

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ

Салиев А.С.¹  Арзикулов А.Ш.¹ 

1. Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Аннотация. Целью работы являлось изучение состояния вегетативной устойчивости и социальной адаптированности у подростков 14–15 лет, проживающих в промышленном городе и сельской местности. Наиболее низкие показатели социальной адаптированности отмечены у городских школьников по сравнению с сельскими. Наиболее высокие показатели социальной адаптированности зарегистрированы у сельских школьников. Наиболее низкие показатели вегетативной устойчивости выявлены у юношей гимназистов. Однако наиболее высокие показатели вегетативной устойчивости отмечены у школьников, проживающих в сельской местности. Подростки с низкими показателями вегетативной устойчивости и социальной адаптированности должны пройти дополнительное обследование и в зависимости от его результатов получить курс реабилитации с участием врача, психолога и педагога.

Ключевые слова. адаптированность, подростки, дезадаптация, вегетативная устойчивость.

Школьный период жизни рассматривается большинством авторов как совершенно особый, исключительно важный период жизни человека, оказывающий большое влияние на формирование организма, психической деятельности и личностных черт индивидуума (1, 2, 3, 4).

Интенсивные процессы созревания отдельных биологических систем организма в сочетании с возрастанием уровня социально-психологических требований, предъявляемых к учащимся, повышают возможность психотравматизации личности. Эти биологические и психологические особенности накладывают определенный отпечаток на распространенность и клинические проявления дезадаптационных (кризисных) нарушений в данной возрастной группе (5,6,7). Все это создает условия для возможного формирования и проявления аномально-личностных характеристик, генезис которых не исключает дальнейшую клинику пограничных состояний и повышает вероятность возникновения нервно-психических и соматических заболеваний. Данные последних лет свидетельствуют, что лишь 16% детей школьного возраста могут быть признаны психически полностью здоровыми. В школьные учреждения поступает до 30% детей, имеющих те или иные отклонения в психической и соматической сферах, а заканчивают школу, с подобными отклонениями уже 80% (8,9).

В свою очередь не последнее место в процессе успешного освоения школьной программы занимает вегетативная устойчивость, то есть способность организма достаточно стабильно и адекватно реагировать на различные воздействия внешней среды, в том числе школьной. Вегетативная дисфункция – одно из наиболее распространенных состояний, частота которой, по данным разных авторов, в подростковой популяции достигает 65–72% (10,11,12,13). Известно, что вегетативная дисфункция приводит к снижению качества жизни подростка, ограничивает возможность выбора профессии и военной службы, негативно влияет на репродуктивное здоровье, ведет к формированию соматоформных расстройств у взрослых.

Цель работы: изучение состояния вегетативной устойчивости и социальной адаптированности у подростков.

Материалы и методы исследования

Проведено анкетирование 100 подростков (50 девушек и 50 юношей), проживающих в условиях города Андижан и области, обучающихся в общеобразовательной школе и гимназии, и 89 подростков (60 девушек и 29 юношей) из сельской местности – учащихся общеобразовательной школы в возрасте 14–15 лет. Показатели вегетативной устойчивости и социальной адаптированности согласно методике подразделяли на хорошие, нормальные и низкие. Оценка вегетативной устойчивости и социальной адаптированности проводилась с использованием двухфакторного опросника, утвержденного Европейским союзом школьной и университетской гигиены и медицины, адаптированного к региональным условиям. Опросник дает возможность оценить уровень социальной адаптированности (коммуникабельность, самооценка, лидерство и др.) и вегетативной устойчивости (лабильность системы терморегуляции, вестибулярного аппарата, переносимость неприятных ощущений, тревожность и др.) подростков в возрасте 12–18 лет.

Алгоритм оценки вегетативной устойчивости. Сумма баллов по тесту вегетативной устойчивости складывается из отрицательных ответов на вопросы № 2 и № 9 и положительных ответов на остальные вопросы данного теста. Все прочие варианты ответов не учитывались.

Алгоритм оценки социальной адаптированности. Сумма баллов складывается из положительных ответов на утверждения № 1, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 15, 17, 19 и отрицательных ответов на остальные утверждения этого теста

(№ 2, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 20).

Другие варианты ответов не учитывались.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных свидетельствует, что у 16% подростков имеет место низкая социальная адаптированность, а у 12% – низкие показатели вегетативной устойчивости. При этом 4% подростков, проживающих в городе, одновременно имели низкие показатели социальной адаптированности и вегетативной устойчивости. При рассмотрении состояния социальной адаптированности и вегетативной устойчивости у подростков в зависимости от пола и места проживания получены следующие показатели. Достоверно наибольший процент хороших показателей социальной адаптированности выявлен среди юношей, проживающих в сельской местности. В то же время пятая часть городских девушек и сельских юношей имеют низкие показатели социальной адаптированности свидетельствуют о том, что эти подростки испытывают трудности в общении со сверстниками, учителями и родителями.

По данным А.А. Баранова, такие подростки могут быть и застенчивыми, и развязными, и хулиганами. Все они нуждаются в дополнительном обследовании психолога. При анализе состояния вегетативной устойчивости установлено, что достоверно наибольшее количество подростков с хорошей вегетативной устойчивостью наблюдалось среди сельских подростков (юношей и девушек). Сельских юношей с низкой вегетативной устойчивостью было достоверно меньше по сравнению с городскими подростками. Подобную картину, с нашей точки зрения, объясняют условия проживания детей, а именно менее выраженные негативные воздействия на центральную нервную систему подростков в сельской местности (электромагнитные излучения, транспорт, более высокие школьные нагрузки, экология). Показатели социальной адаптированности и вегетативной устойчивости подростков имели различия в зависимости от типа образовательного учреждения. Показатели хорошей вегетативной устойчивости и социальной адаптированности у подростков, обучающихся в сельской школе, были значительно выше, чем у их сверстников в городской школе и гимназии. Городские жители испытывают большее негативное влияние неблагоприятных факторов окружающей среды (электромагнитные излучения, транспорт, более высокие школьные нагрузки, внеучебная занятость, экология). Процент подростков с низкой вегетативной устойчивостью и социальной адаптированностью не зависел от типа учебного заведения.

Наихудшие показатели социальной адаптированности выявлены у городских школьниц они имели наименьший процент хорошей и достоверно больший процент низкой социальной адаптированности. Эти результаты свидетельствуют о большей социальной дезадаптированности городских девушек. Для объяснения причин этого явления требуется дополнительный углубленный анализ их психологического статуса. У сельских юношей по сравнению с городскими школьниками и гимназистами преобладали показатели хорошей и низкой социальной адаптированности и невысокие значения нормальной.

Показатели нормальной вегетативной устойчивости среди различных групп юношей были стабильными – 56,5–57,9%. В то же время наиболее низкая вегетативная устойчивость была зарегистрирована у юношей гимназистов, проживающих в условиях промышленного города.

Показатель низкой вегетативной устойчивости у девушек, обучающихся в городской и сельской школах, был в два раза выше, чем у гимназисток.

Показатели хорошей вегетативной устойчивости были выше у девушек, проживающих в сельской местности. Подростки с низкими значениями вегетативной устойчивости имеют большое число жалоб различного характера, считают себя больными. Среди них больше часто болеющих. По своим индивидуальным особенностям и состоянию здоровья они плохо переносят повышенные нагрузки любого характера, имеют сниженные адаптивные возможности, нуждаются в дополнительном обследовании врача психолога и оздоровлении. В результате проведенного нами исследования установлена зависимость вегетативной устойчивости и социальной адаптированности подростков от их пола, места жительства и типа учебного заведения. Подростки с низкой вегетативной устойчивостью и социальной адаптированностью требуют дополнительного обследования, а в дальнейшем – прохождения курса реабилитации с участием, если это необходимо, участкового врача, невролога, кардиолога, психолога и педагога.

Выводы

1. Экспресс метод определения вегетативной устойчивости и социальной адаптированности у подростков с помощью двухфакторного опросника высокоинформативен и заслуживает широкого внедрения в практику школьного врача, психолога.

2. Различия вегетативной устойчивости и социальной адаптированности зависят от пола, типа обучения и места проживания.

3. Наиболее низкие показатели социальной адаптированности отмечены у городских школьниц по сравнению с сельскими. Наиболее высокие показатели социальной адаптированности зарегистрированы у сельских школьников. Наиболее низкие показатели вегетативной устойчивости выявлены у юношей гимназистов. Однако наиболее высокие показатели вегетативной устойчивости отмечены у школьниц, проживающих в сельской местности.

4. Подростки с низкими показателями вегетативной устойчивости и социальной адаптированности должны пройти дополнительное обследование и в зависимости от его результатов получить курс реабилитации с участием врача, психолога и педагога.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов, А. А. Медицинские и социальные адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. - М. : Гэотар - мед, 2006. - 350 с.
2. Баранов, А. А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактике и оздоровительной работы в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. - М. : 2006. - 412 с.
3. Вегетативная дистония у детей : руководство для врачей / Н. А. Коровина [и др.]. - М. : медпрактика - М 2, 2007 - 68 с.
4. Гурьева, Е. Н. Роль вегетативных нарушений в формировании первичной артериальной гипертензии у детей / Е. Н. Гурьева и др. // Бюллетень ВСНЦ со РАМН. V Всероссийский семинар, посвященный памяти профессора Н.А. Белоконов. - 2007. - № 3 (55). — С. 72-73.
5. Иценко, Е. Н. Показатели состояния здоровья у подростков с повышенной учебной нагрузкой // Вопросы современной педиатрии. - 2007.- Т. 6, № 1. — С. 264.
6. Калмыкова, А. С. Социальная адаптированность и вегетативная устойчивость школьников выпускных классов // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1.-С.237.
7. Кац, Л. С. Кортикостероиды в комплексной терапии смешанной формы синдрома вегетативной дисфункции // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1. — С. 252.
8. Кучма, В.Р. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / В. Р. Кучма, Ж. Ю. Горелова, Б. Т. Величковский // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5, № 1. - С. 319.
9. Кушнир, С. М. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония: монография / С. М. Кушнир, Л. К. Антонова. – Тверь : научное издание, 2007. - 215 с.
10. Кушнир, С. М. Семиотика синдрома вегетативной дистонии // Детская вегетология : практическое руководство по детским болезням / под общей ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева, под ред. Р. Р. Шиляева и Е.В. Неудахина. - М. : ИД Мед. практика, 2008. - XI т. Глава 11. -С. 148-158. 52
11. Царегородцева, Л. В. Актуальные вопросы синдрома вегетативной дистонии у детей и подростков: (обзор) / Л. В. Царегородцева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005. - № 4. - С. 8.
12. Secular trends in height and weight among children and adolescents of the Seychelles, 1956-2006 / P. Marques-Vidal [and others] // BMC Publ. Health. - 2008. - V.8. - P. 166.
13. Accent method of voice therapy for treatment of severe muscle tension dysphonia / K. H. Malki [and others] // Saudi Med. J. - 2008. -V. 29, N. 4 . - P . 610-613.