

альной подготовки квалифицированных бегунов на средние дистанции. Кроме того, предлагаемые некоторыми авторами (Романова А. Н., Громова Л. Л., Миллер В. Д., 1989) методы психофизического шкалирования, которые успешно применялись для выявления сенсорных нарушений у детей с последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы и оценки готовности детей к обучению в школе, также могут быть реализованы на основе использования АС "Reaction".

В заключение следует отметить, что использование компьютерной техники в психодиагностическом эксперименте предъявило к исследователям новые требования: во-первых, исследователь (педагог, психолог) должен знать возможности и правила эксплуатации вычислительной техники; во-вторых, исследователь должен овладеть алгоритмическим стилем мышления; в-третьих, возросла значимость физико-математической и технической подготовки исследователя. Только при выполнении данных требований возможно активное участие исследователя в разработке, совершенствовании и эксплуатации автоматизированных средств и методов, проведении психодиагностического эксперимента с обеспечением срочной обратной связи и исключается вероятность стать "бездумным придатком" компьютера.

**И. М. Шаламова, И. В. Вахлова, Л. В. Левчук, М. А.
Сырочкина, Я. Г. Березовская**

УрГМА, г. Екатеринбург.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.

Физическое развитие ребенка является одним из критериев оценки здоровья. Оно может изменяться при наличии хронической патологии, частых острых заболеваний, при дисбалансе нейроэндокринной регуляции.

Нами проанализировано состояние физического развития 107 детей от 2 до 7 лет, посещающих дошкольные учреждения. Из 80 де-

тей II группы здоровья, 59 (73,8%) имели среднее физическое развитие. У четверти детей (26,3%) выявлены различные отклонения в физическом развитии, характер которых отражен в таблице 1.

Таблица 1.

Состояние физического развития детей II группы здоровья, посещающих ДУ.

Оценка физического развития	Абсолютное число	%
Среднее	59	73,8
Ниже среднего	6	7,5
Высокое	6	7,5
Выше среднего	5	6,3
Низкое	3	3,8
Очень высокое	1	1,3
Итого:	80	100,0

Дети I группы здоровья характеризовались менее выраженными изменениями физического развития. Так, 6 детей из них имели среднее физическое развитие, а длина тела еще 2 детей определялась в центильных таблицах как выше и ниже среднего.

У большинства детей II группы здоровья – 67 из 80 – т. е. 83,8%, физическое развитие было гармоничным. Дисгармоничное физическое

развитие отмечено у 11 детей (13,8%) и резко дисгармоничное – у 2. Гармоничность физического развития у детей I группы здоровья была полной (100%). По соматотипу дети II группы здоровья распределились следующим образом: мезосоматический – у 63 детей (78,8%), микросоматический – у 11 детей (13,8%), макросоматический – у 6 детей (7,5%). У детей I группы здоровья мезосоматический соматотип определялся у 7 детей и один ребенок имел микросоматотип. Детей с макросоматическим соматотипом в этой группе не отмечено.

Физическое развитие детей III группы здоровья представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Состояние физического развития детей III группы здоровья, посещающих ДУ.

Оценка физического развития	Абсолютное число	%
Среднее	9	41,8
Выше среднего	4	21,1
Ниже среднего	3	15,8
Очень высокое	2	10,5
Низкое	1	5,3
Итого:	19	100,0

Дети III группы здоровья имели более значительные отклонения в физическом развитии, чем дети II группы здоровья. Как видно из таблицы 2, лишь половина детей имела среднее физическое развитие, тогда как физическое развитие детей II группы здоровья было средним в 73,8% (см. таб. 1). У детей III группы здоровья низкое физическое развитие выявлено в 1,4 раза чаще, ниже среднего – в 2 раза, выше среднего в 3 раза, а очень высокое, в 8 раз чаще, чем у детей II группы здоровья. Данная закономерность, очевидно, отражает диспропорции роста у детей с различной хронической патологией, что сказывается также и на гармоничности физического развития. Так, среди 19 детей

III группы здоровья гармонично развитыми были 12 детей, что составило 63,2% (для сравнения – гармоничность физического развития детей II группы здоровья выявлена у 83,8% детей). Дисгармония в физическом развитии отмечена у 5 детей (23,3%), что в 2 раза больше, чем у детей II группы здоровья.

По соматотипу дети III группы здоровья также значительно отличались от детей II группы. Мезосоматический соматотип имели 8 детей, то есть 42,1% (II группа здоровья – 78,8%), микросоматический соматотип – 6 детей (31,6%; во II группе – 13,8%), макросоматотип определялся у 5 детей (26,3%; II группа – 7, 5%).

Полученные данные свидетельствуют о значительном нарушении физического развития у детей с различными хроническими заболеваниями в отличие от детей группы риска.

**З. Я. Шевченко, Н. И. Соловьева, Л. В. Ложкина, Н. А.
Шивирев, О. Е. Иртегова**

Школа N 115 г. Пермь.

АКТИВНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ШКОЛЕ-КОМПЛЕКСЕ N 115 Г. ПЕРМИ.

В течение 3 лет функционирует школа-комплекс N 115 (ДДУшкола-ВУЗ), на базе которой внедряется новая воспитательная система с использованием средового подхода, предложенного Ю. С. Мануйловым – докторантом лаборатории воспитательных систем РАО. В основе теории лежит сохранение и укрепление физического, интеллектуального и социального здоровья каждого ученика, без чего невозможно гармоничное развитие личности.

Программа работы состоит из 3 основных разделов.

1. Изучение исходного уровня здоровья детей. Формирование групп направленного риска и внедрение медико-психолого-педагогической коррекции.
2. Привитие учащимся основ здорового образа жизни.