

УДК: 616-007.1-053.2

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ СЕМЬИ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

© 2011 Г.Ю. Порецкова, Д.В. Печкуров, И.А. Пахомова

Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 03.10.2011

В статье приводятся данные собственных исследований относительно состояния здоровья школьников г. Самары и влияния на него семейных факторов и факторов школьной среды. В работе вскрываются проблемы, возникающие при формировании здорового образа жизни у подростков.

Ключевые слова: *школьники, адаптация, экология семьи, здоровый образ жизни*

В настоящее время признается, что здоровье населения лишь на 8-9% зависит от врачей и состояния здравоохранения; в основном же его формирует образ жизни (51,2%), наследственность (20,4%), факторы окружающей среды (19,9%). Поэтому невозможно решить проблему здоровья и болезней без изучения и учёта влияния всех этих факторов. В многочисленных работах, посвящённых изучению различных аспектов состояния здоровья детей, подчёркивается особо тревожная ситуация в отношении состояния здоровья школьников. Так, именно у подростков имеются наиболее неблагоприятные тенденции, которые характеризуются значительным ростом общей заболеваемости практически по всем классам болезней, высокой частотой хронической патологии (более 50% подростков), особенно эндокринологической, гастроэнтерологической, кардиологической [4, 6, 7]. Школьный возраст – период активного формирования и закрепления основных элементов образа жизни и является критическим периодом онтогенеза, для которого характерно наличие определенных, анатомо-физиологических особенностей, что определяет высокую чувствительность подростка к комплексу неблагоприятных факторов, особенно окружающей среды, и социально-гигиенических условий [12-16, 20].

Доказано, что в происхождении психосоматических расстройств играют роль многие факторы: острый или хронический стресс, социальная дезадаптация, психическое напряжение. Каждая специфическая по своему содержанию конфликтная ситуация вызывает закономерные ответы в деятельности определенного органа [1]. Образ жизни школьников, по утверждению

Потапова А.И. и соавт. (2008), может значительно влиять на состояние здоровья обучающихся и доля этого влияния варьирует от 12 до 50%. Изучение этого аспекта у современных школьников указывает на частое нарушение режима дня в виде снижения продолжительности сна более чем у одной трети, длительное пребывание перед телевизором у 80% или компьютером у пятой части детей (более 4-х часов в сутки), более половины не бывают на свежем воздухе или бывают крайне мало [2, 9, 17]. Wolfson A.R., Carskadon M.A. (1998) опубликовали данные о снижении на одну треть продолжительности ночного сна у 8-12 летних школьников, что приводит к накоплению утомления и в большинстве случаев снижению общей реактивности организма.

Достаточно активно изучается влияние на здоровье детей условий проживания, особенностей семейного воспитания. Есть данные, указывающие на более низкий санитарно-гигиенический уровень, неблагоприятный психологический климат, недружелюбное отношение к ребёнку, нерегулярное питание в неполных семьях и, как следствие, в этих семьях чаще встречаются хронические заболевания и в 1,8 раза выше доля детей с отклонениями в состоянии здоровья [10]. Говоря о наиболее значимых социальных аспектах педиатрии, Стуколова Т.И. и соавт. (2002) обращают внимание на бытовой стресс как на одну из частых причин нарушения психического здоровья детей, развития в астеноневротического синдрома, вегетативных нарушений, снижения работоспособности.

Отсутствие взаимопонимания и взаимоуважения между родителями и детьми нередко приводит не только к специфическим для детского возраста психическим расстройствам, но и нарушению социальной и психологической адаптации, крайними проявлениями которой являются злоупотребление алкоголем, наркотиками, сексуальная раскрепощённость [18, 19]. Американский семейный психолог К. Маданес в ходе исследований определила связь различных личностных и поведенческих проблем с нарушением функции

Порецкова Галина Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней. E-mail: vra4_pediatr@mail.ru

Печкуров Дмитрий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детских болезней. E-mail: dmpchukurov@yandex.ru

Пахомова Ирина Александровна, аспирантка

семьи как базы, обеспечивающей психологическую безопасность [21]. То есть дети из семей социального риска заслуживают большего внимания, учитывая психосоматическое происхождение многих патологических состояний.

Неоспоримо, что основы здорового образа жизни должны закладываться в семье. Семья определяет условия жизни ребёнка, особенности его поведения и установку на здоровый образ жизни в дальнейшем. Но и школа – идеальное место для проведения программ по охране здоровья детей, представляет собой уникальную площадку для формирования здорового образа жизни [3]. Площадка, где должна реализоваться готовность учителей к здоровьесберегающей деятельности в отношении учащегося за счёт педагогических приёмов, к формированию у него потребности в здоровом образе жизни и ценностного отношения к здоровью.

Цель исследования: оценить влияние экологии семьи и образа жизни на состояние здоровья детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования: в ходе исследования были составлены социальные портреты семей 213 школьников первых классов и оценены сформированность понятия здорового образа жизни у их родителей по данным опроса. Была изучена готовность родителей к формированию у детей приверженности к здоровому образу жизни и изучены аспекты семейных взаимоотношений с тестированием родителей (119 родителей) с помощью методики анализа семейного воспитания (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса. Изучены психологические аспекты готовности детей к обучению (203 человека) и психологические особенности детей начальных классов. В этом разделе использовались методики, позволяющие выявить у детей возможность работы в соответствии с фронтальной инструкцией и умения самостоятельно действовать по образцу, осуществлять контроль над своими действиями; определения мотивации к обучению и общей тревожности, статуса ученика в школе и его самооценки, гештальт-тест Лореты Бендер. Нами проведен анализ некоторых сторон образовательного процесса с точки зрения здоровьесбережения по опросу педагогов общеобразовательной школы (36 человек) и школьных педиатров (21 человек).

Результаты собственных исследований и их обсуждение. По данным нашего исследования 157 человек (82,6%) воспитывались в полных, а 17,4% – в неполных семьях. Большая часть семей (66,6%) имели только одного ребёнка, около трети семей – 31,9% имела двоих детей. Многодетных семей (трое и четверо детей) было 1,5%. Данные анкетирования позволили уточнить уровень образования матерей и отцов и их социальный статус. Образовательный уровень был выше среди отцов: высшее образование

имели 54,5%, среднее специальное – 37,8% и среднее только 8%. Среди матерей учащихся около 43% имели средне-специальной и столько же высшее образование, остальные получили только среднее образование (12%).

По социальному положению большинство отцов (43%) отнесено к рабочим, государственным служащим и служащим 21% и 4% соответственно, работникам бюджетной сферы – 5%. Только 13,7% среди отцов занимались предпринимательством, а 10,3% временно не работали. Среди матерей одна треть имели рабочие специальности, государственных служащих и работников бюджетной было 19,6% и 6% соответственно. Около 20% матерей занимались только ведением домашнего хозяйства, а 4,2% – индивидуальным предпринимательством. В ходе работы нами было проведено исследование таких показателей, как материальная обеспеченность, условия проживания. Родителям предлагалось оценить каждый из этих аспектов жизни по пятибалльной шкале. В целом социальные параметры как «хорошие» определили 45% опрошенных.

В программу нашего исследования входило изучение аспектов заинтересованности в формировании здорового образа жизни, и родители смогли достаточно открыто ответить на вопрос о наличии вредных привычек в семьях. Выяснилось, что одна треть из них указала на курение отца и 6,6% на курение обоих родителей, около 8% – к вредным привычкам у себя нерациональное питание и почти 5% – малоподвижный образ жизни. Остальные 44% родителей считают, что не имеют вредных привычек. Несомненно, что культура здоровья и приверженность к здоровому образу жизни у детей формируются под влиянием родителей. Однако из числа опрошенных нами взрослых 30% затруднились указать составляющие здорового образа жизни. Около 40% родителей (85 человек) выделили спорт и физическую культуру, как важную часть здорового образа жизни, остальные 35% (75 человек) – правильную организацию питания в семье.

Важной составляющей социального портрета семьи является характеристика родителей своих взаимоотношений с детьми, а также используемые методы воспитания. С точки зрения самих родителей в большинстве семей преобладают спокойные взаимоотношения (166 семей, 78%), в остальных случаях преобладает эмоциональное общение (36 семей, 17%) и неустойчивые отношения (5%). В большинстве своём родители убеждены, что при воспитании чаще других используют метод убеждения (70%) словом и собственным примером, и лишь в 32 семьях преобладают авторитарные отношения с обязательным исполнением детьми указаний родителей.

Сопоставляя данные социального портрета семей детей имеющих функциональную патологию, в частности, функциональную диспепсию

(ФД) и жалобы на периодические боли в животе, отрыжку, тошноту и детей здоровых было отмечено, что в семьях детей с ФД достоверно ниже были оценки по факторам условий проживания ($3,6 \pm 0,47$), материальной обеспеченности ($3,38 \pm 0,42$) и отношений с детьми ($3,9 \pm 0,42$), по сравнению с группой условно здоровых детей, где эти показатели были соответственно: $4,3 \pm 0,29$; $3,6 \pm 0,29$ и $4,25 \pm 0,29$. Кроме того, отсутствие одного из родителей, преимущественно отца, чаще регистрировалась у детей с ФД (22,8%) по сравнению с 8,5% у здоровых. Причина такого, достаточно неожиданного результата, возможно, кроется в сложностях отношений между родителями и наличии конфликтов, в которые могут вовлекаться дети.

Итак, следует отметить неоднородность социальной характеристики семей. Анализ данных позволяет утверждать, что в начале периода обучения некоторые дети могут испытывать затруднения адаптации, обусловленные семейными обстоятельствами (загруженность родителей на работе и невысокий доход), а также недостаточными медико-биологическими и знаниями по сохранению здоровья. Нами отмечено, что низкая материальная обеспеченность, неблагоприятные условия проживания (плохая семейная экология) способствуют формированию ФД у школьников.

Полученная оценка родителями отношений с детьми определили необходимость более детального изучения этой проблемы. Объективные данные о преобладающих формах детско-родительских отношениях были получены при опросе 119 родителей первоклассников. Результаты анкетирования показали, что гармоничное воспитание встречалось менее, чем в четверти семьях (21,9%, 26 семей). С высокой частотой нами диагностирован тип дисгармоничного воспитания (63%), наиболее распространёнными были потворствующая (ПГ) и доминирующая гиперпротекция (ДГ), которые диагностированы в 47% и 11% случаев. Неустойчивый стиль воспитания (НС) имел место в каждой восьмой семье (15,1%). В нашем исследовании были младшие школьники, которые воспитывались в условиях эмоционального отвержения или повышенной моральной ответственности (по 2,5%).

Нарушение школьной адаптации можно рассматривать с двух позиций: медицинской – её нарушение может указывать и привести к функциональным расстройствам и соматическим отклонениям, и педагогической – дезадаптированные дети – группа риска по школьной неуспеваемости. Влияние стиля семейного воспитания на течение школьной адаптации выразилось в более высокой частоте напряжённого типа реагирования при дисгармоничном типе семейных взаимоотношений. Так, у 90% первоклассников с напряжением адаптации к обучению имели место ПГ и повышенная моральная ответственность.

Сравнение в группах детей с ФД и здоровых показало более высокую частоту гармоничного стиля воспитания у последних (30% семей). В семьях школьников с ФД в 1,5 раза чаще, по сравнению с группой здоровых, фиксировались такие нарушения воспитания как потворствующая гиперпротекция (ПГ) и неустойчивый стиль воспитания (НС).

Следствием отягощенного социально-биологического анамнеза может стать недостаточная психологическая готовность ребёнка к обучению в школе, учитывая, что эта готовность имеет в основе много составляющих и в дальнейшем, её низкий уровень может обуславливать более тяжёлый по течению и длительный период адаптации. В нашем исследовании были получены данные, говорящие о высоком уровне интеллекта его вербальной и невербальной составляющей у половины первоклассников (51,6%). Средний уровень имел место у 40,8% детей и низкий только у 27 детей (7,4%). Однако полное психологическое тестирование выявило, что не все дети готовы к периоду обучения в школе. У одной пятой (18%) первоклассников не развито свободное речевое развитие, у 38% – зрительное восприятие, у 40% не сформирована учебная мотивация – недостаточный интерес к обучению и формальное и беспечное отношение к школе. Больше, чем у трети учащихся первого класса (36%) был недостаточный позиционный мотив, что выражалось в низкой самооценке своей личности. Особенно у мальчиков при этом велик риск появления высокой школьной тревожности и агрессии в поведении.

Таким образом, неготовность некоторой части детей к обучению повышает риск тревожности и снижает вероятность приспособления и адаптации ребёнка к стрессовым ситуациям, а при низкой школьной мотивации не приходится ожидать высокой результативности в целом образовательной деятельности. Общее психическое состояние первоклассников оцененное по скрининг-методике невротических тенденций и психического напряжения, характеризовалось распространённостью среди начинающих обучение детей (28,3%) невротических и психических нарушений. При уточнении связи между психологическим состоянием школьника и характером течения адаптации выявлено, что депрессивное состояние увеличивает возможность реализации напряжения адаптации в 1,2 раза. Ещё больший риск отклонения от нормально протекающей адаптации (1,6 раза) возникает при наличии страха проверки знаний, боязни не оправдать ожидания родителей, быть непонятым в классе и остаться без друзей (фобии). То есть у трети учащихся, по нашим данным, имели место признаки невротизации личности, что повышает риск формирования психосоматических расстройств в дальнейшем.

Анализ литературы показывает, что среди факторов, отрицательно влияющих на здоровье, заслуживают внимания факторы самой системы образования, среди которых нарушение требований к организации воспитательно-образовательного, развивающего процессов, несовершенство учебных программ и методик, увеличение объёма учебных нагрузок [11]. По мнению ряда авторов рационально организованное школьное обучение, даже при его углублённом и расширенном содержании, не ведёт к снижению уровня здоровья и способствует формированию активной жизненной позиции детей, сознательному выбору стереотипов здорового образа жизни и здоровьесформирующего поведения [5, 8]. И с этих позиций трудно переоценить роль педагога в поддержании и формировании здоровья школьников. В рамках нашего исследования было проведено изучение реальной осведомленности педагогов в вопросах профилактики заболеваний и готовности к здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности в образовательном учреждении. Так, нами оценивалась степень медицинской грамотности педагогов. В процессе анкетирования в разной степени были изучены все три аспекта педагогического понятия «компетентности» и «готовности» к той или иной деятельности: «я знаю», «я могу» и «я хочу». Так, значительная часть опрошенных педагогов (47,2%) затруднилась указать признаки школьной дезадаптации и методы её выявления, хотя убеждены, что выявлять трудности адаптации в процессе обучения необходимо как можно раньше. У нас сложилось мнение, что нет системности в педагогических методах смягчения или устранения признаков школьной дезадаптации: часть учителей (41,6%) рассматривают необходимость индивидуального подхода к обучающимся, другие – более частую смену деятельности и обязательное психологическое сопровождение (11%), третьи – снижение учебной нагрузки (5,5%) и уменьшения числа учащихся в классе (2,7%). Осведомленность о медицинских подходах к коррекции симптомов дезадаптации показала менее трети (12) педагогов.

В целом при опросе больше половины учителей (20) указали на недостаточность знаний медицинских аспектов сохранения здоровья учащихся, что связали с неудовлетворительным освещением этих вопросов при профессиональной переподготовке и повышении квалификации. И использованные нами анкеты для педагогов включали вопросы о роли и заинтересованности родителей в укреплении здоровья детей. Так, по мнению большинства учителей (69,7%), имеется положительная роль семьи и заинтересованное участие родителей в вопросах укрепления здоровья. Однако треть педагогов (27%) имели примеры негативного влияния родителей на своих детей и безразличного отношения к проблеме их оздоровления.

Более критично оценили позицию родителей учащихся опрошенные нами школьные врачи. По мнению большинства из них (53%) родители знают о проблемах здоровья ребёнка, но не занимаются ими и даже игнорируют активные жалобы. Из проблем, с которыми приходится сталкиваться врачам в школах, на первом месте обращения по поводу головной и абдоминальной боли, нарушения зрения, астенические и жалобы и нарушения пищеварения. И только незначительная часть родителей по наблюдениям педиатров школ (28%) регулярно обращается за медицинской помощью по месту жительства по поводу активных жалоб ребёнка, откликается на советы и рекомендации. По мнению врачей между школьной медицинской службой не налажен обмен сведениями о текущем состоянии ребёнка от его родителей и недостаточно информации поступает от самих детей.

Выводы:

1. Было установлено, что в настоящий момент педагоги не обладают достаточными теоретическими знаниями по профилактике отклонений в развитии, практическими умениями по формированию здорового образа жизни и должным методическим оснащением. На основании проведённого исследования можно утверждать, что среди групп факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья детей школьного возраста, в дополнение к школьным факторам наиболее значимыми являются: условия жизнедеятельности (семья) и факторы медико-социального риска (неполные семьи), увеличение стрессовых ситуаций в повседневной жизни (в семье и в процессе обучения) и негармоничный стиль семейного воспитания.

2. Выявлена несформированность понятия здорового образа жизни, высокая частота рискованных форм поведения среди родителей (курение, нерациональное питание, малоподвижный образ жизни) и низкий уровень медицинской грамотности педагогов, что предопределяет невозможность сформировать у детей ценностного отношения к своему здоровью.

Приведенные данные подчеркивают необходимость внимания со стороны государственных структур и общественных организаций к проблемам семьи в Российской Федерации, так как здоровый ребенок может расти только в атмосфере любви, уважения и взаимопонимания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Александр, Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и применение / *Ф. Александр* // Пер. с англ. – М.: Перрлс, 2000. 296 с.
2. *Антонова, Е.В.* Особенности отношения подростков к физической культуре и спорту / *Е.В. Антонова, Н.И. Макеев, В.А. Родионов* // Педиатрическая фармакология. 2009. Т. 6, № 4. С. 120-122.

3. Дубровниковская декларация о школьном здравоохранении в Европе. -15 октября 2005 г. – Дубровник, Хорватия. [Электронный ресурс].(27.04.2010). Режим доступа: <http://www.eusuhm.org>
4. Засорина, А.Е. Научное обоснование совершенствования профилактической работы с детьми: Автореф. дисс...канд. мед. наук / А.Е. Засорина. – ИПО ГОУ ВПО СамГМУ-СПб., 2007. 21 с.
5. Иванова, И.В. Факторы, определяющие и формирующие здоровье подростков-школьников: пути оценки и механизмы управления ими в современных социально-экономических условиях: Автореф. дисс...докт. мед. наук / И.В. Иванова. – ГОУВПО ЯГМА-Ярославль, 2010. 26 с.
6. Ильин, А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: дисс...докт. мед.наук / А.Г. Ильин. – М., 2005. 490 с.
7. Кучма, В.Р. Медико-социальные аспекты формирования здоровья младших школьников / В.Р. Кучма, И.В. Звездина, Н.С. Жигарева // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7, №4. С. 9-12.
8. Маджуга, А.Г. Педагогическая концепция здоровья созидающей функции образования: Автореф. дисс...докт.пед.наук / А.Г. Маджуга. – ГОУ ВПО СГПА им. З.Биишевой. – Владимир, 2011. 26 с.
9. Погодина, Е.В. Современные тенденции здоровья подростков / Е.В. Погодина // Ремедиум Приволжья. 2006. Ноябрь. С. 104-106.
10. Пунина, М.А. Социально-гигиенические факторы, влияющие на здоровье школьников из неполных семей / М.А. Пунина // Материалы X Конгресса педиатров России, Москва, 6-9 февраля 2006 г. – М., ГЭОТАР-Медиа. С. 486.
11. Рылова, Н.С. Организационно-педагогические условия создания здоровьесберегающей среды образовательных учреждений: Автореф. дисс...канд.пед.наук / Н.С. Рылова – ГОУ ДПО Кузбасский региональный институт повышения квалификации и переподготовки работников образования. – Кемерово, 2007. 28 с.
12. Черная, Н.Л. Сравнительная характеристика вегетативной устойчивости и социальной адаптированности подростков, обучающихся в сельских и городских школах / Н.Л. Чёрная и др. // Детская больница. 2009. №1. С. 33-37.
13. Cheung, Yin. Growth and cognitive function of Indonesian children: Zero-inflated proportion models / Yin Cheung // Bun. Statist. Med. 2006. 25. N17. С. 3011-3022.
14. Cummings, P. State gun safe storage laws and child mortality due to firearms / P. Cummings et al. // JAMA. 1997. Oct. 1. N278(13).P. 1084-1086.
15. Currie, C. Health behavior in school-aged children: a WHO cross-national study / C. Currie et al. // Health Policy for Children and Adolescents Series, 1998, N1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
16. Eder, A. Risk factor loneliness on the interrelation between social integration happiness and health in 11, 13, 15 years old in 9 European countries / A. Eder // Health Promotion. 1990. Vol. 5. P. 19-33.
17. Eisenmann, J.C. Combined influence of physical activity television viewing on the risk of overweight in US youth / J.C. Eisenmann // Int. J. Obesity. 2008. 32. N4. С. 613-618.
18. Gould, M.S. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide / M.S. Gould et al. // Arch. Gen. Psychiatry. 1996. N53(12). P. 1155-1162.
19. Kessler, R.C. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National co morbidity Survey / R.C. Kessler// Archives of general psychiatry. 1994. Vol. 51(1). P. 8-19.
20. Lee, W.K. Pubertal development: normal, precocious and delayed / W.K. Lee // I. Singapore Paediat.Soc. 1986. Vol. 28. N2. P. 63-73.
21. Madanes, C. Sex, Love, and Violence: Strategic for transformation / C. Madanes // W. Norton Company, N.Y., 1990. 180 p.

INFLUENCE OF FAMILY ECOLOGY AND WAY OF LIFE ON STATE OF SCHOOL AGE CHILDREN'S HEALTH

© 2011 G.Uu. Poretskova, D.V. Pechkurov, I.A. Pakhomova

Samara State Medical University

In article the data of own researches concerning a state of pupil's health in Samara and influence on it the family factors and factors of the school environment is cited. In work problems, arising at formation the healthy way of life at teenagers are opened.

Key words: *schoolchildren, adaptation, family ecology, healthy way of life*

Galina Poretskova, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Children Diseases Department. E-mail: vra4_pediatr@mail.ru

Dmitriy Pechkurov, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Children Diseases Department. E-mail: dmpechkurov@yandex.ru

Irina Pakhomova, Post-graduate Student