

УДК 616-053.6+613.96

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ 16–17 ЛЕТ ПРИ ВЛИЯНИИ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ

Т. А. Севастьянова<sup>1\*</sup>,  
И. Е. Бобошко<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Л. А. Жданова, доктор медицинских наук,  
И. В. Журавлева<sup>2</sup>, кандидат социологических наук

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметьевский просп., д. 8

<sup>2</sup> ФГБОУ ВПО «Ивановский энергетический университет им. В. И. Ленина», 153003, Россия, г. Иваново, ул. Рабфаковская, д. 34

**РЕЗЮМЕ** Изучено состояние здоровья подростков 16–17 лет и их психологические характеристики в зависимости от характера социальной адаптации. У подростков из неблагополучных семей преобладают демонстративный, застревающий и возбудимый типы акцентуации характера. Они чаще имеют отклонения физического развития, сочетающиеся с опережением биологического возраста и высокими темпами полового развития. У них выявлены отклонения в состоянии здоровья, связанные с социальными факторами: большая частота инфекционных заболеваний, болезней органов пищеварения, дыхания и кровообращения, нервной и мочеполовой системы. Таким образом, для полного восстановления здоровья таких детей, кроме лечения соматических заболеваний, необходима психологическая и психотерапевтическая помощь.

**Ключевые слова:** подросток, здоровье, социальное неблагополучие, медико-социальная помощь, соматические заболевания, отклонения физического развития, акцентуация характера.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): tanya\_sevastyanova@list.ru

С учетом значительного вклада социальных факторов в формирование здоровья детей уже давно осознана необходимость организации в детских поликлиниках отделений медико-социальной помощи. Еще в 1999 г. в приказе МЗ РФ № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» определены задачи таких отделений: укрепление репродуктивного здоровья, коррекция аддитивного поведения, оказание психологической и правовой помощи детям на основе индивидуального подхода. Однако до настоящего времени не выделены четкие критерии отнесения детей к группе нуждающихся в получении медико-социальной помощи и направления их в такое подразделение.

На практике проблема решается путем выделения детей из неблагополучных семей, однако отсутствуют подходы к работе с ними, мониторинг социальных факторов риска в процессе развития ребенка, недостаточно учитываются риски, связанные с нарушениями родительско-детских отношений, которые являются во многом управляемыми [2].

Целью исследования явилось изучение состояния здоровья подростков 16–17 лет, испытывающих воздействие социально неблагоприятных факторов, а также проанализировать особенности их нервно-психического развития и семейных отношений.

T. A. Sevastyanova, I. E. Boboshko, L. A. Zhdanova, I. V. Zhuravlyova

### THE PECULIARITIES OF HEALTH STATUS IN THE ADOLESCENTS AGED 16–17 YEARS OLD UNDER VARIOUS SOCIAL CONDITIONS

**ABSTRACT** The authors examined complex health status with profound study of psychological features and social adaptation characteristics in adolescents aged 16–17 years old and revealed the deviations in their health status which were directly associated with social trouble. These adolescents needed in the treatment for somatic diseases and in psychological and psychotherapeutic aid. Thus the necessity to organize medico-social aid units in pediatric polyclinics was stressed again.

**Key words:** adolescent, health, social trouble, medico-social aid.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектом исследования были 248 детей 16–17 лет, учащихся 10–11-х классов школ г. Иванова. В соответствии с общепринятым подходом к изучению социального анамнеза, регламентированным приказом МЗ РСФСР № 204 «Алгоритм ведения формы № 112/У истории развития ребенка» от 12.02.87 г., выделено две группы подростков: 158 детей из социально благополучных семей (63,7%) и 90 детей из социально неблагополучных семей (36,3%). Физическое развитие оценивалось по унифицированной методике с использованием центильных таблиц, частота соматических заболеваний анализировалась по данным историй развития (форма № 112/У). Основные личностные свойства и характерологические особенности определялись по тесту Смишека, характер родительно-детских взаимоотношений – по опроснику Э. Эйдемиллера [1, 3]. Проведен опрос для выявления факторов социального неблагополучия с использованием разработанной авторами анкеты, включающей 68 вопросов. Характеристика семьи подростка и типа семейного воспитания осуществлялась по данным социального паспорта семьи и проективного теста «Рисунок семьи». В социальном паспорте указывалось количество членов семьи ребенка, проживающих совместно, уровень достатка, культурный уровень семьи, социальный статус семьи (должности, занимаемые взрослыми поколениями семьи). Ролевой статус подростка в семье, а также удовлетворенность своим ролевым статусом и стилем взаимоотношений в семье определялись при анализе рисунков.

Для статистической обработки клинических и экспериментальных данных использовались стандартные методы описательной и вариационной статистики, с использованием простого и множественного линейного регрессионного анализа. Статистическая значимость различий между данными была рассчитана с помощью t-теста Стьюдента, в качестве порогового значения выбран  $p < 0,05$ . Статистическая обработка материалов проводилась с использованием прикладных статистических пакетов «SPSS 10.1», а также статистических функций программы MS Excel 7.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группе детей из социально неблагополучных семей низкий материальный уровень семьи регистрировался в 35,3% случаев, неполная семья – в 15,2%, нарушенные семейные отношения – в 29%.

Среди подростков из благополучных семей детей с нормальным физическим развитием было

в 3 раза больше (68,9%), чем среди подростков из неблагополучных семей. Так, треть подростков из неблагополучных семей имели повышенную массу тела (33,4%), что сочеталось с опережением ими биологического возраста и высокими темпами полового развития, которые у подростков в благополучных семьях не регистрировались (рис. 1). Причем повышенная и пониженная масса регистрировались чаще в неполных семьях (60,0%) и в семьях с плохими жилищно-бытовыми условиями (39,1%). В этих семьях, по данным анкетирования, прием пищи не является совместным у родителей и детей, рацион подростка мало контролируется.

В неблагополучных социальных условиях частота болезней органов пищеварения (гастродуоденита) оказалась более чем вдвое выше, чем в социально благополучных. В этих условиях почти в 3 раза чаще встречались инфекционные заболевания, в 3,6 раза – болезни нервной системы (последствия перинатального поражения нервной системы), в 2 раза чаще – психические расстройства, в 4 раза – воспалительные заболевания мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, дисметаболическая нефропатия). Эти данные указывают на социальную обусловленность данных болезней (рис. 2).

В неблагоприятной социальной обстановке почти в 4 раза чаще встречаются заболевания органов дыхания (хронический тонзиллит, аденоидит, фарингит, хронический ринит). Болезни органов кровообращения (вегетососудистая дистония) имеют большее распространение (в 2,8 раза) в социально благоприятных семьях, что можно объяснить большей эмоциональной и учебной нагрузкой у этих детей. Болезни эндокринной системы распространены в равной степени, в основном они представлены патологией щитовидной железы, что связано, по всей видимости, с отсутствием йодной профилактики.

Четкие различия были получены при анализе особенностей нервно-психического развития подростков. В социально неблагополучных семьях у подростков статистически значимо чаще встречались тревожный (40,8%), дистимичный (22,2%), застревающий (11,14%), циклотимичный (11,1%) типы акцентуации, относящиеся к неблагоприятным (табл. 2). В этой подгруппе не встречался гипертимный тип акцентуации, что указывает на снижение у этих детей уровня самопринятия, самооценки. В свою очередь, это подтверждается малой частотой возбудимого и демонстративного типов. Для подростков из социально благополучных семей не были характерны экзальтированный и дистимичный типы акцентуации характера, что свидетельствует о гораздо более благопри-

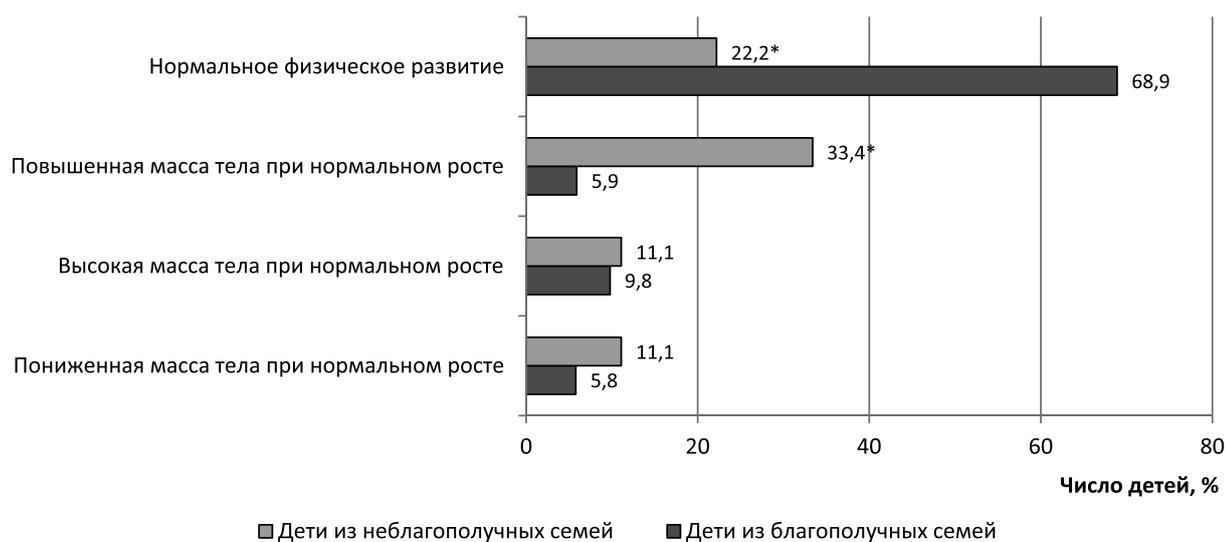


Рис. 1. Варианты физического развития детей, воспитывающихся в благополучных и неблагополучных социальных условиях.

Примечание. Статистическая значимость различий: \* –  $p < 0,01$

Таблица 1. Распределение детей с повышенной массой тела в зависимости от критериев социального анамнеза, %

Критерий социального анамнеза	Повышенная масса тела (n = 27)
Низкий доход	33,3
Плохие жилищно-бытовые условия	39,1
Неполная семья	60,0
Нарушенные семейные отношения	–

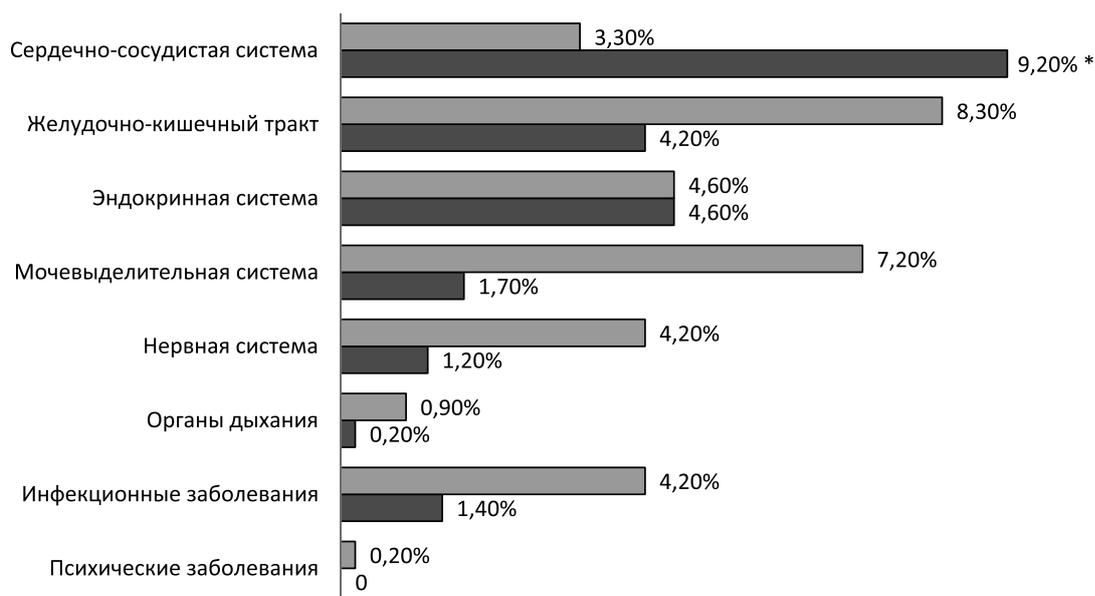


Рис. 2. Частота соматических заболеваний среди подростков, воспитывающихся в благополучных и неблагополучных социальных условиях.

Примечание. Статистическая значимость различий: \* –  $p < 0,05$

**Таблица 2.** Распределение подростков по типам акцентуации характерологических черт в зависимости от типа семьи, %

Типы акцентуации характера	Подростки из социально благополучных семей (n = 58)	Подростки из социально неблагополучных семей (n = 51)
Гипертимный	40*	–
Застревающий	3,3*	11,14
Циклотимичный	6,6	11,1
Тревожный	9,9**	40,8
Педантичный	26,7*	3,7
Демонстративный	6,6	3,7
Возбудимый	6,6	3,7
Дистимичный	–	22,2**
Экзальтированный	–	3,7

*Примечание.* Статистическая значимость различий: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ . Для исследования акцентуации характера были отобраны подростки из семей, неблагополучных по всем четырем критериям (низкий доход, плохие жилищно-бытовые условия, неполная семья, нарушенные семейные отношения), их число составило 51. Для сравнения отобрали детей из благополучных семей, имевших только один отрицательный критерий (всего 58 человек).

**Таблица 3.** Распределение подростков по социальным критериям, %

Критерии	Социально благополучные семьи* (n = 114)	Социально неблагополучные семьи (n = 81)
Нет друзей	1,90	30,0*
Телесные наказания	10,0	33,30*
Напряженные семейные отношения	2,60	50,0*
Помощь родителей в учебной деятельности	60,30	50,0
Нет анализа причин неудач в общении	11,9	33,3*
Обращение подростка к родителям при возникновении школьных трудностей, конфликтов со сверстниками, педагогами	69,3	30,0*
Обсуждение планов на день с родителями	50,7	10,0*

*Примечание.* Статистическая значимость различий: \* –  $p < 0,01$ . Поскольку не все респонденты согласились пройти опрос, их число уменьшилось до 114 и 81.

ятной картине межличностного взаимодействия у них по сравнению с подростками из социально неблагополучных семей.

Анализ родительско-детских отношений показал, что помимо явных (отсутствие заботы и внимания родителей к ребенку, полное равнодушие родителей и жестокое обращение) существуют дополнительные критерии неблагополучия. Так, в половине неблагополучных семей отсутствуют формы гармоничного внутрисемейного общения, такие как совместное проведение досуга, объединяющая деятельность, проведение праздников. Только в 30% из них подростки обращаются к родителям при возникновении школьных трудностей, конфликтов со сверстниками, 33,3% подростков регулярно подвергаются физическим наказаниям, отмечается отсутствие эмпатических взаимоотношений (табл. 3).

При этом в социально благополучных семьях также выявлены, хотя в меньшей степени, признаки дисгармонии: 2,6% детей называют отношения в семье напряженными, 1,9% считают, что они одиноки и у них нет друзей в классе, что свидетельствует о скрытом неблагополучии в сфере межличностных отношений.

Анализ типа семейного воспитания и удовлетворенности ролевым статусом показал, что более чем в 70% случаев подростки из социально неблагополучных семей отмечали неудовлетворенность своей социальной ролью, неопределенность социальных перемен в будущем («нет средств для продолжения учебы»), авторитарную позицию родителей или, напротив, гипопеку со стороны членов семьи, конфликты с ними.

В социально благополучных семьях более 30% детей недовольны своим ролевым статусом в

семье. У этих подростков не удовлетворена потребность в более высоком уровне эмпатических взаимоотношений с родителями.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, у подростков из социально неблагополучных семей более часто, чем у их сверстников из благополучных семей, встречаются нарушения физического развития в виде дефицита или избытка массы тела, что связано с дефектами культуры питания как дома, так и в образовательном учреждении. Социальными факторами можно объяснить и большую распространенность среди социально неблагополучных подростков функциональных нарушений и хронических заболеваний (гастродуоденита, инфекционных заболеваний, последствий перинатального поражения нервной системы, психических расстройств, хронического пиелонефрита, дисметаболической нефропатии, хронического тонзиллита, аденоидита, фарингита, хронического ринита).

Социальные факторы обуславливают также преобладание в социально неблагополучных семьях негармоничных форм родительского контроля при дефиците поддержки и помощи, что сочетается с высокой частотой неблагоприятных типов акцентуации характера у подростков из этих семей.

Следовательно, дети из неблагополучных семей должны получать комплексную помощь, обязательно включающую не только лечение соматических заболеваний, но и психологическую и психотерапевтическую поддержку. Психолого-социальное сопровождение таких подростков должно строиться на принципе индивидуализации и может осуществляться в условиях отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, специализированных центров, в школах, в виде индивидуального консультирования и групповых психологических тренингов личностного роста и социального успеха.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. – М., 2004. – 58 с.
2. Жданова, Л. А. Новые организационные технологии в оптимизации работы детской поликлиники / Л. А. Жданова, И. Е. Бобошко, О. С. Рунова // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2015. – Т. 20, № 1. – С. 5–8.
3. Лучшие психологические тесты / под ред. А. Ф. Кудряшова. – Петрозаводск : Петроком, 1992. – 320 с.
4. Полунина, Н. В. Медико-социальный портрет подростка, имеющего нарушения здоровья / Н. В. Полунина, А. В. Юмукян // Медицинская деятельность. Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 6. – С. 35–38.
5. Романкова, Ю. Н. Характеристика медико-социальных факторов, условий и образа жизни как факторов риска для здоровья детей / Ю. Н. Романкова, Г. С. Аджигеримова, А. С. Ярославцев // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12. – С. 314–318.
6. Хоменко, И. А. К вопросу об определении понятия «семейное воспитание» / И. А. Хоменко // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2012. – Т. 17, вып. 1. – С. 88–93.