

**THE ROLE OF CHILDREN'S HYGIENE IN CONCEPT OF "VALEOPEDAGOGY"
AND "PEDAGOGIC VALEOLOGY"**

O.I. Popov, S.E. Luparenko, L.T. Boyko

This article is dedicated to the analysis of different views of the conceptions of "valeopedagogy" and "pedagogic valeology". Their tasks are analyzed. The essence and the peculiarities of health maintenance technologies and health maintenance lesson are revealed.

УДК 613.955:376.42

**ВПЛИВ ФАКТОРІВ ВНУТРІШНЬОШКІЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА
СПЕЦІАЛЬНОЇ ШКОЛИ-ІНТЕРНАТУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я
РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ДІТЕЙ**

Станкевич Т.В.

ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

За сучасними науковими уявленнями фактори середовища освітнього закладу є найбільш керованими, їх оптимізація дозволяє покращити стан здоров'я учнів, попередити розвиток та ускладнення наявних функціональних відхилень та захворювань [1,2].

Основними компонентами життєдіяльності дітей в спеціальній школі-інтернаті є навчальна діяльність, фізичне виховання, харчування, медично-реабілітаційні заходи, соціальна адаптація, а також відпочинок. Всі ці фактори впливають на учня комплексно, поєднуючись у різні проміжки часу та посилюючись чи послаблюючись в залежності від сприйняття їх дитиною.

В Україні на сьогодні функціонує 335 спеціальних шкіл та шкіл-інтернатів (СЗШ) для дітей з різними порушеннями у стані здоров'я. Найбільшу групу серед цих закладів (60,3%) складають спеціальні загально-освітні школи (школи-інтернати) для дітей, які потребують корекції розумового розвитку. В цих СЗШ виховується близько 23699 дітей з інтелектуальною недостатністю.

Метою нашого дослідження було встановлення характеру й ступеню впливу факторів внутрішньошкільного середовища на формування здоров'я розумово відсталих дітей в умовах спеціальних шкіл-інтернатів.

Матеріали і методи. Для проведення досліджень були обрані два інтернатні заклади корекційної освіти з традиційною фо-

рмою навчально-виховного процесу на повному державному забезпеченні, які розташовані у межах великого міста. СЗШ 1 з найбільш типовими та розповсюдженими порушеннями санітарно-гігієнічного забезпечення: будівля закладу пристосована, перебудована, земельна ділянка представлена лише прибудинковою територією, у закладі незадовільна організація фізичного виховання (перш за все через дуже обмежену площу ділянки), незадовільна організація медичного забезпечення (немає лікаря), а також виявлені порушення у кількісному складі харчування дітей. Умови життєдіяльності у СЗШ 2 наближені до оптимальних з гігієнічної точки зору: заклад збудований за типовим проектом, має відповідні архітектурно-планувальні рішення, достатні площі та задовільні санітарно-гігієнічні умови, а також в цьому інтернаті належна організація медичного забезпечення та фізичного виховання дітей. Гігієнічна оцінка проводилась комплексно, з урахуванням кількісних і якісних характеристик 109 показників [3].

Вивчення загальної захворюваності здійснювали за допомогою результатів поглиблених медичних оглядів шляхом вкопювання інформації з первинної медичної документації в СЗШ (ф. 26). Аналіз отриманих матеріалів проводили за класами хвороб відповідно до „Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем

(МКХ-10)» з виділенням ряду груп і нозологічних форм, що становить особливий інтерес з точки зору виявлення ефектів впливу внутрішньошкільного середовища [4]. Для кількісної оцінки здоров'я кожного учня був використаний інтегральний показник – індекс нездоров'я, що характеризує ступінь «нездоров'я» кожної дитини та рівень резис-

тентності організму з урахуванням індексу гострої захворюваності [5]. Оцінка індексу нездоров'я включає в себе співвідношення показників групи здоров'я за окремими системами організму і враховує як число уражених систем організму, так і інтенсивність патологічного процесу. Індекс нездоров'я (ІНз) розраховували за формулою 1:

$$\text{ІН}_z = \frac{1}{10} \cdot \sum_{i=1}^4 n_i \cdot \lg_4 i \quad (1)$$

де, ІНз – індекс нездоров'я;

n – кількість уражених систем організму, що за важкістю відповідає i -й групі здоров'я.

Значення показника (індексу) можуть коливатися від 0 до 1, де 0 – відсутність змін у стані здоров'я, а 1 – наявність їх з боку всіх

органів і систем, які обстежуються. Комплексний показник «втрати» здоров'я у % визначали за формулою 2:

$$\text{Комплексний показник втрати здоров'я} = \text{ІНз} \times 100\%, \quad (2)$$

де, ІНз – індекс нездоров'я.

Систематизація матеріалу та первинна математична обробка були виконані за допомогою таблиць Microsoft EXCEL 2010. Статистична обробка проводилась з використанням пакету STATISTICA 6.0.

Результати. Комплексна гігієнічна оцінка умов життєдіяльності у двох закладах довела значні відмінності між СЗШ 1 та СЗШ 2: середній бал $2,42 \pm 0,08$ проти $2,81 \pm 0,04$ відповідно ($p < 0,001$).

В спеціальній школі-інтернаті 1 33,3% учнів мають статус «дитина-інвалід», в СЗШ 2 – 49,3%. За віковим та статевим складом школи-інтернати статистично не відрізняються, у національному складі учнів теж немає суттєвих відмінностей, всі вихованці є жителями міста Києва.

Аналіз історій розвитку дитини показав, що в СЗШ 1 71,89%, а в СЗШ 2 – 62,6% обстежених дітей мали ускладнення в пренатальному, натальному та постнатальному періодах. Найчастіше це ускладнення в період вагітності матері, патологічні пологи та недоношеність, у третини матерів це були четверті або п'яті пологи, 3,2% дітей перенесли оживлення після пологів.

В спеціальних загальноосвітніх школах-інтернатах для дітей, які потребують ко-

рекції фізичного та (або) розумового розвитку, що спеціалізуються на навчанні розумово відсталих дітей у вихованців найчастіше зустрічається діагноз F 70 за МКХ-10 – розумова відсталість легкого ступеня [51]. В СЗШ 1 90,6% учнів мали даний діагноз, в СЗШ 2 та – 88,8%. В СЗШ 1 7,3% дітей мали діагноз F 71 – розумова відсталість помірного ступеня, а в СЗШ 2 – було 8,5% вихованців з подібним діагнозом. Всього в обстежених СЗШ в медичній документації вихованців було нараховано 24 діагнози, що супроводжуються різним ступенем розумової відсталості. До найпоширеніших у розумово відсталих дітей відноситься також діагноз F 80 (80.0-80.9) – специфічні розлади розвитку мовлення та мови. В СЗШ 2 67,5%, а в СЗШ 1 – 26,1% вихованців мають порушення мовлення.

За структурою захворюваності провідне місце в обох інтернатах займали розлади психіки та поведінки, на другому місці – хвороби органів дихання, на третьому – хвороби кістково-м'язової системи (табл. 1). У порівнянні з СЗШ 2, в СЗШ 1 на 29,6% частіше зустрічались хвороби органів дихання та на 20,9% – хвороби ендокринної системи.

Таблиця 1. Структура захворюваності розумово відсталих учнів двох СЗШ (%).

Хвороби	СЗШ 1	СЗШ 2
розлади психіки та поведінки	28,25	32,79
органів дихання	18,23	12,84
кістково-м'язової системи	14,58	15,8
ендокринної системи	12,24	9,67
ока та його придаткового апарату	9,64	6,96
інші хвороби	17,06	21,94

Були проаналізовані показники захворюваності учнів молодшої (1-4 класи) та старшої (5-9 класи) вікової групи в обох школах-інтернатах (табл. 2, 3).

Таблиця 2. Показники загальної захворюваності учнів різних вікових груп у спеціальній школі-інтернаті 1 (на 100 дітей; P±m).

Назви класів хвороб	Молодша вікова група	Старша вікова група
Хвороби ендокринної системи	51,43±8,45 ¹	47,54±6,39 ¹
Розлади психіки та поведінки	120,00±18,52	116,39±13,81
Хвороби нервової системи	28,57 ±7,64	13,11±4,32
Хвороби ока та його придаткового апарату	42,86±8,36	36,07±6,15
Хвороби вуха та соскоподібного відростку	0,00±10,26	4,92±2,77
Хвороби системи кровообігу	2,86±2,82	4,92±2,77
Хвороби органів дихання	42,86±8,36	90,16±3,81**2
Хвороби органів травлення	34,29±8,02	24,59±5,51
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	54,29±8,42	60,66±6,25
Хвороби сечостатевої системи	8,57±4,73	3,28±2,28
Вроджені аномалії	57,14±5,38	40,31±1,63
Інші хвороби	11,43±5,38	18,03± 4,92
Всього:	454,30±34,17	459,98±26,28

Примітки:

1. ** – відмінність між показниками вікових груп при $p < 0,001$;
2. ¹ – відмінність між аналогічними показниками у СЗШ 2 при $p < 0,05$;
3. ² – відмінність між аналогічними показниками у СЗШ 2 при $p < 0,001$.

Одне з провідних місць у загальній захворюваності вихованців інтернатів займали хвороби органів дихання. В СЗШ 2 кількість дітей молодшого шкільного віку з даною патологією була у 1,5 рази більша, ніж в СЗШ 1 (64,08±4,80% проти 42,86±8,36%; $p < 0,05$). Але під час навчання від молодших до старших класів в СЗШ 2 цей показник

зменшується у 1,5 рази, знижуючись до 43,21±4,95 ($p < 0,01$) (табл. 2, 3).

В СЗШ 1 навпаки – показник хвороб органів дихання від молодших до старших класів збільшується у 2,1 рази (з 42,86±8,36% до 90,16±3,81%; $p < 0,001$), перевищуючи аналогічний показник в СЗШ 2 вже у 2,1 рази ($p < 0,001$). В СЗШ 1 вищий й показник хвороб ендокринної системи, ніж в

СЗШ 2, в молодшій віковій групі у 1,8 рази та у старшій – в 1,7 рази ($p < 0,05$).

В протизахворюваності до СЗШ 1, в СЗШ 2 у 2,3 рази встановлено також зниження захворюваності за нозологічними групами, які не увійшли до переліку найпоширеніших

(з $28,48 \pm 4,51\%$ до $12,34 \pm 3,29\%$; $p < 0,01$) (табл. 3). В СЗШ 2 у порівнянні з СЗШ 1 було виявлено більше дітей з патологією нервової системи, особливо в старшій віковій групі (у 2,4 рази; $p < 0,01$).

Таблиця 3. Показники загальної захворюваності учнів різних вікових груп у спеціальній школі-інтернаті 2 (на 100 дітей; $P \pm m$).

Назви класів хвороб	Молодша вікова група	Старша вікова група
Хвороби ендокринної системи	28,48±4,51	28,39±4,50
Розлади психіки та поведінки	117,48±10,84	108,64±10,42
Хвороби нервової системи	35,59±4,79	30,86±4,62 ²
Хвороби ока та його придаткового апарату	49,84±5,00	32,10±4,67
Хвороби вуха та соскоподібного відростку	0,00±6,78	4,94±2,17
Хвороби системи кровообігу	10,68±3,09	4,94±2,17
Хвороби органів дихання	64,08±4,80 ¹	43,21±4,95*
Хвороби органів травлення	39,16±4,88	37,04±4,83
Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	60,52±4,89	75,31±4,31
Хвороби сечостатевої системи	7,12±2,57	6,17±2,41
Вроджені аномалії	42,72±4,95	34,57±4,76
Інші хвороби	28,48±4,51	12,34±3,29*
Всього:	484,15±21,91	418,51±22,89

Примітки:

- * – відмінність між показниками вікових груп при $p < 0,01$.
- ¹ – відмінність між аналогічними показниками в СЗШ 1 при $p < 0,05$;
- ² – відмінність між аналогічними показниками в СЗШ 1 при $p < 0,01$.

Встановлено, що хронічні захворювання мали 87,0% вихованців школи-інтернату 1, із них одне захворювання – 19,5%, два – 32,2%, три – 25,4%, чотири і більше – 22,9% учнів.

В СЗШ 2 хронічні захворювання мали 88,0% вихованців, із них одне захворювання – 24,6%, два – 36,5%, три – 31,7%, чотири і більше – 7,2% учнів. Отже, в даному інтернаті у 3,2 рази менше дітей, які мають чотири і більше хронічних захворювань, ніж в СЗШ 1 ($p < 0,01$).

Таким чином, показники загальної захворюваності у розумово відсталих учнів в спеціальних школах-інтернатах з різними

умовами життєдіяльності суттєво відрізняються.

За даними поглиблених медичних оглядів переважна більшість вихованців школи-інтернату 1 та 2 віднесені до III та IV групи здоров'я. Тому оцінку стану здоров'я учнів була проведена шляхом визначення індексу нездоров'я та комплексного показника втрати здоров'я, які кількісно характеризує ступінь втрати здоров'я дитиною [5].

Встановлено відмінність між показниками втрати здоров'я учнів даних СЗШ ($t = 3,71$; $p < 0,001$). Середні значення комплексного показника учнів інтернату 2 на 15,4% нижчі, ніж у учнів інтернату 1 (відповідно $22,0 \pm 0,6$ проти $26,0 \pm 0,9$) (рис. 1).

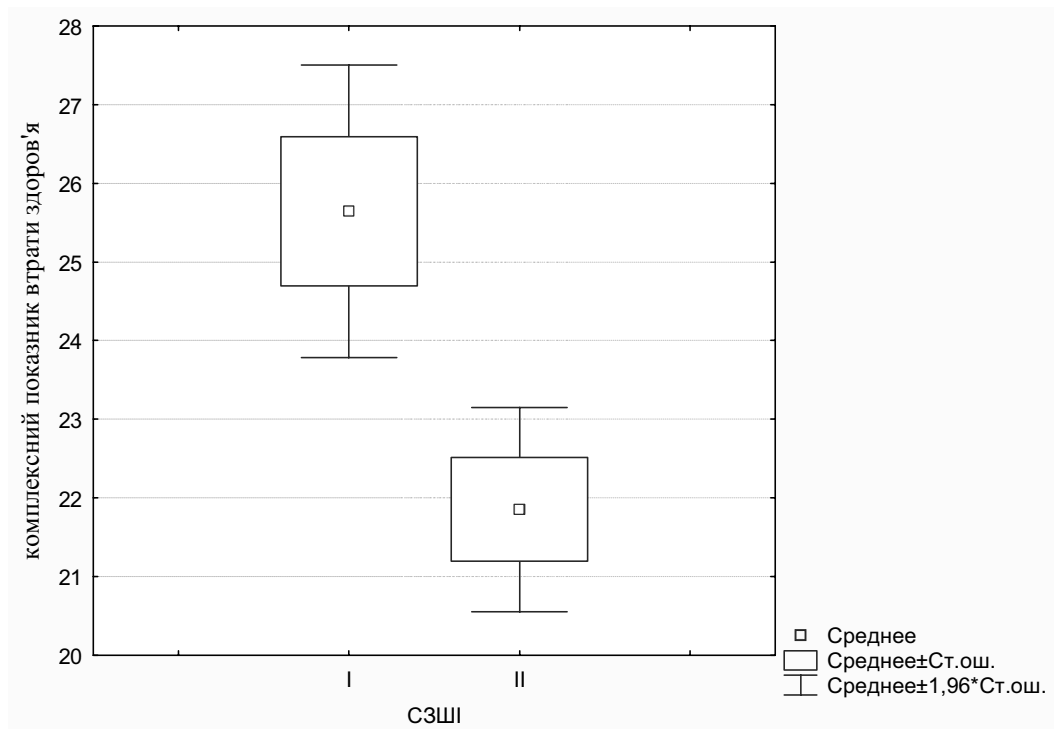


Рисунок 1. Діаграма розмаху середніх значень комплексного показника втрати здоров'я учнів двох спеціальних шкіл-інтернатів для розумово відсталих дітей.

Оцінка стану здоров'я вихованців (65,57%) індекс нездоров'я становить від двох спеціальних шкіл-інтернатів для розумово відсталих дітей показала, що у більшості учнів як СЗШ 1 (64,95%) так і СЗШ 2 0,15 до 0,30, отже комплексний показник втрати здоров'я відповідно 15-30% (табл. 4).

Таблиця 4. Розподіл учнів різних вікових груп СЗШ 1 та СЗШ 2 за індексом нездоров'я (%).

Індекс нездоров'я	Молодша вікова група	Старша вікова група	Учні всіх вікових груп
СЗШ 1			
< 0,10	0,00±10,53	3,17±2,21	2,06±1,44
0,10-0,15	5,88±4,04	6,35±3,07	6,19±2,45
0,16-0,20	23,53±7,27	19,05± 4,55	20,62±4,11
0,21-0,25	17,65±6,54	23,81±5,37	21,65±4,18
0,26-0,30	26,47±7,57	20,63±5,10	22,68 ±4,25
0,31-0,40	20,58±5,53	19,05±4,41	19,58±3,46
> 0,41	5,88±4,04	7,94±3,41	7,22±2,63
СЗШ 2			
< 0,10	9,43±4,02	8,16±2,77	8,61±2,28 [#]
0,10-0,15	9,43±4,02	10,20±3,06	9,93±2,43
0,16-0,20	28,30±6,19	19,39±3,99	22,52±3,40
0,21-0,25	20,75±5,57	32,60±4,74	28,48±3,67
0,26-0,30	11,32±4,35	16,33±3,73	14,57±2,87
0,31-0,40	13,21±4,65	13,27±3,43	13,25±2,76
> 0,41	7,55±3,63	0,00±3,92	2,35±1,31

Примітка. [#] – відмінність між показниками двох інтернатів при $p < 0,05$.

На момент обстеження втрати здоров'я більше 30,0% мав кожний четвертий вихованець СЗШ 1 (26,81%) та 15,60% учнів СЗШ 2. Тобто, даний показник у учнів СЗШ 2 у 1,7 рази менший, ніж в СЗШ 1 ($p < 0,05$). Серед учнів СЗШ 2 в порівнянні з СЗШ 1 у 2,2 рази частіше зустрічались діти, які мали незначну втрату здоров'я (індекс нездоров'я до 0,15) ($p < 0,05$).

Аналіз динаміки розподілу показників індексу нездоров'я у учнів в процесі навчання від молодшої до старшої шкільної ланки також дозволив встановити відмінності між

двома спеціальними школами-інтернатами. В противагу СЗШ 2 в інтернаті 1 серед учнів молодшого шкільного віку не було дітей без втрати здоров'я. Крім того в СЗШ 2 серед учнів старшого шкільного віку не виявлено дітей з втратою здоров'я більше 40% (індекс нездоров'я більше 0,41).

В інтернаті 2 виявлено у 4,2 рази більше дітей з індексом нездоров'я менше 0,10 ($p < 0,05$). В СЗШ 1 у порівнянні з СЗШ 2 як в молодшій так і в старшій віковій групі у 1,6 разів більша кількість учнів з індексом нездоров'я більше 0,25 (рис. 2).

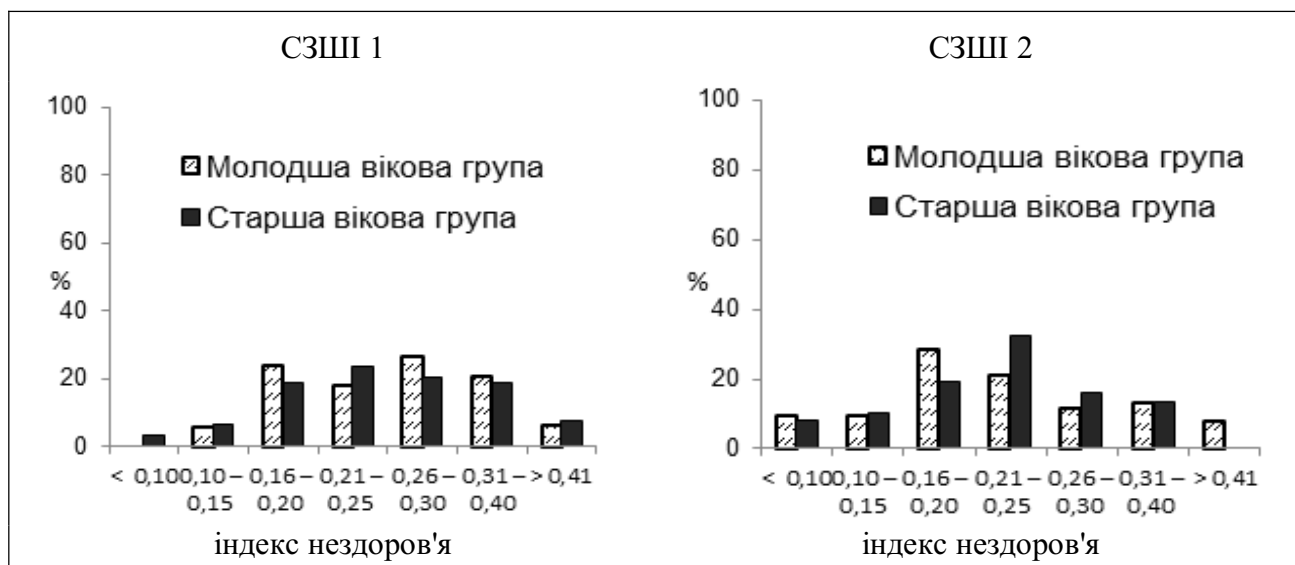


Рисунок 2. Розподіл учнів різних вікових груп СЗШ 1 та СЗШ 2 за індексом нездоров'я (%).

Таким чином в СЗШ 1 в учнів як молодшої, так і старшої вікової групи спостерігається тенденція до збільшення індексу нездоров'я протягом навчання. В СЗШ 2 навпаки – тенденція до зменшення кількості дітей з індексом нездоров'я більше 0,25 в усіх вікових групах (рис. 2).

Отже, стан здоров'я розумово відсталих дітей, що перебувають в незадовільних санітарно-гігієнічних умовах спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату, протягом навчання погіршується більш інтенсивно.

Для встановлення ступеню впливу факторів умов життєдіяльності на формування здоров'я був розрахований внесок санітарно-гігієнічних факторів обстежених спеціальних шкіл-інтернатів для розумово відсталих дітей у формування показників, які характеризують стан здоров'я вихованців.

Після проведення дисперсійного аналізу був здійснений розрахунок вкладу всього комплексу досліджених санітарно-гігієнічних факторів як частки міжгрупової варіації в загальному варіюванні результуючої ознаки, а також розрахунок похибки та значимості результатів для різних вікових груп учнів.

Встановлено, що для розумово відсталих дітей молодшої шкільної ланки (1-4 клас) вклад санітарно-гігієнічних факторів у формування здоров'я (індекс нездоров'я) складає 34,1% ($p < 0,01$) та у формування хронічної патології – 39,5% ($p < 0,01$).

Для дітей старшої вікової групи (5-9 класи) вклад санітарно-гігієнічних факторів оточуючого середовища у формування показника індексу нездоров'я та формування хронічної патології у дітей – 23,8% та 16,9% відповідно ($p < 0,01$).

Отже, умови життєдіяльності у спеціальних школах-інтернатах безпосередньо впливають на формування здоров'я розумово відсталих вихованців.

Висновки

1. Встановлено, що при перебуванні в закладах з незадовільними умовами життєдіяльності в порівнянні із задовільними умовами у розумово відсталих дітей на 29,6% частіше зустрічаються хвороби органів дихання та на 20,9% хвороби ендокринної системи, у 3,2 рази більше дітей з множинною патологією (хронічних захворювань 4 й більше).

2. При вихованні в незадовільних санітарно-гігієнічних умовах протягом навчання від молодших до старших класів комплексний показник втрати здоров'я у процесі навчання має виражену тенденцію до збільшення.

3. Доведено, що для розумово відсталих дітей молодшої шкільної ланки вклад санітарно-гігієнічних факторів у формування комплексного показника втрати здоров'я – 34,1% ($p < 0,01$) та формування хронічної патології – 39,5% ($p < 0,01$). Для дітей старшої вікової групи вклад санітарно-гігієнічних умов інтернатного закладу освіти у показник втрати здоров'я складає 23,8% ($p < 0,01$) та формування хронічної патології – 16,9% ($p < 0,01$).

ЛІТЕРАТУРА

1. Белявская В.И. Системный подход при изучении комплексного влияния факторов окружающей среды на здоровье школьников /В.И. Белявская, Б.З. Воронова, Д.В. Синякова и др. //Гигиена детей и подростков на пороге третьего тысячелетия: матер. науч.-практ. конф. –М., –1999. –С. 13-14.
2. Кучма В.Р. Подходы к оценке уровня санитарно-эпидемического благополучия образовательных учреждений для детей и подростков /В.Р. Кучма, О.Ю. Милушкина //Гигиена и санитария. –2004. –№3. –С. 47-50.
3. Сухарев А.Г. Комплексная оценка воспитания и обучения детей и подростков в образовательном учреждении: методическое пособие /А.Г. Сухарев, Л.Я. Каневская. –М., –2001. – 208 с.
4. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем (МКХ-10): 10-й перегляд. –Женева : ВООЗ, –1998. –Т.1.1. –685 с.
5. Пронина Т.Н. Интегральная гигиеническая оценка факторов окружающей среды, формирующих здоровье школьников : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.07 /Т.Н. Пронина. – Минск, –2006. –24 с.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНУТРИШКОЛЬНОЙ СРЕДЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Станкевич Т.В.

Исследованы показатели общей заболеваемости умственно отсталых учащихся двух типовых специальных школ-интернатов с различным уровнем санитарно-гигиенического обеспечения. Проанализирована динамика изменений индекса нездоровья учащихся в процессе обучения. Установлено, что в условиях приспособленного помещения, отсутствия необходимых условий для физкультурно-оздоровительной работы, соответствующего медицинского обеспечения и при несбалансированном питании показатели здоровья учащихся имеют выраженную негативную динамику. Доказано, что для умственно отсталых детей младшего школьного возраста вклад санитарно-гигиенических факторов в формирование индекса нездоровья составляет 34,1%, в формирование хронической патологии – 39,5%. Для учащихся старшей возрастной группы вклад санитарно-гигиенических условий интернатного учреждения в формирование индекса нездоровья составляет 23,8%, в формирование хронической патологии – 16,9%.

IMPACT OF INTRASCHOOL MEDIUM FACTORS OF THE SPECIAL BOARDING SCHOOL ON THE HEALTH OF MENTALLY RETARDED CHILDREN

T.V. Stankevich

Indices of general morbidity of mentally retarded schoolchildren of two ordinary boarding schools with a different level of sanitary-and-hygienic provision have been studied. Dynamics of the index of unhealth among schoolchildren was analyzed in the process of education. It was determined that under conditions of suitable premises, absence of necessary conditions for sports-and-sanitary work, corresponding medical supply, and unbalanced nutrition the indices of schoolchildren's health have an expressed negative dynamics. It was proved that for mentally retarded children a contribution of sanitary-and-hygienic factors in the forming of unhealth makes up 34.1% and in the forming of chronic pathology – 39.5%. For the schoolchildren of senior group a contribution of sanitary-and-hygienic conditions at boarding school in the forming of the index of unhealth makes up 23.8% and in the forming of chronic pathology – 16.9%.

УДК 613.955: 376.42:37.034

ПРАКТИЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ З МОРАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ (2-ИЙ КЛАС)

Зубрицька А.А., Біленко І.О.

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

Інститут корекційної педагогіки та психології, м. Київ

Школа-інтернат №26 Дніпровського району, м. Київ

Актуальність теми. Перш ніж говорити про спостереження за ефективністю морального виховання, необхідно з'ясувати важливість стану психофізичного здоров'я дітей, який зумовлює забезпечення їхньої соціальної адаптації, впливає на фізичне, соматичне та репродуктивне здоров'я, та що собою являє мораль. Відповідно до визначення ВООЗ, здоров'я розглядається як процес постійної підтримки благополуччя. Звідси можна зробити висновок, що для того, щоб бути здоровим як в фізичному, так і в психологічному аспектах, необхідно виробити в дитини особливий стиль життя, який даватиме змогу не тільки постійно підтримувати і зберігати здоров'я, а ще й забезпечуватиме адаптаційні механізми організму до навколишнього середовища [1].

Методи дослідження. Аналіз літератури та спостереження.

Результати досліджень та їх обговорення. Психіка дітей з вадами психофізичного розвитку особливо чутлива до умов соціального неблагополуччя, яке спостерігається в останні роки на теренах нашої держави. Так, за статистичними даними за

2004-2009 роки психічні захворювання у дітей віком до 14 років становлять 6,20 на 1000 обстежених дітей. Серед першопричин стресів основними є морфофункціональна незрілість організму дітей та порушення у режимах дня, сну та інші [5].

З психологічного погляду мораль є надзвичайно складним явищем, у поняття якого входять інтелектуальні, почуттєві і волевові якості. Як явище інтелектуальне, мораль – сукупність норм поведінки або обов'язків людини щодо суспільного оточення, самого себе і природи. Як волевовий процес, мораль передбачає виконання цих обов'язків. Мораль, як почуттєвий процес, включає в себе відчуття задоволення від своїх вчинків чи вчинків інших людей у найширшому розумінні (не тільки зовнішні вчинки, а й внутрішні переживання, думки, настрої, бажання). Всі ці елементи міцно поєднані між собою, тому однією з функцій моралі є самооцінка або здатність кваліфікувати свою поведінку. Ця здатність людини називається сумлінням. Воно є ідеалом людини (за Мартисеном) [4].