

УДК: 316.363:[613.8+613.96](470+571)(476)

ЗДОРОВЬЕРАЗРУШАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТЬ ВНИМАНИЯ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ИЗ ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ

Пац Н. В., Редькин Д. А.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь
pats_nataly.2003@mail.ru

На основании анкетирования подростков и молодежи (620 человек) о вопросах здоровьеразрушающего поведения установлено, что среди подростков из неполных семей большее количество состоит на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний, выше количество курящих и более раннее приобщение к спиртным напиткам по сравнению с подростками из полных семей. Исследования переключаемости структур коры и подкорковых ядер головного мозга показало, что у молодежи и подростков из неполных семей преобладает средний уровень переключаемости внимания, характерна более низкая умственная работоспособность и более высокая степень утомления по сравнению с подростками и молодежью из полных семей.

Ключевые слова: подростки, молодежь, полные и неполные семьи, хронические заболевания, вредные привычки, переключаемости внимания

HEALTH-DESTROYING BEHAVIOR AND ATTENTION SWITCHING IN ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE FROM FULL AND INCOMPLETE FAMILIES

Pats N.V., Redkin, D. A.

Based on a survey of adolescents and young people (620 people) about health-destructive behavior, it was found that among adolescents from single-parent families, a greater number of adolescents from incomplete families are registered for chronic diseases, a higher number of smokers and an earlier introduction to alcoholic beverages compared with adolescents from complete families. Studies of the switchability of the structures of the cortex and subcortical nuclei of the brain have shown that in young people and adolescents from incomplete families, the average level of attention-switching prevails, lower mental performance and a higher degree of fatigue are characteristic compared to adolescents and young people from complete families.

Keywords: adolescents, youth, full and incomplete families, chronic diseases, bad habits, attention switchability

В настоящее время каждая третья семья является неполной. Более половины таких детей меньше шести лет. Сюда же относятся подростки, живущие в негативных семейных условиях, даже если дело не доходит до развода. Как показывают исследования причин подростковой преступности, большая часть таких подростков – из неблагополучных или распавшихся семей. Такие же результаты отмечены при изучении связи между успехами и положением в семье. Утрата одного из родителей способствует возникновению болезненных переживаний, которые влияют на психологический климат в семье, отражаются на физическом и эмоциональном благополучии [Гурко Т. А. 1997].

Отсутствие отца сопряжено с неизбежным нарушением процесса воспитания и социализации ребенка. Известный психотерапевт Анри Биллер, исследуя

судьбы мальчиков, не получивших отцовского воспитания, отмечает их неуверенность в себе, трудности в определении моральных ценностей, высокую вероятность суицидального поведения, наркомании и правонарушений. И. С. Кон, утверждая, что у детей (и мальчиков и девочек), растущих без отца, часто понижен уровень притязаний; у них, особенно у мальчиков, выше уровень тревожности, чаще встречаются невротические симптомы; мальчики в неполных семьях с трудом общаются как со сверстниками, так и со старшими, отсутствие мужчины в семье отрицательно сказывается и на успеваемости, и на самоуважении детей – опять же в особенности мальчиков; они хуже усваивают мужские роли и соответствующий стиль поведения, а потому преувеличивают, гипертрофируют свою маскулинность (грубость, драчливость и т. п.). Эти дети во много раз

чаще склонны к девиантному поведению [Кон И. О., 2007]. Подростки, выросшие без отца в 5 раз чаще совершают самоубийство, в 35 раз чаще сбегают из дома, в 9 раз чаще бросают школу, недоучившись, в 14 раз более вероятно совершат изнасилования (мальчики), в 10 раз чаще становятся наркоманами, в 9 раз более вероятно закончат свою жизнь в нищете, в 20 раз, более вероятно, закончат свои дни в тюрьме [Nelson R., Paynter J., Arroll B., 2011; Tischler V., Vostanis P., at all. 2002].

Результаты социологических исследований в США показали, что 63 % от всего подросткового суицида совершается детьми, растущими без отцов, 90 % всех бездомных детей и детей, регулярно совершающих побеги из дома – из семей без отца, а 85 % детей с характерным антисоциальным поведением растут в семьях без отца. У 71 % детей, бросающих школу, растут (росли) в семьях без отца, 70 % детей, попадающих в государственные специализированные заведения, выросли в семьях без отцов, 85 % всех подростков, находящихся в тюрьмах, росли в семье без отца [Nelson R., Paynter J., Arroll B., 2011; Tischler V., Vostanis P., at all. 2002].

Различия в показателях здоровья детей выявлены в семьях с различным материальным положением [Колесников С. О., Юдасова К. В., и др., 2000]. Так, исследование, проведенное Д. Ю. Лебедевым, дало возможность получить социально-гигиенический портрет бедной сельской семьи, воспитывающей детей. Основными характеристиками таких семей были: низкий уровень образования отцов и матерей, занятие преимущественно малоквалифицированным трудом, проживание в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях, незарегистрированном браке или неполной семье, низкий уровень доходов, наличие частых конфликтов, низкой медицинской активности. Примерно у 50 % детей из бедных семей в показателях физического развития отмечалось отставание от нормы. Более 30,1 % детей имели хроническую патологию [Лебедев Д. Ю., 2011; Леонова И. А., 2010].

Кроме того определяющими критериями наличия благоприятного психологического климата в семье является стремление всех ее членов к проведению свободного времени в домашнем кругу, общению на взаимноинтересные темы, выполнению домашней работы, одновременной открытости семьи, ее широким контактам [Давыдова Н. М., Седова Н. Н., 2004]. Так, только 13 % детей из бедных семей воспитывается в условиях хорошего (благоприятного) психологического климата. В то же время в 28,3 % отмечался плохой психологический климат [Зубкова, Т. С., Тимошина, Н. В., 2008; Кеуш В. М., 2004]. Эксперты ВОЗ убедительно показали, что у детей, страдающих от недостаточного общения с взрослыми и их враждебного отношения, как и у детей, воспитывающихся в условиях семейного разлада, зна-

чительно чаще наблюдаются различные нарушения психического здоровья.

Социально-гигиеническими факторами, оказывающими негативное влияние на состояние здоровья детей из неполных семей, в первую очередь являются: низкий уровень материального положения семьи, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, неполноценное питание, низкий культурный уровень семьи. А также наличие неблагоприятного психологического микроклимата в семье, вредных привычек у родителей, низкой физической активности детей, профессиональных вредностей у родителей, низкой самооценки и низкой мотивации к обучению детей, несоблюдение правил личной гигиены и низкая медицинская активность.

Основные медико-биологические факторы риска, которые определяют состояние здоровья детей – это наличие пороков развития и сочетанной патологии у ребенка с раннего возраста, наследственной отягощенности, осложнений беременности и родов, дисгармоничного физического развития [Денисов А. П., Бабенко А. И., и др., 2015]. В группу высокого риска отнесены дети из неполных семей, имеющие неудовлетворительную адаптацию и низкие компенсаторно-резервные возможности вследствие выраженной тревожности, раздражительности и высокой утомляемости, а также дисгармоничного физического развития в результате дефицита массы тела и низкого роста [Пунина М. А., Рябкина Н. Н., и др., 2010; Курмаева Е. А., 2008].

Так, исследование, проведенное М. А. Пуниной, показало, что 66,9 % неполных семей питались нерегулярно, установлено преобладание в пищевом рационе хлебобулочных и макаронных изделий, крайне не малое количество овощей и фруктов, напротив, в полных семьях такой закономерности не было установлено [Денисов А. П., Бабенко А. И., и др., 2015; Яковлева Т. В., Курмаева Е. А., Волгина С. Я., 2008].

Для подростков и молодых людей из неполных семей по сравнению с полными были характерны более частые случаи нарушения состояния здоровья, чаще наблюдалось формирование хронических заболеваний и функциональных нарушений, а в структуре заболеваний отмечалось преобладание болезней сердечно-сосудистой системы (30 %), желудочно-кишечного тракта (26 %), центральной нервной (25 %) и костно-мышечной систем (20 %) [Nelson R., Paynter J., Arroll B., 2011; Tischler V., Vostanis P., at all. 2002].

Структура заболеваемости подростков и молодых людей, проживающих в неполных и полных семьях, по основным нозологическим формам была аналогичной, однако хроническая патология отмечалась в 1,5 раза чаще у детей из неполных семей, чем у таковых из полных семей. Чаще регистрировались нарушения гармоничности физического развития (дефицит массы тела, низкий рост), снижение показателей умственной и физической работоспособности как

результат недостаточного уровня адаптационно-резервных возможностей [Леонова И. А., Хомич М. М., 2010; Яковлева Т. В., Курмаева Е. А, Волгина С. Я., 2008].

Уровень общей заболеваемости у подростков и молодых людей в неполных семьях по классу психические расстройства и расстройства поведения в 2,3 раза выше, чем у подростков и молодых людей, воспитывающихся в полных семьях, имея прямую корреляционную связь с уровнем заболеваемости матерей по этому классу болезней. Удельный вес детей с III группой здоровья в неполных семьях был в 1,4 раза выше, чем в полных семьях [Nelson R., Paynter J., Arroll B., 2011; Tischler V., Vostanis P., at all. 2002; Яковлева Т.В., Курмаева Е.А, Волгина С.Я., 2008].

Целью настоящего исследования было выявить отличия в состоянии здоровья подростков и молодежи, воспитывающихся в полных и неполных семьях, их приобщенность к вредным привычкам (табакокурению и употреблению алкогольных напитков). Сравнить переключаемость структур коры и подкорковых ядер головного мозга у подростков и молодежи из полных и неполных семей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования были подростки и молодежь (620 человек), проживающие в Беларуси и России. Выборка – случайная.

Использован анкетный метод. Изучена при-

общенность к вредным привычкам (табакокурению и употреблению алкогольных напитков) у детей и подростков из полных и неполных семей. Статус их здоровья оценен по медицинским картам. Переключаемость структур коры и подкорковых ядер головного мозга оценена по методике Векслера.

Способ оценки переключаемости внимания позволяет изучить функциональную активность центральной нервной системы по переключаемости (распределяемости) внимания, степени умственной работоспособности, интенсивности процессов утомления. Позволяет дать комплексную характеристику высшей нервной деятельности. Высокий процент объема внимания позволяет говорить о хорошей переключаемости внимания, об этом же свидетельствует и низкий процент частоты ошибочных ответов, что в свою очередь характеризует удовлетворительное функциональное состояние коры головного мозга и оптимальное соотношение процессов возбуждения и торможения, высокую умственную работоспособность и низкую степень утомления.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета прикладных программ «Статистика 10,0».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наши исследования показали, что 18 % из обследованных подростков, воспитанных в неполных семьях, стоят на диспансерном учете (рис. 1).

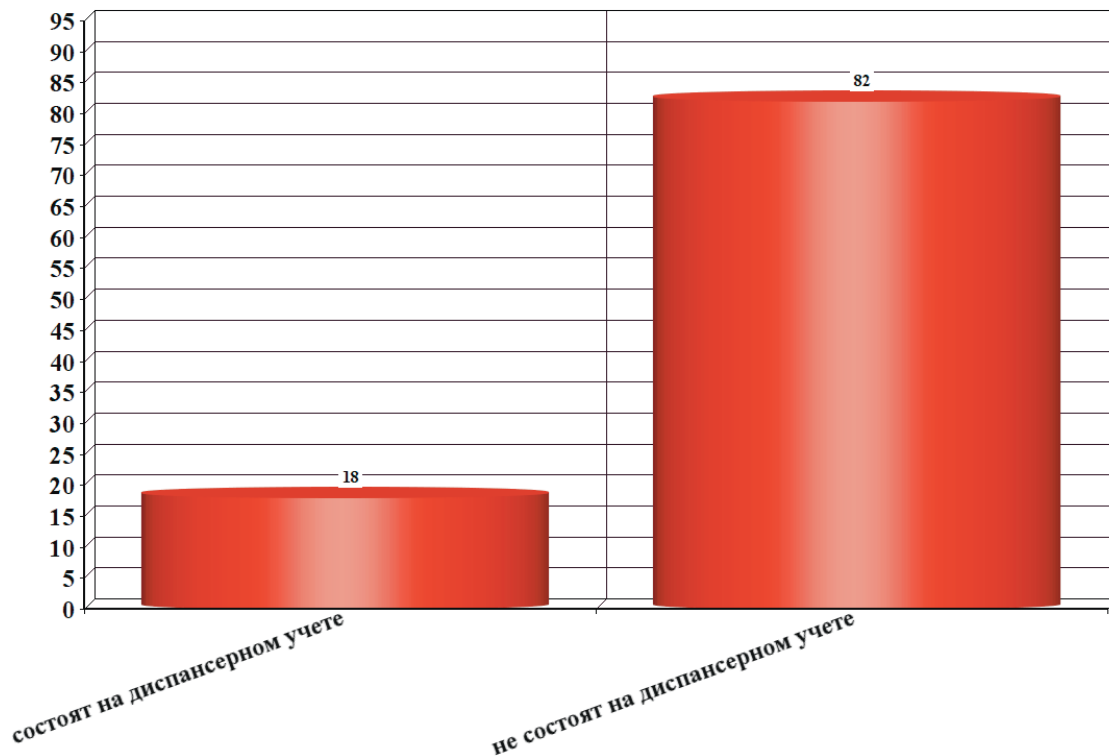


Рисунок 1. – Количество подростков и молодых людей из неполных семей, стоящих на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний

В то же время число подростков и молодых людей из полных семей, стоящих на диспансерном учете

те по поводу хронических заболеваний ниже, и составляет 10 %.

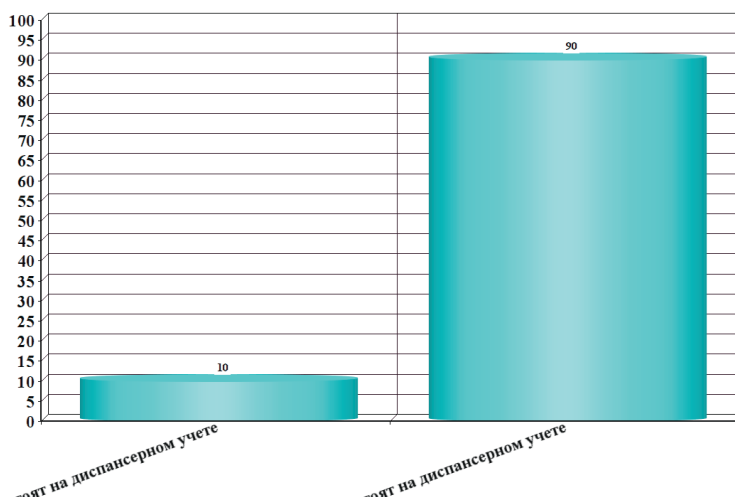


Рисунок 2. – Количество подростков и молодых людей из полных семей, стоящих на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний

Сам факт проживания ребенка в неполной семье является предпосылкой как его нездоровья, так и формирования для него ряда серьезных жизненных проблем. Среди подростков и молодых людей из неполных семей значительно выше заболеваемость и острыми, и хроническими формами (характеризующимися более тяжелым течением) заболеваний. Многочисленными исследованиями доказано, что в целом дети, которые воспитывались в неполных семьях, в большей мере страдают нарушениями в умственном развитии и в эмоциональной сфере, а также в области социальной адаптации, нежели пол-

ростки из полных семей [Гурко Т. А., 1997]

Нужно отметить, Беларусь относится к группе наиболее «курящих» среди индустриально развитых стран. Это факт доказывает то, что курящих мужчин в стране более 60 % и женщин почти 10 %. В последнее время наблюдается неблагоприятная динамика увеличения распространенности курения, особенно среди молодежи и женщин.

Наши исследования показали, что количество курящих подростков и молодых людей из неполных семей в два раза выше, чем их полных (рис 3, 4).

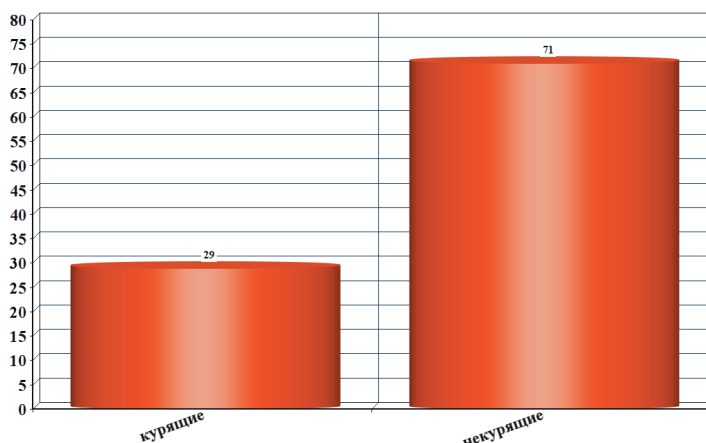


Рисунок 3. – Приблизительность к табакокурению подростков и молодых людей из неполных семей

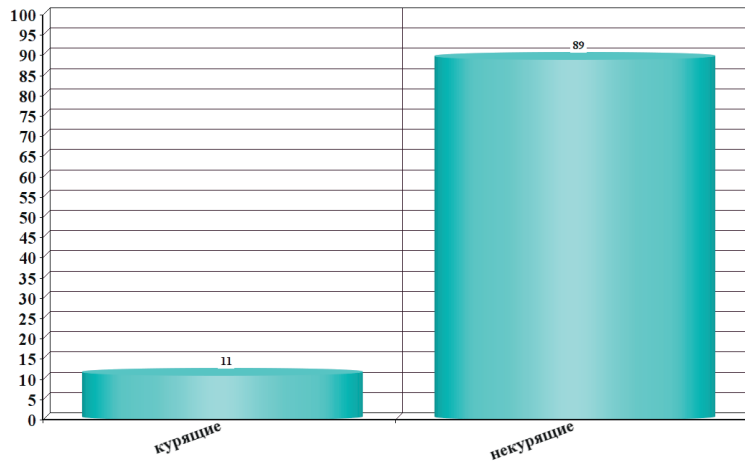


Рисунок 4. – Приобщенность к табакокурению подростков и молодых людей из полных семей

В работах М. А. Пуниной, Д. Ю. Лебедева изучено влияние вредных привычек на состояние здоровья подростков и молодых людей. По данным их исследований, умеренное потребление алкоголя (не чаще одного раза в неделю) отмечается в 2-3 % случаев [Пунина М. А., Рябкина Н. Н., и др., 2010]. Аналогичный уровень установлен и для уровня с частотой потребления алкоголя несколько раз в неделю. Однако считать эти данные достаточно объективными достаточно сложно, поскольку не следует исключать, вполне возможное сокрытие адекватной информации о потреблении алкоголя чрезвычайно, так как реальные сведения об этом часто скрываются

у подростков и молодых людей. Весьма вероятно, что, говоря о потреблении алкоголя только по праздникам и семейным торжествам, опрошенные лица относят к этим событиям и рядовые выпивки.

В проведенных нами исследованиях выявлено приобщение к спиртным напиткам более раннее у лиц из неполных семей.

Имеются отличия и в частоте употребления алкоголя. Если в полных семьях 1/6 подростков один-три раза в месяц выпивает алкогольные напитки, то в неполных – 1/3. В обеих группах семей выделена одинаковая подгруппа, употребляющая спиртные напитки с частотой 1-3 раза в неделю (рис. 5, 6).

1-3 раза в неделю 1-3 раза в месяц 1-3 раза в год не употребляют

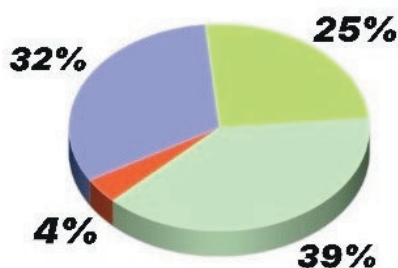


Рисунок 5. – Употребление спиртных напитков подростками и молодыми людьми из неполных семей

1-3 раза в неделю 1-3 раза в месяц 1-3 раза в год не употребляют

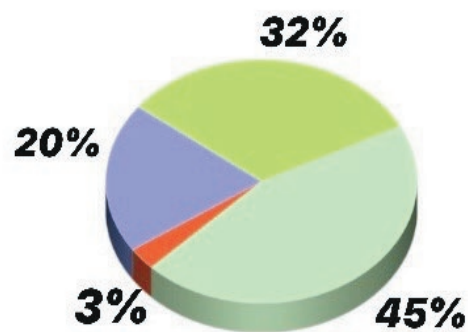


Рисунок 6. – Употребление спиртных напитков подростками и молодыми людьми из полных семей

Изучена функциональная активность центральной нервной системы по переключаемости (распределяемости) внимания, степени умственной работоспособности, интенсивности процессов утомления.

Результаты теста на переключаемость структур коры и подкорковых ядер головного мозга показали,

что у молодежи и подростков из неполных семей достоверно ($p < 0,05$) преобладал средний уровень переключаемости внимания (рис. 7), в то время как у подростков и молодых людей из полных семей – высокий (рис. 8).

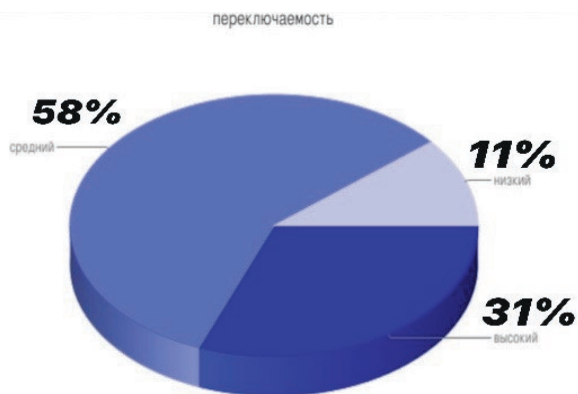


Рисунок 7. – Уровень переключаемости внимания у подростков и молодых людей из неполных семей

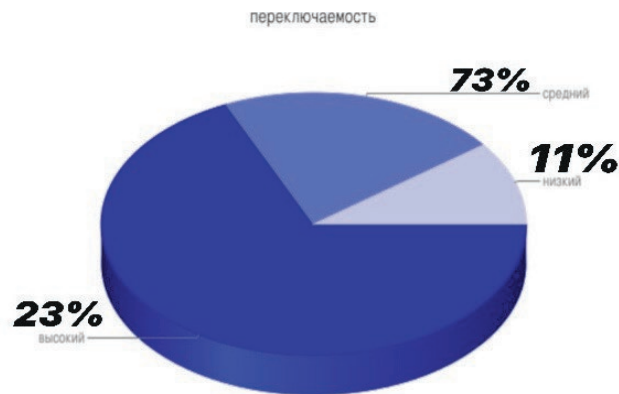


Рисунок 8. – Уровень переключаемости внимания у подростков и молодых людей из полных семей

Исходя из полученных результатов можно заключить, что у молодежи из полных семей удовлетворительное функциональное состояние коры головного мозга и оптимальное соотношение процессов возбуждения и торможения, высокая умственная работоспособность и низкая степень утомления. При этом у молодежи из неполных семей эти показатели достоверно ниже ($p < 0,05$). Высокий процент объема внимания зарегистрирован только у одной третьей подростков и молодежи из неполных семей. Низкий же уровень для обеих сравниваемых групп достоверно не отличался и отмечен у менее, чем у 10 % обследуемых.

ВЫВОДЫ

1. Количество подростков и молодых людей, стоящих на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний, выше среди лиц из неполных семей.
2. Количество курящих подростков и молодых людей из неполных семей в два раза выше, чем из полных семей.
3. Приобщение к спиртным напиткам более раннее у лиц из неполных семей.
4. Количество подростков, употребляющих алкогольные напитки с частотой 1-3 раза в месяц преобладает среди лиц из неполных семей.
5. В обеих группах семей выделена одинаковая подгруппа, употребляющая спиртные напитки с частотой 1-3 раза в неделю.
6. У молодежи и подростков из неполных семей преобладает средний уровень переключаемости внимания, в то время как у подростков и молодых людей из полных семей – высокий. Для лиц неполных семей характерна более низкая умственная работоспособность и более высокая степень утомления по сравнению с подростками и молодежью из полных семей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Адаптация и психоэмоциональное состояние детей на третьем году обучения в школе, проживающих в неполных семьях / М.А. Пунина, Н.Н. Рябкина, З.В. Липень, О.А. Сивакова, В.Н. Шестакова // Вестник Смоленской государственной меди-

цинской академии. – 2010. – № 4. – С. 42–45.

Гурко Т.А. Родительство в изменяющихся социокультурах, условиях // Социологические исследования – 1997. – №1. – 74 с.

Давыдова Н.М., Седова Н.Н. Материально-имущественные характеристики и качество жизни богатых и бедных // Социологические исследования. 2004. – № 3. – С. 41-43.

Зубкова, Т.С., Тимошина, Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи: Учебное пособие для студентов средних профессиональных учебных заведений М: «Академия», 2008. – 79 с.

Кон И.О. Отцовство как социокультурный институт / И.О. Кон // Педагогика. – 2007. – №9. – С.3-16.

Колесников С.О. Детские пособия и детская бедность / С.О. Колесников, К.В. Юдасова, И.А. Денисова // Научные труды ЦЕФИР. – 2000. – № 6. – 142 с.

Кеуш В.М. Особенности формирования неполных семей и состояние их здоровья в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2004. – 24 с.

Курмаева Е.А. Состояние здоровья и качество жизни детей дошкольного возраста из бедных семей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. – 22 с.

Лебедев Д.Ю. К вопросу о здоровье детей, проживающих в бедных семьях сельской местности // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. – 2011. – № 1. – С. 59–62.

Леонова И.А. Физическое развитие детей в семьях с различным материальным положением / И.А. Леонова, М.М. Хомич // Гигиена и санитария. – 2010. – № 2. – С. 72–74.

Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего возраста / А.П. Денисов, А.И. Бабенко, О.А. Кун, И.А. Банюшевич. – Омск, 2015. – 172 с.

Яковлева Т.В. Состояние здоровья детей дошкольного возраста из бедных семей / Т.В. Яковлева, Е.А. Курмаева, С.Я. Волгина // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7, № 14. – С. 14–18

Nelson R. Factors influencing cigarette access behaviour among 14-15-year-olds in New Zealand: A cross-sectional study / R., Nelson, J. Paynter, B. Arroll // Journal of Primary Health Care. – 2011. – № 3 (2). – P. 114–122.

Evaluation of a mental health outreach service for homeless families / V. Tischler, P. Vostanis, T. Bellerby et al. // Arch. Dis. Child. – 2002. – V. 86. – P. 158–163.