

УДК 614.2

## ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ УРОВЕНЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВОЧЕК СО ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

<sup>1</sup>Жуков С.В., <sup>1</sup>Синявская О.И., <sup>1</sup>Королюк Е.Г., <sup>2</sup>Щаблинин О.В.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации, Тверь, e-mail: tgma-nauka@mail.ru;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева», Тверь

Целью настоящего исследования является выявление возможной биологической предрасположенности к возникновению школьной дезадаптации у девочек 12–14 лет. Нами было обследовано 1028 девочек в возрасте 12–14 лет. Девочки с признаками школьной дезадаптации (360 детей) вошли в основную группу, 360 социально адаптированных девочек составили контрольную группу. Оценить структуру изучаемых показателей в популяции мы смогли на популяционной выборке, которая составила 1028 девочек 12–14 лет, проживающих в г. Твери и посещающих общеобразовательные школы. В группу сравнения мы объединили 42 девочки 12–14 лет, имеющих эпизоды правонарушений и состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. По нашим данным, для девочек с признаками школьной дезадаптации характерно отягощение более чем по одному виду анамнеза. Из биологических факторов отягощения чаще встречается перинатальная энцефалопатия в анамнезе. Для обследованных девочек с признаками школьной дезадаптации была характерна отягощенность по социально-средовому анамнезу, субъективно это проявляется неудовлетворенностью своим материальным положением, количеством и качеством предметов личной одежды, игрушек, субъективно низким уровнем жизни семьи ребенка по сравнению с одноклассниками. Большинство обследованных нами девочек с проявлениями школьной дезадаптации жаловались на однообразную пищу и нерегулярность питания, несмотря на то, что объективно уровень жизни их семей не отличался от усредненного в каждой конкретной школе. Также следует отметить более высокий уровень образования родителей девочек основной группы на фоне неудовлетворительного психологического микроклимата в семье. Исследование предназначено для врачей-педиатров, семейных врачей, врачей, практикующих на базе учебных заведений.

**Ключевые слова:** девочки, подростки, формирование здоровья, школьная дезадаптация, факторы риска

## THE CHARACTERISTIC OF THE FACTORS DETERMINING THE LEVEL OF INDIVIDUAL HEALTH AT GIRLS WITH SCHOOL DISADAPTATION

<sup>1</sup>Zhukov S.V., <sup>1</sup>Sinyavskaya O.I., <sup>1</sup>Korolyuk E.G., <sup>2</sup>Schablinin O.V.

<sup>1</sup>Tver State Medical Academy of Health Ministry of the Russian Federation,  
Tver; e-mail: tgma-nauka@mail.ru;

<sup>2</sup>GBUZ «The Center of Specialized Types of Medical Care of V.P. Awaev», Tver

The purpose of the real research is detection of possible biological predisposition to emergence of a school disadaptation at girls of 12–14 years. We examined 1028 girls at the age of 12–14 years. Girls with signs of a school disadaptation (360 children) entered a basic group, 360 socially adapted girls made control group. We could estimate structure of the studied indexes at populations on population selection which made 1028 girls of 12–14 years living in Tver and attending comprehensive schools. We united 42 girls of 12–14 years of the offenses having episodes in group of comparison and the minors consisting on the account in inspectorate for affairs. According to our data, for girls with signs of a school disadaptation burdening more, than by one type of the anamnesis is characteristic. From biological factors of burdening perinatal encephalopathy in the anamnesis meets more often. For the examined girls with signs of a school disadaptation burdeness according to social environmental anamnesis subjectively was characteristic it is shown by a dissatisfaction with the financial position, quantity with quality of subjects of personal clothes, toys, subjectively low level of life of a family of the child, in comparison with schoolmates. Most of the girls examined by us with manifestations of a school disadaptation complained of monotonous food and an irregularity of a delivery in spite of the fact that objective the standard of living of their families did not differ from average at each concrete school. Also it should be noted more high level education of parents of girls of a basic group against an unsatisfactory psychological microclimate in a family. Research is intended for pediatricians, family doctors, doctors practicing on the basis of educational institutions.

**Keywords:** girls, teenagers, formation of health, school disadaptation, risk factors

В современных социально-экономических условиях приоритетной задачей отечественного здравоохранения является формирование здоровья детей и подростков [1, 7, 8]. Наибольшую значимость для формирования оптимального уровня

здоровья в подростковом возрасте имеют функциональные отклонения [3]. Одной из распространенных причин данного состояния является нарушение процессов социализации ребенка, что проявляется развитием психосоматических отклонений на

фоне хронического социального стресса [5]. Наиболее ранним признаком микросоциального дисбаланса является школьная дезадаптация [6].

Школьная дезадаптация – это состояние, при котором ребенок не может качественно продолжать свое обучение в связи с наличием дисбаланса внесемейных микросоциальных отношений, или снижением его социальной адаптации. Чаще всего состояние школьной дезадаптации встречается у первоклассников. Именно на этот возраст нацелено большинство исследований отечественных педагогов и психологов. В то же время данное состояние встречается и в более старшем возрасте, являясь одной из причин развития синдрома вегетативной дистонии у девочек [4]. Выявлению факторов, предрасполагающих к развитию школьной дезадаптации у девочек подросткового возраста, и посвящена данная статья.

В связи с этим **целью настоящего исследования** является выявление возможной биологической предрасположенности к возникновению школьной дезадаптации у девочек 12–14 лет.

#### Материалы и методы исследования

За период с 2011 по 2013 гг. нами были проанализированы показатели, определяющие уровень соматического здоровья девочек 12–14 лет (согласно приказу МЗ РФ № 621 от 30.12.2003). Девочки с признаками школьной дезадаптации (360 единиц наблюдения) вошли в основную группу, 360 социально адаптированных девочек составили контрольную группу. Оценить структуру изучаемых показателей в популяции мы смогли на популяционной выборке, которая составила 1028 девочек 12–14 лет, проживающих в г. Твери и посещающих общеобразовательные школы. В группу сравнения мы объединили 42 девочки 12–14 лет, имеющих эпизоды правонарушений и состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних.

Обследование проводилось в естественных условиях, не отклоняясь от привычного для ребенка режима дня и не нарушая организационно-методических мероприятий образовательного учреждения. В ходе исследования были использованы медико-социальные методы (экспериментальный, социологический, статистический). Сбор первичной информации осуществлялся методами неформализованного интервьюирования и анкетирования детей в возрасте 12–14 лет и выкопировки данных из первичной медицинской документации.

В ходе работы проводилось математическое планирование объема необходимых исследований. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов вероятностной статистики (многофакторный анализ и кластеризация). Для оценки достоверности полученных результатов использовались непараметрические критерии (метод угловых отклонений Фишера, критерий Розенбаума), позволяющие оценить достоверность различий при виде распределения, отличном от нор-

мального [2]. В ходе статистической обработки полученного материала использовался лицензионный статистический пакет Statistica 6.0.

#### Результаты исследования и их обсуждение

По нашим данным, для девочек основной группы было наиболее характерно отягощение по социально-средовому анамнезу и наименее характерно отягощение по генеалогическому анамнезу. Отягощенность только по биологическому анамнезу или только по социально-средовому анамнезу не отличается от аналогичных показателей, как в контрольной группе, так и в популяционной выборке. Отягощенность по двум видам анамнеза также не имеет достоверных различий, за исключением сочетанной отягощенности по биологическому и социально-средовому анамнезу. В данном случае зафиксировано достоверное увеличение доли таких девочек в основной группе по сравнению с контрольной группой и популяционной выборкой (в 5,1 и в 1,8 раза соответственно). В группе сравнения (социально дезадаптированные девочки) ведущую роль занимает отягощение по биологическому анамнезу, отягощение по социально-средовому анамнезу находится на втором месте, так же, как и в основной группе, незначительная доля приходится на отягощение по генеалогическому анамнезу.

Нами не было выявлено достоверных различий по распределению ведущих факторов риска отягощения биологического и генеалогического анамнеза. Следует отметить, что для девочек с признаками школьной дезадаптации было характерно незначительное увеличение наследственной отягощенности по линии матери и отца по сравнению как с контрольной группой, так и с популяцией. В то же время антенатальная отягощенность по трофическим и эндокринным заболеваниям встречалась реже, чем в контрольной группе. Необходимо отметить, что дети с антенатальной отягощенностью по порокам развития были исключены из исследования во всех группах, так как данный фактор значительно снижает социальную адаптацию ребенка. Выявлено достоверное увеличение частоты девочек в перинатальной энцефалопатией в анамнезе в основной группе по сравнению с популяционной выборкой ( $p < 0,05$ ).

Обращает на себя внимание, что среди девочек контрольной группы реже встречались дети с высокой или низкой массой при рождении, что не только является неблагоприятным фактором биологического анамнеза, но и косвенно подтверждает

концепцию С.В. Жукова о детерминированности снижения социальной дезадаптации подростка наличием у него физических или социальных признаков, не характерных для большинства данной микросоциальной группы [4].

Рассматривая структуру ведущих факторов риска биологического и генеалогического анамнеза у девочек с признаками школьной дезадаптации и социально дезадаптированных девочек, следует отметить общую тенденцию к нарастанию доли большинства факторов риска в группе социально дезадаптированных девочек (группа сравнения) по сравнению с основной группой. Данная тенденция наиболее выражена в отношении наличия перинатальной энцефалопатии в анамнезе, экстремально низкой или высокой массы тела при рождении, а также раннего искусственного вскармливания.

Как показали данные нашего обследования, отягощенность по социально-средовому анамнезу наиболее характерна для девочек с проявлениями школьной дезадаптации. Нами были изучены ведущие материально-бытовые проблемы девочек в их самооценке (таблица).

тельный показатель социального неблагополучия – отсутствие собственного жилья у семьи – не имеет большого значения для девочек с школьной дезадаптацией – во всех обследуемых группах он был отмечен третью респондентов и не имел достоверных различий. Обращает на себя внимание тот факт, что девочки со школьной дезадаптацией в 2 раза чаще жаловались на неудовлетворенность количеством и качеством личных вещей по сравнению с контрольной группой; в популяционной выборке таких детей было 1,3 раза ( $p < 0,001$ ). Неудовлетворенность количеством и качеством своей одежды отмечали почти все девочки с проявлениями школьной дезадаптации, в то время как в контрольной группе таких детей было в 1,8 раза, а в популяционной выборке в 1,3 раза меньше ( $p < 0,001$ ). Более трети девочек с проявлениями школьной дезадаптации отмечали недостаток одежды и личных вещей, что было в 1,5 раза чаще, чем среди девочек контрольной группы.

В рассматриваемой возрастной группе игрушки перестают играть основную роль в формировании социализации ребенка, в то же время количество и качество игрушек начинает иметь большое значение для

Самооценка ведущих материально-бытовых проблем обследованных девочек (%)

Показатель	Основная группа $n = 360$	Контрольная группа $n = 360$	Популяционная выборка $n = 1028$	Достоверность различий	
				$P_1$	$P_2$
Неудовлетворенность имущественным положением семьи	86,11	30	60,02	0,001	0,001
Отсутствие собственного жилья у семьи респондента	31,94	28,06	28,6	–	–
Неудовлетворенность количеством и качеством личных вещей	85	41,94	64,88	0,001	0,001
Неудовлетворенность количеством и качеством своей одежды	93,89	51,11	73,35	0,001	0,001
Недостаток одежды и личных вещей	33,89	21,94	28,79	–	0,01
Отсутствие игрушек	11,94	7,5	10,6	–	–
Недостаток игрушек	54,72	14,17	35,7	0,001	0,001
Одежда не по сезону	5	0	4,38	–	0,001
Отсутствие доступа в интернет	6,94	1,11	4,86	–	0,001
Недостаток доступа в интернет	20	5	14,01	0,01	0,001

Примечания:  $P_1$  – достоверность различий между девочками основной группы и девочками из популяционной выборки;  $P_2$  – достоверность различий между детьми контрольной группы и девочками из популяционной выборки.

Большинство обследованных девочек основной группы отмечали неудовлетворенность имущественным положением своей семьи. В контрольной группе такие девочки встречались в 2,9 раза, а в популяционной – в 1,3 раза реже. В то же время такой значи-

подтверждения микросоциального статуса ребенка. Данное утверждение подтверждается полученными нами данными. Так, отсутствие игрушек отмечало менее 10% обследованных девочек в каждой группе. В то же время на недостаток игрушек указали

более половины девочек основной группы, что в 3,9 раза больше, чем в контрольной группе, и в 1,5 раза больше, чем в популяционной выборке ( $p < 0,001$ ).

Следует отметить, что, несмотря на ряд публикаций о превалирующей роли удаленного общения и интерактивных игр в формировании социализации подростка, мы не получили данных подтверждающих это утверждение. На отсутствие доступа в Интернет жаловались 5–7% обследованных во всех группах. В то же время недостаток доступа в Интернет отметила каждая пятая девочка с нарушением школьной адаптации, что в 4 раза больше, чем в контрольной группе, и в 1,4 раза больше, чем в популяционной выборке. Данные различия могут быть объяснены статусностью скоростного доступа в Интернет для современных школьников. Обращает на себя внимание тот факт, что у социально дезадаптированных девочек наблюдается тенденция к увеличению доли почти всех дефицитарных факторов, которые мы рассматривали ранее. Причем чем больше эти факторы затрагивают реальные условия жизни – тем чаще они встречаются. Так, отсутствие игрушек, недостаток одежды по сезону, отсутствие/недостаток доступа в Интернет в группе сравнения встречаются более чем в два раза чаще, чем в основной группе. На наш взгляд, сложно объяснить небольшую долю детей в группе сравнения, отмечающих отсутствие собственного жилья у своей семьи. Возможно, это обусловлено социальной значимостью вопроса и нежеланием девочек, находящихся в состоянии социальной дезадаптации, афишировать свои материально-бытовые проблемы.

Показательной является самооценка уровня жизни семьи ребенка. Треть девочек с признаками школьной дезадаптации оценивала уровень жизни своей семьи как низкий, что было в 7,4 раза чаще, чем в контрольной группе, и в 1,6 раза чаще, чем в популяционной выборке ( $p < 0,001$ ). Большинство девочек контрольной группы расценивали уровень жизни своей семьи как средний ( $p < 0,001$ ). В популяционной выборке каждая вторая девочка считала, что уровень жизни ее семьи такой же, как и у одноклассников.

Другим показателем, характеризующим социальное положение семьи обследуемого, является самооценка ребенком качества его питания. Большинство девочек контрольной группы отмечали однообразность своего питания, что в 5,2 раза больше, чем в контрольной группе, и в 1,7 раза больше, чем в популяции ( $p < 0,001$ ). Жалоба на однообразную пищу является своеобразным

маркером наличия внутрисемейной напряженности и неудовлетворенности ребенка своим социальным статусом. Учитывая, что асоциальные семьи были исключены из обследования, жалобы девочек основной группы на нерегулярность питания так же могут быть обусловлены субъективным занижением социального положения семьи у девочек с признаками школьной дезадаптации.

Рассмотрим объективные особенности социально-средового анамнеза у обследованных девочек. Каждая третья девочка из основной группы проживала в неполной семье, что в 2,9 раза чаще, чем в контрольной группе, и в 1,4 раза чаще, чем в популяционной выборке. Обращает на себя внимание тот факт, что отсутствие высшего образования хотя бы у одного из родителей, было выявлено более чем у каждой третьей девочки с признаками школьной дезадаптации, что в 1,6 раза реже, чем в контрольной группе, и в 1,3 раза реже, чем в популяционной выборке ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что треть девочек основной группы отмечали неудовлетворительный психологический микроклимат в своей семье, что в 2,8 раз чаще, чем в контрольной группе, и в 1,3 раза чаще, чем в популяционной выборке ( $p < 0,001$ ).

В группе девочек с признаками школьной дезадаптации такие факторы, как наличие вредных привычек у родителей ребенка, наличие асоциальных форм поведения у родителей ребенка, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, не имели достоверных различий при сравнении как с контрольной группой, так и с популяционной выборкой.

### Заключение

Таким образом, для девочек с признаками школьной дезадаптации характерно отягощение более чем по одному виду анамнеза. Из биологических факторов отягощения чаще встречается перинатальная энцефалопатия в анамнезе. Для обследованных девочек с признаками школьной дезадаптации была характерна отягощенность по социально-средовому анамнезу, субъективно это проявляется неудовлетворенностью своим материальным положением, количеством и качеством предметов личной одежды, игрушек, субъективно низким уровнем жизни семьи респондента по сравнению с одноклассниками. Большинство обследованных нами девочек с проявлениями школьной дезадаптации жаловались на однообразную пищу и нерегулярность питания, несмотря на то, что объективно уровень жизни их семей не отличался от среднegrupпового в каждой конкретной школе. Также следует



отметить более высокий уровень образования родителей девочек основной группы на фоне неудовлетворительного психологического микроклимата в семье.

### Список литературы

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Макеев Н.И., Антонова Е.В. Условия формирования здоровьесберегающего поведения подростков 15–17 лет // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 1. – С. 44–47.
2. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – Л., 1978. – 296 с.
3. Дербенев Д.П., Коваленко И.Л., Орлов Д.А. Распространенность функциональных психических отклонений среди 15–17-летних учащихся средних учебных заведений Тверской области // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2006. – № 5. – С. 22–24.
4. Жуков С.В. Социально-психологические детерминанты формирования и прогрессирования синдрома вегетативной дистонии у детей 12–14 лет: дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2004. – 130 с.
5. Королюк Е.Г., Калинин М.Н., Жуков С.В. Хронический социальный стресс: этиология и патофизиология: монография. – Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. академии ТГМА, 2011. – 102 с.
6. Королюк Е.Г., Жуков С.В. Влияние хронического социального стресса на уровень здоровья подростков – вынужденных переселенцев // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 1. – С. 185–186.
7. Стародубов В.И. Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – № 11–12. – С. 65–68.
8. Стародубов В.И., Соболева Н.П., Сковердяк Л.А. Основные направления в развитии медицинской профилактики // Профилактическая медицина. 2007. – Т. 10. – № 2. – С. 3–6.

### References

1. Baranov A.A., Al'bickij V.Ju., Makeev N.I., Antonova E.V. Usloviya formirovaniya zdorov'esberegajushhego pov-

edenija podrostkov 15–17 let // Rossijskij pediatricheskij zhurnal. 2010. no. 1. pp. 44–47.

2. Gubler E.V. Vychislitel'nye metody analiza i raspoznaniya patologicheskikh proces-sov. L.? 1978. 296 p.

3. Dербenev D.P., Kovalenko I.L., Orlov D.A. Rasprostranennost' funkcional'nyh psi-hicheskikh otklonenij sredi 15–17-letnih uchashhihsja srednih uchebnyh zavedenij tverskoj oblasti // Rossijskaja akademija medicinskih nauk. Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja. 2006. no. 5. pp. 22–24.

4. Zhukov S.V. Social'no-psihologicheskie determinanty formirovaniya i progressirovaniya sindroma vegetativnoj distonii u detej 12–14 let: dis. ... kand. med. nauk. Smolensk, 2004. 130 s.

5. Koroljuk E.G., Kalinkin M.N., Zhukov S.V. Hronicheskij social'nyj stress: jetio-logija i patoautokinez: monografiya. Tver': Red.-izd. centr Tver. gos. med. akademii TGMA, 2011. 102 p.

6. Koroljuk E.G., Zhukov S.V. Vlijanie hronicheskogo social'nogo stressa na uroven' zdo-rov'ja podrostkov vyzhdennyh pereselencev // Vestnik novyh medicinskih tehnolo-gij. 2009. no. 1. pp. 185–186.

7. Starodubov V.I. Zdorov'e nacji i sistema zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii // Uroven' zhizni naselenija regionov Rossii. 2005. no. 11–12. pp. 65–68.

8. Starodubov V.I., Soboleva N.P., Skoverdjak L.A. Osnovnye napravlenija v razvitii medicinskoj profilaktiki // Profilakticheskaja medicina. 2007. T. 10. no. 2. pp. 3–6.

### Рецензенты:

Асеев А.В., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой фтизиатрии, ГБОУ ВПО ТГМА МЗ РФ, г. Тверь;

Колбасников С.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) ФДПО, интернатуры и ординатуры, ГБОУ ВПО ТГМА МЗ РФ, г. Тверь.

Работа поступила в редакцию 06.03.2015.