

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ

Коробчанский В.А.¹, Светличный В.Ю.²

Кафедра гигиены и экологии №1 Харьковского национального
медицинского университета, Харьков, Украина

Дергачевское межрайонное управление Главного Управления
Госсанэпидслужбы в Харьковской области, Украина

По свидетельству многочисленных наблюдений, негативным признаком современности стало ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения, что сопровождается такими негативными явлениями, как увеличение числа врожденных аномалий и все большее «омоложение» хронической патологии, причем со склонностью к сочетанным формам заболеваний [2, 7, 13]. Не может не вызывать особой настороженности ухудшение психического здоровья молодежи, которое проявляется более ранним проявлением психической патологии, возрастанием распространенности реактивных состояний и пограничных психических проявлений [9, 11 12].

Исходя из традиционных представлений о единстве психической и соматической составляющей здоровья, особую остроту данная проблема приобретает в отношении таких групп риска, как дети-инвалиды и сироты, когнитивная составляющая жизнедеятельности которых непосредственно связана с их медико-социальной реабилитацией [1, 6, 10]. При этом, как показывает отечественный опыт, существующая система здравоохранения, которая базируется на традиционных методических подходах, зачастую не способна решить проблему предупреждения описанных неблагоприятных явлений, что ставит перед современной медицинской наукой задачу поиска новых подходов к сохранению здоровья, основанную на принципах медицины пограничных состояний [8].

В связи с этим, целью исследования явилось изучение общих закономерностей и особенностей влияния условий профессионального обучения на учащихся подростков с различным уровнем социальной адаптации и здоровья.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рабочей гипотезой исследования было утверждение, что в условиях профессионального обучения, сочетание здоровья и социальной адаптации, является предпосылкой поддержания высокого уровня когнитивной деятельности учащихся-подростков. В условиях натурального эксперимента, под динамическим наблюдением находилось 318 учащихся Харьковского лицея строительства и социальной реабилитации (ХЛССР) в возрасте от 14 до 17 лет, которые осваивали профессии маляра, электросварщика ручной сварки, столяра, штукатурка, плиточника, цветовода-озеленителя, парикмахера.

По критериям социальной адаптации и здоровья все обследованные были разделаны на три группы сравнения: 1 группа наблюдения - сироты (здоровые, со сниженной социальной адаптацией) – 49 человек; 2 группа наблюдения - инвалиды детства (больные, со сниженной социальной адаптацией) – 32 человека; 3 группа наблюдения – здоровые, адаптированные – 237 человек.

Условия жизнедеятельности лицеистов оценивались по показателям психологического микроклимата (шкала М), двигательной активности (шкала А), режима дня (шкала Р), питания (шкала Х) и личной гигиены (шкала Г) с использованием опросника «Образ жизни» [3]. Функциональное состояние лицеистов оценивалось по показателям умственной работоспособности (коэффициентам точности – К, умственной работоспособности – I и устойчивости внимания – S), психоэмоционального состояния (самочувствию – С, активности – А и настроению – Н) и распространенности донозологических психических состояний депрессивного (Д), астенического (А) и ипохондрического (И) характера [4, 5].

В работе был использован параметрический метод статистической обработки материала с расчетом t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Психологический микроклимат в учебном коллективе большинством респондентов ($p < 0,05$) оценивался позитивно. При этом наибольшую оценку ему дали $90,32 \pm 2,79\%$ представителей 3-й группы наблюдения. При этом лицеисты всех групп сравнения ($p > 0,05$) демонстрировали одинаково низкую двигательную активность (от $40,00 \pm 10,00\%$ до $83,87 \pm 3,61\%$ опрошенных), а значительное количество лицеистов 1 и 2 исследуемых групп отмечали в качестве особенностей своей жизнедеятельности не соблюдение рационального режима дня ($57,6 \pm 17,02\%$ и $46,6 \pm 14,07\%$, соответственно). Вне зависимости от группы сравнения ($p > 0,05$), лицеисты одинаково оценили свое питание. Соотношение лиц давших ему позитивную и негативную оценку составило 50:50 %. Существенные различия наблюдались в группах сравнения по показателю выполнения требований личной гигиены, включая соблюдение правил здорового образа жизни. Установлено, что $30,77 \pm 16,31\%$ лицеистов 1 группы и $100,0\%$ 2 группы сравнения данным правилам не следовали. В 3 исследуемой группе, количество лиц, соблюдающих данные правила составило $76,61 \pm 4,34\%$ ($p < 0,05$). Определенная тождественность условий жизнедеятельности различных групп сравнения лицеистов ХЛССР позволяет судить о роли социальной адаптации и здоровья в успешности их когнитивной деятельности. Показатели умственной работоспособности представителей 1 и 3 групп сравнения имели близкие и высокие значения, чем у представителей 2 группы сравнения: коэффициент К составлял соответственно $0,85 \pm 0,05$ у.е. и $0,80 \pm 0,02$ у.е., коэффициент - I $113,00 \pm 2,59$ у.е. и $118,86 \pm 4,99$ у.е., коэффициент S - $10,95 \pm 1,05$ у.е. и $8,71 \pm 1,37$ у.е. ($p > 0,05$). Обращала внимание устойчивость данных показателей в течение учебной недели ($p > 0,05$) (табл. 1).

Анализ психоэмоционального состояния лицеистов показал, что в течение всего срока обучения, у представителей 1 группы сравнения не наблюдалось существенного изменения показателей С, А и Н ($p > 0,05$), а по показателю Н они лидировали среди трех обследованных групп ($24,16 \pm 1,05$ у.е., $p < 0,05$).

Таблица 1

Сравнительная характеристика умственной работоспособности учащихся
ХЛССР ($M \pm m$, у.е.)

Показатели	Группа сравнения		
	К	I	S
1 группа, n=32	0,65±0,05 **	85,91±9,66**	6,74±1,49
2 группа, n=49	0,80±0,02**	118,86±4,99**	8,71±1,37*
3 группа, n=232	0,85±0,05	113,00±2,59	10,95±1,05

Примечание: К –коэффициент точности, I- коэффициент умственной работоспособности, S – коэффициент устойчивости внимания, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Этот же показатель проявлял наибольшую стабильность в течение всего срока обучения ($p > 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика психоэмоционального состояния учащихся
ХЛССР ($M \pm m$, у.е.)

Показатели	Группа сравнения		
	С	А	Н
1 группа, n=32	25,44±1,94	36,16±2,35	23,84±2,13
2 группа, n=49	25,24±1,33	33,76±1,44	24,16±1,05*
3 группа, n=237,	23,06±0,59	34,02±0,82	21,35±0,61*

Примечание: С – самочувствие, А – активность, Н – настроение, * $p < 0,05$.

Во 2 группе сравнения на фоне близких значений показателей С и Н ($p > 0,05$), наблюдалась низкая А ($p < 0,01$), величина показателя которой составляла $34,86 \pm 2,08$ у.е. Кроме того, для данной группы была характерна неустойчивость психоэмоционального состояния в течение недели: С снижалась от $27,07 \pm 2,48$ у.е. до $24,00 \pm 2,95$ у.е. ($p < 0,05$), возрастали А от $30,80 \pm 3,09$ у.е. до $40,88 \pm 3,14$ у.е. ($p < 0,05$) и Н от $20,80 \pm 2,44$ у.е. до $26,53 \pm 3,31$ у.е. ($p < 0,05$). В 3 группе сравнения в течение всего срока наблюдения отмечалась стабильность показателей С и А ($p > 0,05$), при устойчивой тенденции к повышению показателя Н ($p < 0,01$), который к концу срока обучения достигал

величины $21,35 \pm 0,61$ у.е., что было однако существенно ниже, чем в 1 группе сравнения ($p < 0,05$). Распространенность среди учащихся ХЛССР донозологических психических состояний приведена в таблице 3.

Таблица 3

Сравнительная характеристика распространенности донозологических психических состояний среди лицеистов ХЛССР ($P\% \pm p\%$)

С отклонениями	$62,86 \pm 5,78$ **	$69,84 \pm 5,78$ **	$64,72 \pm 2,31$ **
Признаки астении	$27,14 \pm 5,31$	$25,40 \pm 5,48$	$19,86 \pm 1,93$
Признаки депрессии	$40,00 \pm 5,86$	$39,68 \pm 6,16$	$39,49 \pm 3,37$ **
Признаки ипохондрии	$44,29 \pm 5,94$	$47,62 \pm 6,29$	$43,69 \pm 3,41$

Примечание: ** $p < 0,01$.

Было установлено, что среди учащихся всех 3-х групп сравнения преобладали индивидуумы с пограничными психическими состояниями ($p < 0,01$), причем в близком для всех исследуемых групп количестве ($p > 0,05$), составляя соответственно $62,86 \pm 5,78\%$, $69,84 \pm 5,78\%$, и $64,72 \pm 2,31\%$.

Анализ соотношения количества лицеистов с различными донозологическими психическими проявлениями позволил установить лишь одно существенное отличие: среди представителей 3 группы наблюдения лиц с донозологическими проявлениями астенического характера было существенно меньше, чем индивидуумов с депрессивными проявлениями, что составляло соответственно $39,49 \pm 3,37\%$ и $19,86 \pm 1,93\%$ ($p < 0,01$).

Изучение динамики донозологических психических состояний показало, что их распространенность и структура в течение всего срока обучения лицеистов в ХЛССР не претерпевали существенных изменений ($p > 0,05$).

Таким образом, изучение общих закономерностей и особенностей влияния условий профессионального обучения на учащихся профессионального лицея, с различным уровнем социальной адаптации и здоровья, позволило сделать ряд выводов.

1. Критерии социальной адаптированности и здоровья не являются определяющими в характере жизнедеятельности различных групп учащихся

ХЛССР по показателям психологического микроклимата, двигательной активности и питания. При этом инвалидность (состояние низкого уровня здоровья) определяет затруднение в соблюдении подростками правил личной гигиены, а сиротство (состояние сниженной социальной адаптации) является фактором риска распространения вредных привычек.

2. Функциональное состояние организма зависит от критериев здоровья и социальной адаптации. Физическое здоровье определяет умственную работоспособность и психоэмоциональное состояние лицеистов ХЛССР и динамику их развития. Для подростков-инвалидов, в отличие от их здоровых сверстников, характерны низкие показатели коэффициентов точности и умственной работоспособности на фоне не устойчивого внимания, а так же не стабильность показателей самочувствия и настроения, при чрезвычайно низкой активности.

3. Распространенность донозологических психических состояний среди лицеистов ХЛССР составляет 2:1 и не зависит от их физического здоровья и социальной адаптированности учащихся, однако достаточный уровень здоровья индивидуума и его адаптированность препятствуют развитию астенического состояния. Отсутствие динамики в распространенности и структуре донозологических состояний в течение периода обучения, свидетельствует об отсутствии направленного оздоровительного влияния на учащихся.

4. С целью повышения работоспособности и психологической устойчивости лицеистов, укрепления их психического здоровья предложен комплекс психогигиенических мероприятий, включающий гигиеническую донозологическую диагностику и психологическую коррекцию пограничных психических состояний астенического, ипохондрического и депрессивного характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волобуев А.И., Барашнев Ю.И., Панов В.О., Розанов А.В. Инвалидность с детства: недифференцированная патология нервной системы и

роль аномалий развития мозга // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 3. С. 43-50.

2. Коренєв М.М., Даниленко Г.М. Здоров'я школярів, сьогодення та проблеми на перспективу // Охорона здоров'я України. – 2003. – №1 (8). – С.49-54.

3. Коробчанский В.А., Подаваленко А.В., Васильченко И.О., Витрищак С.В., Старусева В.В. Опросник «Образ жизни» как метод оценки факторов риска в жизнедеятельности молодежи// информационное письмо МЗ Украины. –2005. – № 210.– 3с.

4. Коробчанський В.О. Гігієнічна діагностика донозологічних станів у підлітковому та юнацькому віці: посібник для докторантів, аспірантів, пошукувачів та лікарів. – Харків: Контраст, 2005. – 192 с.

5. Коробчанский В.А., Подаваленко А.В., Васильченко И.О., Витрищак С.В., Старусева В.В. «Психодиагностический опросник старшеклассника» как метод оценки донозологических психических состояний у подростков// информационное письмо МЗ Украины. –2005. – № 210.– 3с.

6. Кучма В.Р., Чепрасов В.В. Оценка физического развития как скрининг-тест выявления детей с донозологическим нарушением // Гигиена и санитария. – 2004. – №4. – С. 39-42.

7. Кучма В.Р., Милушкина О.Ю. Подходы к оценке уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательных учреждений для детей и подростков // Гигиена и санитария. – 2005. - №3. – С. 47-50.

8. Лесовой В.Н., Капусник В.А., Коробчанский В.А. Медицина пограничных состояний: теория и практика донозологической диагностики // Науковий журнал МОЗ України. – 2013. – № 2 (3). – С. 49-60.

9. Сергета І.В. Донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я: сучасні психогігієнічні підходи до тлумачення, діагностики та оцінки // Науковий журнал МОЗ України. – 2013. – № 3 (4). – С. 36-49.

10. Сердюк А.М., Польша Н.С., Сергета И.В. Психогигиена детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями. – Винница: Новая книга, 2012. – 336 с.

11. Kimberly E. Hoagwood. Don't Mourn: Organize. Reviving Mental Health Services Research for Healthcare Quality Improvement // Clinical Psychology: Science and Practice. –2013. – Vol. 20, № 1. – P.120–126.

12. Barazzone N., Cavanagh K, Richards DA. Computerized cognitive behavioural therapy and the therapeutic alliance: A qualitative enquiry // British Journal of Clinical Psychology. – 2012. – №51. – P. 396 – 417.

13. Wagner G.H. Health promoting schools evidence for effectiveness workshops report // Promot. Educ. 2002. – Vol. 9, № 2. – P. 55-61.