

ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Е.А. Багнетова

Сургутский государственный педагогический университет, г. Сургут

Рассматриваются результаты оценки поведенческих факторов риска, психологических особенностей и функционального состояния старшеклассников, отличающихся по образу жизни. В исследовании участвовали 180 ученика 9–11 классов г. Сургута, Лянтора, Нефтеюганска. Полученные результаты позволили выявить наиболее актуальные направления формирования здорового образа жизни учащихся.

Ключевые слова: факторы риска, функциональные возможности организма, здоровый образ жизни, старшеклассники.

По данным Всемирной организации здравоохранения вклад социальных воздействий в формирование здоровья населения составляет до 50 %. Проведенные в этой области исследования выявили значительную роль социально-гигиенических факторов в развитии заболеваний детей и подростков [1, 2]. К сожалению, для современной молодежной среды характерно широкое распространение разрушающих здоровье привычек, низкий уровень самосохранительного поведения [2, 3, 7]. В подростковом возрасте нездоровые привычки действуют особенно негативно, так как это важный период роста и формирования человека, когда возникает, развивается и завершается ряд морфологических, функциональных и психологических процессов, происходит перестройка жизненно важных систем организма, что обуславливает его повышенную чувствительность к различным факторам жизнедеятельности [3].

Нездоровые поведенческие привычки не только входят в число важнейших факторов риска развития многих заболеваний, но и препятствуют утверждению других составляющих здорового образа жизни. В то же время, здоровье подростков является не только показателем уровня социально-экономического развития страны, но и служит одним из критериев качества жизни. Применительно к детям очевидным является тот факт, что во многом обеспечение у них рационального способа жизнедеятельности, формирования умений и навыков сохранения здоровья зависит от родителей, организаторов образования, педагогов. Ситуация устойчивых негативных тенденций в состоянии здоровья подрастающего поколения в значительной степени объясняется имеющимися недостатками в системе формирования умений и навыков здорового образа жизни (ЗОЖ) и культуры здоровья детей и подростков [1, 4, 6].

Существует множество определений здорового образа жизни, в основном, сводящиеся к тому, что ЗОЖ – это такое повседневное поведение и

такой стиль жизни, которые способствуют сохранению, укреплению и восстановлению здоровья человека. Важно то, что здоровый образ жизни должен стать основополагающим в профилактике заболеваний, так как именно он является универсальным, широко доступным, не требующим значительных материальных затрат способом поддержания здоровья на высоком уровне. Образ жизни неизбежно накладывает отпечаток на состояние здоровья человека. В этой связи представляется актуальным исследование поведенческих факторов риска, функционального состояния и психологических особенностей подростков, отличающихся по характеристике образа жизни.

Исследование функциональных возможностей организма, прежде всего, сердечно-сосудистой системы, является показателем адаптированности к условиям жизнедеятельности. Немаловажное значение при оценке функциональных возможностей организма придается оценке психических состояний личности. Так, например, уровень тревожности, напряженности, индивидуальные особенности переживания стресса, могут выступать в качестве личностных характеристик и в то же время являться следствием продолжительного присутствия в образе жизни поведенческих факторов риска. В условиях Среднего Приобья подобные исследования приобретают особое значение, так как данная северная территория является гипокомфортной для проживания (продолжительная и суровая зима, короткое прохладное лето, высокий уровень геомагнитных возмущений, воздействие низких среднегодовых температур в сочетании с высокой скоростью ветра, резкие перепады температуры и давления даже в течение суток, пониженное содержание кислорода в атмосфере, загрязнение окружающей среды нефтепродуктами и ряд других факторов). Исследования, проведенные в нашем регионе, показали, что эффективность адаптивных процессов и устойчивость к возникновению заболеваний во многом зависят от реагиру-

вания психоэмоциональной сферы на действие гипокомфортных климатогеографических и экологических факторов, а распространенность психоэмоционального напряжения среди населения в условиях Севера имеет достаточно высокий уровень [5].

Наша работа проводилась на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в 2009–2011 гг. В исследовании принимали участие 180 старшеклассников обоего пола в возрасте 15–18 лет, школьники 9–11 классов городов Сургута, Лянтора, Нефтеюганска. Исследование аналитическое. Выборка стратифицированная случайная, анкетирование анонимное.

Цель исследования заключалась в оценке поведенческих факторов риска, психологических особенностей и функционального состояния старшеклассников, отличающихся по образу жизни.

Использовались следующие методики:

1. Опросник «Образ жизни учащихся» А.С. Галицкого и Е.Ю. Березняка.

2. Специально разработанный опросник «Образ жизни учащихся», позволяющий в балльной системе (от 1 до 27) оценить степень соответствия образа жизни понятию «здоровый». Группа риска от 0 до 9 баллов, промежуточная – от 10 до 18 баллов, группа ЗОЖ – от 19 до 27 баллов. Чем выше итоговый балл по данному опроснику, тем в большей степени образ жизни соответствует понятию «здоровый».

3. Опросник для выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна с соавторами (1998), предполагает балльную оценку выявленных симптомов. У здоровых лиц сумма баллов не должна превышать 15.

4. Методика определения индекса функциональных изменений (ИФИ) Р.М. Баевского (2001), позволяющая определить адаптационный потенциал системы кровообращения. ИФИ (баллы) = $0,011(\text{ЧСС}) + 0,014(\text{САД}) + 0,008(\text{ДАД}) + 0,014(\text{В}) + 0,009(\text{МТ}) - 0,009(\text{Р}) - 0,27$, где ЧСС – частота сердечных сокращений в покое (уд./мин), САД и ДАД – величины систолического и диастолического артериального давления в покое (мм рт. ст.), В – возраст (лет), МТ – масса тела (кг), Р – длина тела (см). Для отнесения обследованных к различным классам функциональных состояний была использована следующая шкала: удовлетворительная адаптация сердечно-сосудистой системы не превышала 2,1 балла, напряженные механизмы адаптации – 2,11–3,2 балла, неудовлетворительная адаптация – 3,21–4,3 балла, срыв адаптации – не менее 4,31 балла.

5. Методика самооценки школьных ситуаций по Кондашу. Позволяет оценить восприятие учащимися различных стрессовых ситуаций в школьной среде и выявить связанный с этим уровень тревожности: до 20 баллов – низкий, 20–30 баллов – средний, более 30 баллов – высокий.

6. Тест для оценки социальной адаптирован-

ности М. Гавлиновой. Данный чешский тест адаптирован к российским условиям, его оценочная шкала варьирует от 0 до 20 баллов, где начало соответствует состоянию полной социальной дезадаптации, а окончание (20 баллов) – хорошей способности к социальной адаптации. При итоговом балле у мальчиков: от 0 до 8 – низкий уровень социальной адаптации, от 9 до 12 – норма, от 13 до 20 – высокий уровень. У девушек: от 0 до 9, от 10 до 13, от 14 до 20 соответственно.

7. Анкета «Напряженность» позволяет оценить самочувствие учащихся и уровень психологической напряженности. Для лиц, получивших высокие баллы по оценочной шкале, характерен ряд признаков, свидетельствующих о высокой психической напряженности и несформированности системы самоуправления: неверном предвидении, неверной оценке своих возможностей и реальных успехов в учебной деятельности, неадекватном самоконтроле. Анкета состоит из 30 вопросов и позволяет выявить повышенную напряженность, возникающую от чрезмерной учебной нагрузки, несоблюдения физиолого-гигиенических принципов организации обучения, низкой двигательной активности, нарушений режима дня. При итоговом балле у мальчиков меньше 11 – оценивается как низкий уровень напряженности, от 12–15 – средний, от 16 и выше – высокий; у девочек итоговый балл 14 – низкий, от 15 до 18 – средний, от 19 и выше – высокий.

Систематизация материала и статистическая обработка полученных данных осуществлялись при помощи пакета компьютерных программ «Statistica 6.0» и «Биостатистика 4.03». Из непараметрических методов статистического анализа применялся критерий χ^2 . При необходимости множественного сравнения использовался критерий Н – Крускала–Уоллиса. Анализ взаимосвязи переменных осуществлялся методом линейного корреляционного анализа Пирсона (r).

В исследовании приняли участие 180 старшеклассников от 15 до 18 лет, из которых 48,33 % мальчиков и 51,66 % девочек.

Используемые опросники (№ 1 и 2) позволили выделить три группы учащихся, отличающихся по образу жизни: группу риска, промежуточную и группу здорового образа жизни (ЗОЖ). Дополнительно разработанный опросник (№ 2) был необходим для оценки образа жизни школьников в балльной системе и более точного соотношения исследуемых показателей со степенью соответствия образа жизни понятию «здоровый».

В группу «риска» вошли не только школьники с ярко выраженными вредными привычками, но и те, у которых обнаружены постоянные нарушения режима дня, недостаточный отдых, продолжительность сна менее 6–7 часов, нерациональность и нерегулярность питания, злоупотребление компьютерными играми, длительный просмотр телевизора ($n = 60$; $33,33 \pm 3,51\%$).

Школьники, у которых в образе жизни было выявлено преобладание здоровых привычек наряду с отсутствием разрушительных для здоровья форм поведения, вошли в группу ЗОЖ ($n = 42$; $23,33 \pm 3,15\%$).

Анализ образа жизни остальных старшеклассников ($n = 78$; $43,33 \pm 3,69\%$) выявил несоответствие ряда поведенческих привычек понятию «здоровых», но не настолько, чтобы отнести данных учеников к группе риска. Эти школьники были выделены в промежуточную группу.

Из 180 школьников болеют: часто – $9,44 \pm 2,17\%$, более 2-х раз в год – $32,22 \pm 3,48\%$, 1–2 раза в год – $53,33 \pm 3,71\%$, редко – $5 \pm 1,62\%$. В группе ЗОЖ часто болеющих детей меньше в 3,23 раза, чем в промежуточной и в 7 раз, чем в группе риска. Болеющих более 2-х раз в год школьников в группе ЗОЖ меньше в 2,06 раза, чем в промежуточной, и в 3,38 раза, чем в группе риска. Редко и 1–2 раза в год болеющих детей больше в группе ЗОЖ в 1,33 раза, по сравнению с промежуточной, и в 2,38 раза, по сравнению с группой риска: $\chi^2 = 25,363$, d.f. 4, $p < 0,001$.

Испытывают усталость: всегда – $21,11 \pm 3,04\%$ школьников, часто – $27,77 \pm 3,33\%$, редко – $44,44 \pm 3,70\%$, совсем не устают – $6,66 \pm 1,85\%$. Школьников, у которых постоянно присутствует чувство усталости: в группе ЗОЖ – $2,38 \pm 2,35\%$, тогда как в промежуточной – $7,77 \pm 3,03\%$, а в группе риска – $38,33 \pm 6,27\%$. В группе здорового образа жизни в 1,81 раз больше детей, редко испытывающих усталость на занятиях, чем в промежуточной, и в 2,38 раз, чем в группе риска: $\chi^2 = 32,363$, d.f. 4, $p < 0,001$.

В группе ЗОЖ школьников в 1,63 раз чаще устраивают отношения в семье, чем в группе риска, и в 1,21 раз чаще, чем в промежуточной: $\chi^2 = 14,981$, d.f. 4, $p = 0,005$. При этом в группе здорового образа жизни нет ни одного старшеклассника, которого бы не удовлетворяли взаимоотношения с родителями, а в группе риска таких учащихся в 2,86 раз больше, чем в промежуточной. Разницы в удовлетворенности отношениями в семье между мальчиками и девочками не выявлено.

Постоянно курят – $20,55 \pm 3,01\%$ старшеклассников, пробовали или курят редко – $16,11 \pm 2,74\%$. Из числа детей, полностью довольных взаимоотношениями с родителями, не курят – $68,81 \pm 4,43\%$; из тех, кого взаимоотношения в семье удовлетворяют, но не всегда, не курят – $56,36 \pm 6,68\%$; из неудовлетворенных отношениями с родителями не курят – $50,00 \pm 12,50\%$ (но эти отличия статистически незначимы).

Употребляют алкоголь: часто – $5,00 \pm 1,62\%$ старшеклассников, иногда и редко – $56,11 \pm 3,69\%$, никогда – $38,88 \pm 3,63\%$. Из числа детей, полностью довольных взаимоотношениями с родителями, часто употребляют алкоголь – $4,58 \pm 2,00\%$; из тех, кого взаимоотношения в семье удовлетворяют, но не всегда – $3,64 \pm 2,52\%$; из школьников, считающих отношения с родителями плохими, –

$12,5 \pm 8,26\%$ (но эти отличия статистически незначимы).

Средний балл признаков вегетативных изменений ($M \pm m$) в группе ЗОЖ составил: $12,02 \pm 1,02$ балла, в промежуточной – $14,88 \pm 0,91$, в группе риска – $21,43 \pm 0,81$ ($N = 23,439$, $v = 2$, $p < 0,001$). В группе ЗОЖ в 1,21 раза больше школьников, у которых признаки вегетативных изменений находятся в пределах нормы, чем в промежуточной, и в 3,06 раза, чем в группе риска: $\chi^2 = 27,294$, d.f. 2, $p < 0,001$. У мальчиков в 1,43 раза чаще признаки вегетативных изменений соответствуют норме: $\chi^2 = 4,984$, d.f. 1, $p = 0,026$. Чем более образ жизни старшеклассников соответствует понятию «здоровый», тем меньше выражены признаки вегетативных дисфункций ($r = -0,53$, $p < 0,01$).

По анкете «Напряженность» получены следующие данные: в группе ЗОЖ средний балл ($M \pm m$) составил $10,52 \pm 0,54$, в промежуточной – $12,23 \pm 0,52$, в группе риска – $15,34 \pm 0,61$ ($N = 13,805$, $v = 2$, $p = 0,001$). В группе ЗОЖ в 2,15 раза меньше школьников с высоким уровнем напряженности, чем в промежуточной, и в 4,90 раза, чем в группе риска: $\chi^2 = 20,587$, d.f. 4, $p < 0,001$. Сравнение полученных данных между мальчиками и девочками показало, что у мальчиков в 1,97 раза чаще встречается высокий уровень напряженности, а у девочек в 1,44 раза чаще низкий: $\chi^2 = 7,518$, d.f. 2, $p = 0,023$. Выявлена обратная корреляционная связь между степенью соответствия образа жизни учащихся понятию «здоровый» и уровнем напряженности ($r = -0,48$, $p < 0,01$).

Результаты исследования социальной адаптированности показали, что в группе ЗОЖ средний балл ($M \pm m$) составил $12,38 \pm 0,29$, в промежуточной – $10,55 \pm 0,24$, в группе риска – $10,78 \pm 0,34$. Статистически значимые отличия выявлены только при сравнении показателей в группе ЗОЖ с промежуточной группой ($N = 11,257$, $v = 1$, $p < 0,001$) и группой риска ($N = 9,087$, $v = 1$, $p = 0,003$). В группе ЗОЖ школьников с низким уровнем социальной адаптированности не обнаружено, в группе риска их в 1,23 раза больше, чем в промежуточной. Старшеклассников с высокой социальной адаптированностью больше в 2,02 раза в группе ЗОЖ, чем в промежуточной, и в 1,43 раза, чем в группе риска: $\chi^2 = 17,673$, d.f. 4, $p = 0,001$. Выявлена слабая прямая корреляционная связь между степенью соответствия образа жизни понятию «здоровый» и социальной адаптированностью ($r = 0,28$, $p < 0,01$).

Оценка по Кондашу, отражающая самочувствие учащихся в различных школьных ситуациях и реакцию на них, только в группе ЗОЖ выявила низкий уровень тревожности ($M \pm m$): $15,36 \pm 1,66$, в то время как в группе риска и промежуточной – средний уровень ($20,9 \pm 1,05$ и $20,19 \pm 0,85$ соответственно). Статистически значимые отличия выявлены при сравнении показателей в группе ЗОЖ с промежуточной группой ($N = 8,909$, $v = 1$,

$p = 0,003$) и группой риска ($N = 14,863$, $v = 1$, $p < 0,001$). В группе ЗОЖ у школьников в 1,86 раза чаще встречается низкий уровень тревожности, чем в промежуточной, и в 1,71 раза, чем в группе риска: $\chi^2 = 16,551$, d.f. 2, $p < 0,001$. Между уровнем тревожности и степенью соответствия образа жизни понятию «здоровый» прослеживается обратная корреляционная связь: $r = -0,35$, $p < 0,01$.

Определение индекса функциональных изменений показало, что в группе ЗОЖ среднее значение ИФИ составило $1,86 \pm 0,02$, в промежуточной – $1,99 \pm 0,03$, в группе риска – $2,16 \pm 0,02$. Отличия статистически значимы: между группой ЗОЖ и риска ($N = 36,320$, $v = 1$, $p < 0,001$); между группой ЗОЖ и промежуточной ($N = 4,352$, $v = 1$, $p = 0,037$). В группе ЗОЖ старшеклассники с удовлетворительной адаптацией сердечно-сосудистой системы встречаются в 1,25 раз чаще, чем в промежуточной и в 1,89 раз, чем в группе риска: $\chi^2 = 19,998$, d.f. 2, $p < 0,001$. Между образом жизни школьников и ИФИ выявлены значимые обратные корреляционные связи ($r = -0,54$, $p < 0,01$).

Исследование поведенческих факторов риска, психологических особенностей и функционального состояния старшеклассников позволило выявить статистически значимую разницу в исследуемых показателях в группах подростков, отличающихся по образу жизни.

Полученные данные о более высоком уровне тревожности и напряженности учащихся в группе риска свидетельствуют о необходимости такого приоритета в работе школьного психолога с данными детьми, как психопрофилактика стрессовых состояний. Лучшая социальная адаптированность в группе ЗОЖ позволяет констатировать актуальность формирования здорового стиля жизни в подростковой среде. Выявление статистически значимой разницы между индексом функциональных изменений в выделенных группах также подтверждает значение здоровых привычек в образе жизни старшеклассников.

Основы здоровья и здорового образа жизни изначально закладываются, прежде всего, в семье. Это объясняет тот факт, что удовлетворенность взаимоотношениями с родителями выше у школьников, относящихся к группе ЗОЖ. Очевидно, что забота родителей о здоровье детей в этих семьях

является неотъемлемой частью общего фона более здоровых взаимоотношений, чем у детей в группе риска.

Проведенное исследование позволило определить актуальные направления деятельности учебных заведений по формированию ЗОЖ учащихся, одним из которых является реализация системы обучения основам здоровья и гигиенического воспитания.

Литература

1. Баранов, А.А. *Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность* / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. – М.: Династия, 2006. – 312 с.
2. Баранов, А.А. *Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей* / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432 с.
3. Вахмистрова, А.В. *Гигиеническая оценка комплексного влияния факторов среды обитания на физиологический статус и качество жизни сельских подростков: дис. ... канд. мед. наук* / А.В. Вахмистрова. – Оренбург, 2009. – 146 с.
4. Вишневская, Е.Л. *Проблемы школьного здравоохранения: общеобразовательная школа как основное звено формирования здоровья подрастающего поколения* / Е.Л. Вишневская, Н.К. Барсукова, В.А. Полесский // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 1999. – № 1. – С. 8–15.
5. Иванова, Т.Н. *Психоэмоциональное напряжение как фактор риска соматических заболеваний в условиях Европейского Севера* / Т.Н. Иванова, О.А. Юдинцева, С.Н. Одицова // *Экология человека*. – 1998. – № 2. – С. 35–36.
6. *Особенности образа жизни и выработки самосохранительного поведения подростков и молодежи* / Н.Н. Потехина, М.Г. Дьячкова, И.А. Колесникова и др. // *Экология человека*. – 2009. – № 8. – С. 61–64.
7. Панкратьев, В.Я. *Распространенность употребления алкоголя среди учащихся Мурманска* / В.Я. Панкратьев, Н.А. Антипина, А.А. Роцупкин // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2001. – № 2. – С. 20–21.

Поступила в редакцию 21 марта 2011 г.