

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Аверьянова Н. И., Ханова Н. А.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия (614990, Пермь, ул. Петропавловская, 26), e-mail: pdb-averyanova@rambler.ru

Проведен сравнительный анализ здоровья подростков, проживающих в замещающих семьях, детском доме и биологических семьях. По целому ряду показателей уровень здоровья воспитанников детского дома оказался ниже, чем у их сверстников, проживающих в семьях. Более трети воспитанников детского дома страдают низкорослостью. Среди подростков, проживающих в детском доме, достоверно выше распространенность психических и поведенческих расстройств, заболеваний нервной, костно-мышечной, мочеполовой систем и болезней глаз, чем среди их сверстников из семей. Все воспитанники детского дома имеют хроническую или врожденную патологию, в то время как в замещающих семьях она выявлена у 83 % подростков, а в биологических семьях – у 30 %. Сделан вывод о положительном влиянии семейного воспитания на здоровье и развитие ребёнка.

Ключевые слова: замещающие семьи, детский дом, здоровье, подростки, биологические семьи.

ADOLESCENT HEALTH DEPENDS ON EDUCATIONAL ENVIRONMENT

Averyanova N. I., Khanova N. A.

Perm State Medical Academy named after acad. E. A. Wagner, Perm, Russia, (614990, Perm, street Petropavlovscaya, 26), e-mail: pdb-averyanova@rambler.ru

A comparative analysis of the health of adolescents living in foster care, children's house and biological families. For a number of indicators of the level of health of the orphans were lower than those of the same age living in families. Over a third of the orphans suffer stunting. Among adolescents living in an orphanage significantly higher prevalence of mental and behavioral disorders, diseases of the nervous, musculoskeletal, urogenital system and eye diseases than their peers from families. All the orphanage have chronic or congenital abnormalities, while in foster care, it was found in 83 % of adolescents, and in biological families – at 30 %. It is concluded that the positive effect of family education on child health and development.

Key words: foster families, children's home, health, adolescents, their biological families.

В настоящее время число детей, лишенных родительской опеки, не имеет тенденции к снижению. Сложившаяся в стране система воспитания этих детей в закрытых детских учреждениях полностью себя не оправдала, в связи с чем большое развитие получил институт замещающих семей [5,7]. Сегодня в Пермском крае до 93 % сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывается в приемных и опекунских семьях. [1,2]. При этом остается мало изученным их состояние здоровья, развитие и особенности адаптации в замещающей семье [6]. До сих пор не разработаны методические рекомендации по медико-психолого-социальному сопровождению воспитанников замещающих семей. Данная проблема является актуальной для России из-за не снижающейся тенденции к росту социопатических семей и, как следствие, росту числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [3, 4].

Цель исследования

Изучить состояние здоровья подростков в зависимости от среды проживания (замещающие семьи, детский дом, биологические семьи).

Материалы и методы исследования

Обследованы три группы подростков (91 человек), проживающих в Пермском крае в разных условиях: замещающих семьях, детском доме и биологических семьях. Группы сопоставимы по полу и возрасту.

В первую группу вошли 33 подростка из замещающих семей (33 % – из приемных, 67 % – из опекунских семей) в возрасте 14–16 лет, из них 48 % – юноши и 52 % – девушки. Средняя продолжительность нахождения в замещающей семье составила $7,4 \pm 1,3$ года, средний возраст помещения в семью – $7,7 \pm 1,3$ года. Приемная семья – вид замещающей семьи, в которой ребенок воспитывается не родственником и сохраняет за собой льготы, гарантированные ему статусом сироты. Приемный воспитатель получает от государства ежемесячное вознаграждение за пребывание ребенка в семье. В опекунской семье законным представителем ребенка выступает его родственник. В этом случае ребенок также сохраняет за собой льготы. Опекун не получает вознаграждение за пребывание ребенка в семье.

Вторая группа включала 29 подростков в возрасте 14–16 лет из детского дома, из них 49 % – юноши и 51 % – девушки. Средняя продолжительность нахождения в детском доме составила $4,4 \pm 1,5$ лет, средний возраст помещения в детский дом – $8,6 \pm 1,4$ лет. До помещения в детский дом все подростки проживали в социопатических семьях.

Третья группа представлена 29 подростками в возрасте 14–16 лет из биологических семей, из них 49 % – юноши, 51 % – девушки.

Проведена комплексная оценка состояния здоровья подростков с акцентом на их социальный анамнез. Изучена первичная медицинская и личная документация обследованных. Составлен социальный портрет среды проживания подростков посредством беседы с ними и их законными представителями и анализа данных по специально разработанным анкетам.

Для определения уровня физического развития использовали антропометрию с дальнейшей оценкой по центильным таблицам. За нормальные показатели роста принимали 2–6 коридоры центильных таблиц, массы – 3–5 коридоры таблицы соотношения массы по длине тела. Для оценки нервно-психического развития использовали специально разработанную анкету – вопросник, позволяющую выявить состояние сомато-эмоциональной, сомато-вегетативной, сомато-диэнцефальной сферы и поведения. Уровень интеллектуального развития определяли, опираясь на заключение школьного психолога, результаты школьной успеваемости и заключения психиатра.

При объективном осмотре оценивался общий статус подростков, выявлялись патологические синдромы, касающиеся поражения внутренних органов, обращалось внимание на наличие стигм дизэмбриогенеза. Подробно изучался анамнез жизни и перенесенные

заболевания (при наличии сведений). Проведено полное клинико-лабораторное обследование педиатром и специалистами.

Полученные данные подвергнуты статистической обработке с помощью пакета программ Microsoft Excel 2007. Сравнение количественных признаков осуществляли с помощью парного критерия Стьюдента и критерия Z.

Результаты и их обсуждение. Изучение причин сиротства подростков первой и второй групп наблюдения показало, что истинной сиротой при умерших родителях является лишь каждый четвертый воспитанник замещающей семьи и детского дома, остальные – социальные сироты, которые в 69 % случаев получили статус сироты в связи с лишением биологических родителей родительских прав и в 7 % случаев из-за добровольного отказа матери от ребенка сразу после рождения. До помещения в семью 48 % воспитанников замещающих семей находились в детском доме, остальные проживали в биологических социопатических семьях.

Изучение социального статуса замещающих и биологических семей показало, что 31 % замещающих семей – неполные за счет опекунских семей, в которых ребенка воспитывают в 55 % случаев бабушки, в 27 % – тети, в 9 % – дедушки и 9 % – дяди. При этом количество неполных биологических семей оказалось также высоким (27 %). Многодетными являются 34 % замещающих семей за счет проживающих в приемных семьях 3 и более приемных детей. Многодетных биологических семей было только 3 %. Законным представителем ребенка в замещающей семье в 82 % случаев выступают женщины, в 18 % – мужчины. В обследованных семьях преобладают родители со средним профессиональным образованием, только 9 % родителей из замещающих и 33 % из биологических семей имеют высшее образование.

Изучение социального маршрута воспитанников детского дома показало, что у 38 % был эпизод помещения в приемную или опекунскую семью и последующее возвращение в детский дом. Причиной возврата в 21 % случаев являлась смерть опекуна (приемного родителя), в 79 % – отказ законного представителя от нахождения ребенка в его семье, что свидетельствует о том, что предварительная работа с будущими опекунами (приемными родителями) ведется формально, а отсутствие медико-психолого-социального сопровождения замещающих семей приводит к возврату детей в закрытое учреждение и, как следствие, получению ими очередной психологической травмы.

Выявлено, что на здоровье и развитие подростков, лишенных родительской опеки, большое влияние оказали социальные факторы: они проживали в социопатических семьях, где их биологические родители страдали алкоголизмом, наркоманией, вели асоциальный образ жизни, имели вредные привычки, отягощенный наследственный анамнез.

Сделать достоверное заключение о течении перинатального периода у подростков первой и второй групп не представилось возможным, так как сведения, имеющиеся в их

медицинской документации, являются неполными, иногда полностью отсутствуют. Сведения, хотя и неполные, имелись только у 67 % подростков из замещающих семей и 59 % воспитанников детского дома.

Из имеющейся информации выявлено, что на диспансерном учете по беременности состояла каждая вторая биологическая мать подростков первой группы и каждая четвертая второй группы, у подростков из биологических семей все матери состояли на диспансерном учете по беременности.

В большинстве случаев воспитанники замещающих и биологических семей были рождены от первой беременности, а их сверстники из детского дома от третьей и последующих.

В структуре экстрагенитальной патологии у биологических матерей подростков из замещающих семей лидируют заболевания системы кровообращения (45 %) и заболевания, передающиеся половым путем (41 %); у матерей воспитанников детского дома – та же патология (соответственно 47 % и 57 %) и ОРВИ во время беременности (47 %); у матерей из биологических семей чаще выявлялись заболевания органов пищеварения (32 %) и болезни мочевыделительной системы (28 %). Во время беременности 82 % биологических матерей подростков первой и второй группы курили, 67 % употребляло алкоголь, 7 % матерей состояли на учете у психиатра.

Обращает внимание большой процент юных первородящих женщин среди матерей подростков из замещающих семей (13 %) и детского дома (22 %) при 5 % в биологических семьях. В результате преждевременных родов на свет появилось более 30 % подростков из замещающих семей и детского дома и 7 % из биологических семей ($p=0,034$). С массой менее 2500 г родился 31 % детей первой группы, 28 % второй и 13 % третьей, с массой более 4000 г новорожденных не было. Практически у всех детей первой и второй групп наблюдения в период новорожденности были признаки перинатального поражения ЦНС и у 65 % задержка внутриутробного развития, а в биологических семьях эта патология встречалась соответственно у 21 % и 17 % ($p_1=0,000$, $p_2=0,000$).

Обращает внимание широкое распространение у воспитанников замещающих семей и детского дома в отличие от подростков, проживающих в биологических семьях, перенесенных социально значимых заболеваний. Так, 68 % воспитанников замещающих семей и 47 % воспитанников детского дома имели в анамнезе гельминтозы при 7 % у подростков из биологических семей. Достоверно чаще, чем подростки из биологических семей (7 %), подростки 1 и 2 группы (43 %) перенесли травмы (переломы и ушибы конечностей, ожоги, сотрясение головного мозга); 31 % подростков первой группы и 52 % второй страдали чесоткой; каждый второй воспитанник замещающей семьи и детского дома инфицирован

микобактерией туберкулеза, число инфицированных в биологических семьях составляет 14 %. Для подростков первой и второй групп характерно более широкое распространение психических заболеваний (соответственно 43 % и 47 %), патологии нервной системы с когнитивными расстройствами (соответственно 83 % и 92 %) в отличие от подростков из биологических семей, у которых психические расстройства не встречались, а заболевания нервной системы наблюдались в 14 % случаев. Выявлено, что 5 % подростков первой и 13 % второй групп имеют документировано зарегистрированный факт токсикомании, при полном ее отсутствии у подростков из биологических семей.

Анализ физического развития показал, что нормальное физическое развитие имели 73 % подростков из биологических семей, 67 % – из замещающих семей и только 34 % воспитанников детского дома. Среди подростков из детского дома отклонения в физическом развитии распределились в следующей последовательности: низкий рост – 38 %, избыток массы тела 1 степени – 10 %, высокий рост – 7 %, дефицит массы тела 1 степени – 7 %, избыток массы тела 2 степени – 4 %. У подростков из замещающих семей регистрировались следующие отклонения в физическом развитии: дефицит массы тела 1 степени – 12 %, высокий рост – 9 %, избыток массы тела 1 степени – 6 %, низкий рост и избыток массы тела 2 степени – по 3 %. У подростков из биологических семей определялись отклонения физического развития в виде высокого роста и избытка массы тела 1 степени (10 %), дефицита массы тела 1 степени – 7 %. В группе подростков, воспитывающихся в детском доме, у 38 % выявлена низкорослость против 3 % подростков с низкорослостью из замещающих семей и отсутствия таковых в биологических семьях. Среди подростков с низким ростом преобладали юноши (67 %), при этом 58 % из них отставали и в биологическом развитии, в то время как среди юношей со средним ростом или ростом выше среднего отставание в биологическом развитии зафиксировано только у 17 % ($p=0.002$).

Анализ нервно-психического развития показал, что подростки из детского дома достоверно чаще имеют отклонения в состоянии эмоционально-вегетативной и сомато-эмоциональной сферы, чем их сверстники из замещающих и опекунских семей ($p=0.002$). Воспитанники детского дома склонны к девиантному поведению, трудностям в обучении и сниженной школьной успеваемости.

Предпринята попытка дать оценку поведенческих стереотипов подростков с помощью анкетирования по вопроснику Кеттелла. Оказалось, что агрессивное поведение свойственно 9 % подростков из замещающих семей, 10 % – из биологических и 38 % – из детского дома ($p_1=0,015$, $p_2=0,000$, $p_3=0,01$). Достоверно чаще среди воспитанников детского дома встречаются замкнутые и склонные к негативизму юноши и девушки ($p_1=0,013$, $p_2=0,059$). Достоверные различия выявлены при анализе распространенности навязчивых движений и

патологических привычек. Так, тики и навязчивые действия выявлены у подавляющего большинства воспитанников детского дома (79 %) против 39 % подростков из замещающих семей и 14 % – из кровных семей ($p_1=0,003$, $p_2=0,000$). Патологические привычки чаще встречались у воспитанников из детского дома, чем у подростков, проживающих в замещающих и биологических семьях (соответственно 55 %, 26 % и 17 %).

Анализ состояния здоровья подростков на момент исследования показал, что среднее количество заболеваний у воспитанников из замещающих семей составило – 4,5 случая на ребенка, из детского дома – 6, 3, из биологических семей – 2,5.

При сравнении структуры хронической патологии подростков, проживающих в разных условиях, выявлены достоверные различия по следующим группам заболеваний: подростки из замещающих семей и детского дома достоверно чаще страдают патологией нервной системы, психическими заболеваниями и болезнями эндокринной системы, чем подростки из биологических семей. Подростки из детского дома достоверно чаще воспитанников замещающих семей имели заболевания нервной системы с когнитивными нарушениями, патологию костно-мышечной системы, болезни ЛОР-органов, глаза и его придаточного аппарата, болезни мочеполовой системы. Не выявлено достоверных различий между заболеваемостью подростков из замещающих и биологических семей по следующим группам заболеваний: болезни органов кровообращения, кроветворения, пищеварения, мочеполовой системы, кожи, аллергическими и инфекционными болезнями.

На основании проведенной комплексной оценки здоровья определены группы здоровья обследованных подростков. Во всех группах обследованных отсутствовали подростки, имеющие первую группу здоровья. Вторую группу здоровья имели 18 % воспитанников замещающих семей и 70 % подростков из биологических семей, в детском доме подростков со второй группой здоровья не было. Третью группу здоровья достоверно чаще имели воспитанники детского дома (83 %) и замещающих семей (64 %), чем подростки из биологических семей (30 %). Четвертую группу имели 18 % подростков из замещающих семей и 17 % – из детского дома, в биологических семьях подростков с 4 и 5 группой здоровья не было.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о низком уровне здоровья 14–16-летних подростков. Даже среди проживающих в биологических семьях не было подростков с 1 группой здоровья. Проведенный анализ показал, что воспитанники детского дома на фоне крайне неблагоприятного социально-биологического анамнеза имеют достоверно более низкие показатели физического и нервно-психического развития, достоверно более высокую заболеваемость психическими расстройствами, заболеваниями нервной, костно-мышечной, мочеполовой систем и болезнями глаз, чем подростки, проживающие в замещающих семьях.

Среднее количество заболеваний на одного подростка из замещающей семьи составило 4,5, из детского дома – 6,3, из биологической семьи – 2,5.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что помещение ребенка, лишенного родительской опеки, в замещающую семью, а не в детский дом положительно влияет на его развитие и здоровье.

Список литературы

1. Аверьянова Н. И., Ханова Н. А., Бахматова О. Б., Погадаева Е. Н. Состояние здоровья детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации // ONCOLOGY-XXI Century Public Health and Education: Materials of IV (XIII) International Scientific Conference. – HoChiMihn, 2009. Онкология. – XXI век. Материалы IV (XIII) Между народной научной конференции. – Пермь: Изд-во «Книжный формат», 2009. – С. 9-12.
2. Аверьянова Н. И., Ханова Н. А. Комплексная оценка состояния здоровья детей, проживающих в приемных и опекунских семьях. Материалы IX Российского Конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М.: Изд-во «Оверлей», 2010. – С. 229-230.
3. Аносова Ю. А. Здоровье и развитие девочек-подростков, проживающих в условиях повышенной антропогенной нагрузки: дисс. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2009. – С. 125.
4. Гудинова Ж. В., Толькова Е. И. Оценка нервно-психического развития подростков с девиантными формами поведения.// Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 1. – С.50.
5. Зелинская Д. И. Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 1. – С. 84.

Рецензенты:

Иллек Я. Ю., д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», г. Киров.

Минаева Н. В., д-р мед. наук, профессор кафедры ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е. А. Вагнера», г. Пермь.