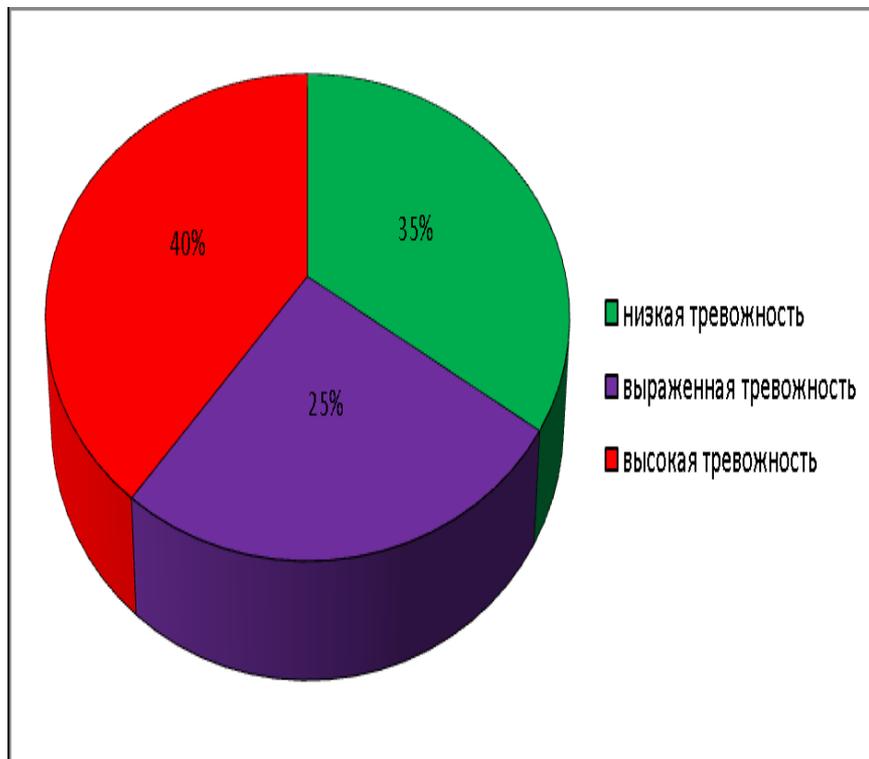


Сравнительная оценка настроения, самочувствия в течение острой фазы адаптации



1 – хорошее самочувствие, настроение
2 – удовлетворительное самочувствие, настроение
3 – плохое самочувствие, настроение

Сравнительная оценка тревожности 2020-2021



2017-2018



2020-2021

Полученные данные можно объяснить тем, что в период пандемии 34,5% дошкольников, уже ранее посещавших ДОО, длительное время вновь находились в домашних условиях (не менее 3-4 месяцев), в связи с чем у многих детей начался новый адаптационный период.

Важно помнить, что в дошкольном возрасте психика очень подвижна, поэтому дети могут быстрее адаптироваться к новой ситуации, но только при адекватном поведении окружающих взрослых. При проявлении даже незначительной тревожности у взрослых ребенок будет также тревожен, а также может испытывать страх и чувство вины.

В нашем исследовании этими проявлениями были:

- повышенная капризность (100%)**
- частая смена настроения (100%)**
- частая смена деятельности, невозможность сконцентрироваться на одном деле (80,4%)**
- смена активности – от чрезмерно активного до состояния бездействия (54,5%)**
- потребность в частом физическом контакте с родителями (53,1%)**
- проявление страхов, «плохих снов» (35,5%)**

Для динамического изучения качества жизни детей нами было проведено очное анкетирование родителей и прямое интервьюирование детей 5–7 лет с использованием опросника оценки качества жизни в педиатрии PedsQL™ 4.0, разработанного профессором Дж. Варни (Центр результатов детского здоровья, Детская больница и Центр здоровья детей, СанДиего, Калифорния, США, 2001), его адаптированной русской версии, в строгом соответствии с международными требованиями в период 2017-2018 гг. и 2020-2021 гг.

Общий опросник для проведения анкетирования родителей всех детей состоит из 21–23 вопросов, которые были объединены в следующие шкалы:

- физическое функционирование – ФФ (6-8 вопросов)**
- эмоциональное функционирование – ЭФ (5 вопросов)**
- социальное функционирование – СФ (5 вопросов)**
- ролевое функционирование (жизнь в детском саду) - РФ (5 вопросов)**

Средние общие показатели качества жизни детей в 2017-2018 гг. (Г1) и в 2020-2021 гг. (Г2) на первой неделе пребывания в ДОО статистически не отличались и составляли $78,1 \pm 8,2$ балла и $77,3 \pm 9,3$ балла соответственно.

Сравнение показателей качества жизни по отдельным шкалам свидетельствует о том, что показатели физического функционирования при поступлении детей в ДОО существенно превышали показатели эмоционального и ролевого функционирования и составляли $94,6 \pm 10,2$ балла у детей из Г1 и $96,6 \pm 11,3$ у детей из Г2.

Это свидетельствует о том, что, по оценке родителей, дети активны физически: им не трудно ходить, бегать, поднимать что-то тяжелое, убирать свои игрушки, они активно участвовали в играх или делали физические упражнения, их не беспокоили боли, они не ощущали недостаток сил.

Наряду с этим, многие дети, по результатам опроса родителей, испытывали чувство страха, грусти, дети злились, плохо спали и испытывали беспокойство.

Это отразилось на показателях качества жизни по шкале эмоционального функционирования: у детей из Г1 оно в среднем оценивалось на $63,2 \pm 12,4$ балла при поступлении, а в Г2 – несколько ниже – $59,8 \pm 10,5$ балла.

Ролевое функционирование оценивалось на $76,4 \pm 15,4$ балла у детей из Г1 и на $65,4 \pm 14,2$ балла у детей из Г2.

Многим детям из Г2 трудно было играть вместе с другими детьми, они не хотели с ними играть, обижали их. У детей не получалось делать то, что получалось у детей их возраста, поэтому они не чувствовали себя наравне с ними.

Показатель социального функционирования при поступлении не определялся, так как он в целом характеризуется только после определенного периода посещения детьми ДОО, и в связи с этим данный показатель оценивался только через 3 месяца после поступления детей в ДОО.

Через 3 месяца пребывания детей в ДОО установлены сравнительно низкие показатели социального функционирования у детей из Г1 ($76,8 \pm 14,5$ балла), но у детей из Г2 они оставались крайне низкими ($64,8 \pm 13,2$ балла). Детальный анализ результатов проведенного опроса родителей по блоку вопросов, характеризующих социальное функционирование детей, позволил сделать вывод о том, что полученные данные обусловлены пропусками посещения ДОО и ухудшением социализации ребенка в связи с пандемией.

После завершения периода адаптации, средний показатель психосоциального здоровья детей, начало посещения ДОО которыми пришлось на период пандемии, включающий показатели эмоционального, социального и ролевого функционирования, был существенно ниже показателя физического функционирования и в среднем составлял $75,8 \pm 12,2$ балла.

У этих детей отмечена тенденция к снижению показателя физического функционирования до $82,6 \pm 12,9$ балла и ролевого функционирования до $67,6 \pm 15,0$ баллов при низких значениях показателя эмоционального функционирования ($73,1 \pm 14,4$ балла).

У детей, начавших посещение ДОО в период пандемии, даже после завершения адаптационного периода отмечались низкие показатели качества жизни, при относительно удовлетворительных исходных показателях физического функционирования.

Дети этой группы оценили параметры всех шкал качества жизни, кроме ролевого функционирования, достоверно ниже, чем их родители.

Завышение качества жизни родителями свидетельствует о том, что они недостаточно осведомлены об основных аспектах функционирования детей, таким образом не могут своевременно оценить качество жизни собственного ребенка.

Таким образом, решение вопроса адаптации детей к ДОО в период пандемии во внедрении эффективных простых медико-профилактических технологий – технологий, обеспечивающих сохранение здоровья детей под руководством медицинского персонала ДОО в соответствии с медицинскими требованиями и нормами.

К ним относят следующие технологии:

- организация мониторинга здоровья**
- разработка рекомендаций по оптимизации здоровья**
- организация и контроль питания детей**
- организация и контроль физического развития**
- закаливание**
- организация профилактических мероприятий**
- организация контроля и помощь в обеспечении санитарных требований**
- организация здоровьесберегающей среды**

Задача здоровьесберегающих технологий в условиях пандемии

Применительно к ребенку – обеспечение высокого уровня реального здоровья с оценкой качества жизни ребенка в ДОО как в период адаптации, так и в последующий период, воспитание валеологической культуры как совокупности осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни человека, знаний о здоровье и умений оберегать, поддерживать и сохранять его, валеологической компетентности, позволяющей ребенку самостоятельно решать задачи собственного здорового образа жизни (противоэпидемический этикет) и безопасного поведения, элементарные задачи, связанные с оказанием элементарной медицинской самопомощи и помощи.

Применительно к родителям – содействие становлению культуры здоровья, в том числе валеологическое просвещение родителей, решение проблемы вакцинации против COVID-19 членов семьи как средства защиты здоровья ребенка

