



психолого-педагогические исследования

Абаев Алан Михайлович,

кандидат педагогических наук,

председатель Московского областного

регионального отделения ОГФСО «Юность России»

abaevatomaeva@mail.ru

Психолого-педагогическая оценка качества жизни подростков

Одна из наиболее тревожных проблем сегодняшней социокультурной реальности - неспособность современного человека, и прежде всего молодежи, адаптироваться к изменившимся условиям жизни. Современные условия жизни определяют высокий уровень интеграции личности в основных сферах жизнедеятельности общества, что требует максимального развития всей совокупности человеческих сил и способностей: физических, эмоциональных, психических, интеллектуальных.

Если здоровье является результирующим показателем, испытывающим влияние комплекса биологических, социальных и педагогических факторов, то качество жизни, по определению ВОЗ, - это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [6]. В то же время, качество жизни – это, прежде всего медико-социальное явление, охватывающее соматическое и психофизиологическое здоровье человека, его жизненные ценности, а также уровень экономического развития общества [3]. Проблема качества жизни подростков чрезвычайно важна, так как с помощью данного понятия можно не только выявить субъективные характеристики гигиенических, медико-биологических, социально-экономических и психолого-педагогических параметров условий жизнедеятельности учащихся, но и установить степень их взаимосвязи с объективными показателями [4].

В настоящее время достаточно много разработок качества жизни подростков, однако, все они отражают состояние или лишь отдельные данные (параметры), определяющие качество жизни подростков. Качество жизни подростков не может быть сведено к потребностям и социально-экономическим благам или их дееспособности. Качество жизни, характеризуя и описывая объективную субъектность, определяется

рефлексивными практиками [2] и знаниями, т.е. принципиально строящимися на основе анализа субъектом средств организации своего мышления и деятельности.

На состояние здоровья и заболеваемость детей и подростков существенное влияние оказывают условия обучения, не соответствующие гигиеническим нормативам, интенсификация учебного процесса, снижение двигательной активности школьников, проблемы питания и др. В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания, болезни глаза и его придатков, органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также травмы и отравления. По данным Всероссийской диспансеризации детей 2002 г., доля здоровых детей по сравнению с предыдущей диспансеризацией снизилась с 45 до 34%, вдвое увеличился удельный вес детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность.

По данным современных исследований В.К. Бальсевича, Л.И. Лубышевой и многих др., существует тесная связь между уровнем физкультурно-спортивной деятельности, жизненной активности личности и здоровьем подростков [1].

Целью исследования является оценка уровня состояния физического и психического компонентов качества жизни подростков занимающихся и не занимающихся спортом.

Задачи исследования

Выявить наиболее значимые корреляционные связи между качеством жизни подростков и их психофизиологическим статусом.

Выявить уровень физической и психологической подготовленности современных подростков вести активный образ жизни.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 подростков в возрасте $14 \pm 0,5$ лет, из них 65 подростков (42 юношей и 23 девушки) регулярно занимались в различных спортивных секциях и 55 подростков (35 юношей и 20 девушек) не занимающихся в спортивных секциях.

Исследовались основные параметры физического развития подростков: соматометрические (рост, вес, ОГК, индекс Кетле (ИК)); физиометрические (динамометрия кисти, ЖЕЛ, САД, ДАД, ЧСС). Адаптационный потенциал (по методике Баевского Р.М., 1988) позволяет выявить уровень функционального состояния организма. Психологические аспекты исследования качества жизни подростков оценивались по шкале оценки личностной тревожности (ЛТ) Ч. Спилбергера и Ю. Л. Ханина (Марищук В. Л. и др., 1984), самооценке по тесту Айзенка (тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность), тест определения структуры личности Кетелла.

Для выявления условий проживания и обучения, а так же для выявления вредных факторов жизнедеятельности подростков мы использовали опросники санитарно-гигиенических условий проживания и обучения, который заполняли родители подростков.

Адаптированная методика оценки качества жизни «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY». Опросник 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложен Бостонским институтом здоровья с успехом применялся в целом ряде популяционных исследований [5]. Данный опросник используется для групповых сравнений, учитывая общие концепции здоровья и благополучия, то есть те параметры, которые не являются специфичными для различных возрастных или нозологических групп. Интегральные показатели качества жизни по опроснику SF-36-физического компонента здоровья (PH) и психологического компонента здоровья (MH) рассчитываются путем анализа по существующим «ключам» параметров физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), ролевого эмоционального функционирования (RE), жизненной активности (VT), психического здоровья (MH), социального функционирования (SF), интенсивности боли (BP), общего здоровья (GH). Цифровые результаты исследования качества жизни могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции) до 100 баллов (максимальное здоровье).

Статистическую обработку материала осуществляли с помощью компьютерной системы STATISTICA 6.1 for Windows. Исследование зависимости между переменными осуществляли с помощью корреляционного анализа. Достоверность различий оценивали по критериям Стьюдента и Вилкоксона.

Результаты исследования и их обсуждение. В таблице 1 приведены наиболее значимые результаты анализа состояния физического развития и опросов родителей подростков. Оценка физического развития у подростков не выявило значимых отличий в исследуемых группах. Индекс Кетле (ИК) составил $19,64 \pm 0,29$ у девушек и $20,96 \pm 0,3$ у юношей, при этом у 43% девушек был выявлен дефицит массы тела, у 11% девушек избыток массы тела. Гармоничное физическое развитие было выявлено у 61,53% подростков занимающихся спортом и 52,72% - у не занимающихся в спортивных секциях. Показатели среднего физического развития ($M \pm 1\sigma$) были отмечены у 76,92% и 70,90% соответственно.

По данным наших исследований, у всех подростков выявлен удовлетворительный уровень адаптации сердечно-сосудистой системы, являющейся маркером адаптационного процесса. Отмечены высокие функциональные способности организма у девушек, занимающихся спортом, показатель состояния адаптационных систем организма (АП) равен $1,26 \pm 0,02$.

У подростков, занимающихся спортом, объективно меньше свободного времени, соответственно, меньше и свободного времени, проведенного подростками данной категории с родителями. У трети подростков занимающихся спортом выявлено нарушение режима питания, что на 10% больше, чем у подростков, не занимающихся спортом. Курящих среди подростков-спортсменов на четверть меньше, чем среди подростков, не занимающихся спортом.

Данные исследований оценки качества жизни у подростков адаптированной методикой «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY» отражены в таблице 1.

Уровень *физического функционирования* подростков, занимающихся и не занимающихся спортом, соответствует очень высокому уровню, при котором физическое состояние не ограничивает выполнение физических нагрузок у юношей и девушек обеих групп. Однако уровень *социального функционирования* у тех же подростков, определяющийся степенью, при которой физическое или эмоциональное состояние не ограничивает социальную активность (общение), у юношей выявлен на среднем уровне, а у девушек – на уровне ниже среднего. Это обусловлено, с одной стороны, резким ростом информационных и эмоциональных нагрузок, приводящих к значительному ухудшению психического самочувствия подростков, повышенной тревожности, отчужденности, с другой - слабой способностью подростков преодолевать стрессовые ситуации.

Помимо стресса и гипокинезии, на здоровье подростков оказывают влияния нарушения «динамического стереотипа высшей нервной деятельности», ответственного за обеспечение стабильного состояния организма.

Таблица 1 - Показатели физического и психического компонента здоровья подростков по тесту SF-36

Показатели	Подростки, занимающиеся спортом		Подростки, не занимающиеся спортом	
	<i>M±m</i>		<i>M±m</i>	
	<i>Юнош.</i>	<i>Девуш.</i>	<i>Юнош.</i>	<i>Девуш.</i>
Показатели физического компонента здоровья				
Общее состояние здоровья (gh)	73,31±2,28	69,11±1,99	75,21±2,32	67,73±2,01
Физическое функционирование (pf)	95,44±0,72	92,38±0,91	95,51±1,14	89,47±1,34
Роль физическим состоянием (rp)	86,54±2,89	64,71±3,01	85,13±4,04	67,12±4,32
Интенсивность боли (bp)	84,17±2,36	76,18±2,59	77,93±3,36	74,92±2,72
<i>Физический компонент здоровья (PH)</i>	<i>84,86±2,06</i>	<i>75,59±2,12</i>	<i>83,44±2,71</i>	<i>74,81±3,30</i>
Показатели психического компонента здоровья				
Психическое здоровье (mn)	70,31±2,21	66,38±1,68	67,19±2,18	65,82±2,06
Роль эмоциональным	70,02±3,91	63,41±4,28	74,62±3,99	67,08±4,64

состоянием (ге)				
Социальное функционирование (sf)	51,43±1,37	43,81±1,20	49,99±1,69	45,21±1,64
Жизненная активность (vt)	71,05±2,12	63,06±2,01	69,93±2,35	64,73±2,40
Психический компонент здоровья (МН)	65,70±2,40	59,16±2,29	65,43±2,55	60,71±2,68

В целом средний балл психологического компонента здоровья подростков обеих групп достоверно ниже среднего балла по физическому компоненту здоровья, что свидетельствует о достаточно низком уровне психофизической культуры подростков.

В целом анализ уровень личной тревожности (ЛТ) у подростков свидетельствует об умеренной тревожности подростков. Количество подростков-спортсменов, имеющих уровень ЛТ выше среднего несколько выше, чем у не занимающихся спортом - 33,84 % и 25,45% соответственно.

Однако данные уровни тревожности у подростков обеих групп можно рассматривать как необходимое условие для обеспечения достаточно высокого уровня работоспособности. Средние показатели ЛТ у подростков с возрастом имеют тенденцию к увеличению. Данные психологического тестирования и опроса подростков представлены в таблице 2.

Таблица 2- Данные психологического тестирования подростков

Показатели	Подростки, занимающиеся спортом		Подростки, не занимающиеся спортом	
	M±m		M±m	
	Юнош.	Девуш.	Юнош.	Девуш.
Личностная тревожность (тест Ч. Спилбергера - Ю. Л. Ханина)				
Личностная тревожность	36,12±0,95	41,71±1,55	35,14±0,99	42,32±1,07
Самооценка (по тесту Айзенка)				
Тревожность	5,67±0,32	8,24±0,41	6,41±0,37	8,25±0,34
Фрустрация	4,41±0,40	7,21±0,53	5,02±0,54	7,59±0,53
Агрессивность	9,53±0,39	9,04±0,48	9,32±0,57	9,87±0,67
Ригидность	8,12±0,41	9,76±0,43	8,14±0,45	9,23±0,45

Уровень самооценки тревожности у подростков обеих групп достаточно низкий, что соотносится с фрустрацией (завышенной самооценкой, высокой устойчивостью к неудачам, отсутствием боязни перед предстоящими трудностями) на фоне среднего уровня агрессивности и ригидности, возрастающих с возрастом.

По результатам теста Кетелла, эмоционально-волевой блок структуры личности подростков спортсменов имеет отличия, так степень тревожности (в стенах) у спортсменов выше, чем у лиц не занимающихся спортом, - 6,82 к 6,00. Уровень развития самоконтроля достоверно выше у спортсменов ($p < 0,05$) - 7,43±0,24 к 5,00±0,23. В

коммуникативном блоке структуры личности так же наблюдается несколько отличий, так степень доминирования у спортсменов достоверно выше ($p < 0,05$), чем у не занимающихся спортом подростков: средние значения $7,48 \pm 0,24$ и $5,92 \pm 0,26$ соответственно. Зависимость от группы у спортсменов значительно менее выражена, соответственно, $4,16 \pm 0,29$ к $5,14 \pm 0,27$.

Корреляционный анализ показателей физического развития у подростков спортсменов выявил значимые прямые связи показателей ИК с показателями артериального давления (систолического артериального давления – САД ($r=0,41$; $p=0,009$), и диастолического артериального давления – ДАД ($r=0,42$; $p=0,006$), с адаптационным потенциалом (АП) ($r=0,37$; $p=0,003$).

Полученные в ходе проведенного исследования данные позволили констатировать тесную связь между уровнем физической деятельности, жизненной активности личности и здоровьем подростков (рисунок 1 и 2). Наиболее значимые корреляционные связи были выявлены между показателями качества жизни подростков (по методике «SF-36» и показателями структуры их личности (тест Кетелла), уровнем тревожности (по тестам Ч.Спилбергера, Айзенка), уровнем фрустрации, агрессивности и тревожности (по тесту Айзенка). Так, на *общее состояние здоровья* подростков наибольшее влияние оказывают уровни общей и ситуативной тревожности, а так же уровень самооценки (фрустрации и ригидности). На *ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием организма*, оценивающее влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (учебу в вузе, выполнение повседневных обязанностей) оказывает существенное влияние уровень общего самочувствие подростков (их субъективная самооценка состояния различных функциональных систем организма), а также уровень самооценки (фрустрации) подростков и оценка общего уровня их интеллекта.

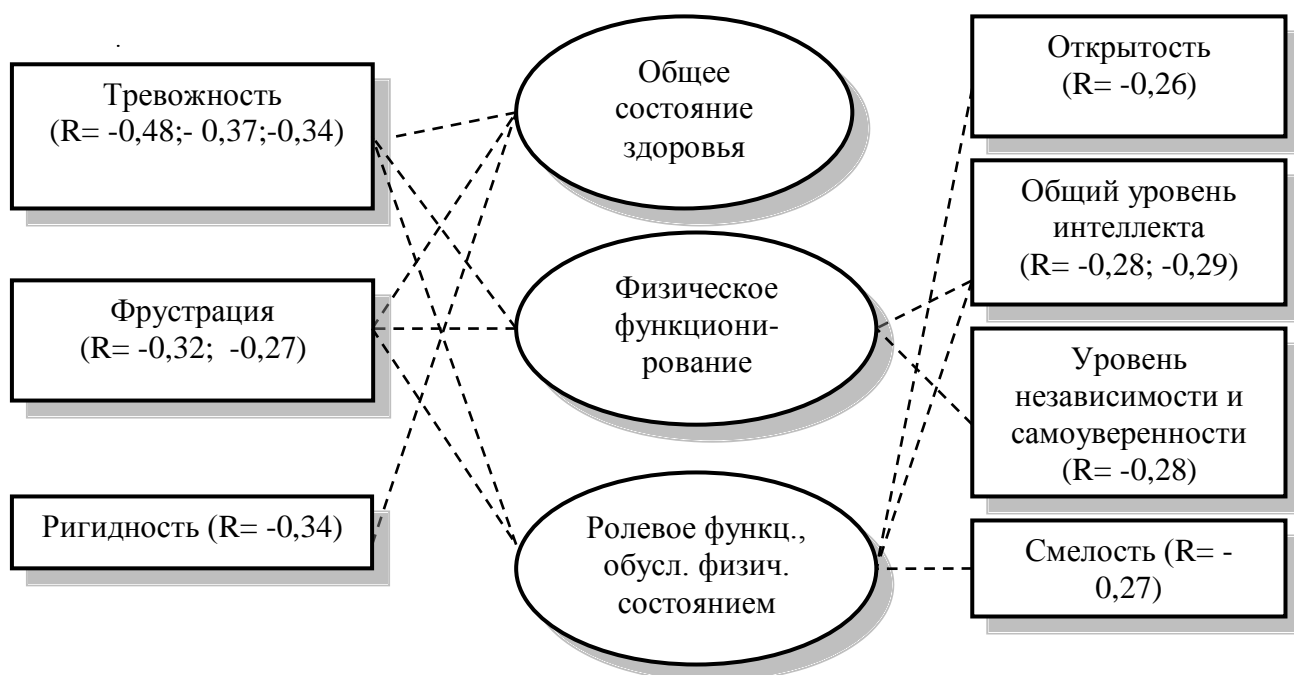


Рисунок 1 - Значимые корреляционные связи физического компонента здоровья у подростков обеих групп

На *физическое функционирование* подростков обеих групп оказывает влияние общий и ситуативный уровень тревожности, а так же уровень независимости и самоуверенности и уровень самооценки (фрустрации).

На *уровень психического здоровья подростков*, характеризуемого наличием депрессии, тревоги, положительных эмоций и типом настроения, прежде всего, оказывает уровень общей и ситуативной тревожности, общий уровень интеллекта, уровень самооценки (фрустрации и ригидности). В отличие от уровня психического здоровья на *уровень жизненной активности* (включая работоспособность) не оказывает значимое влияние уровень общего интеллекта. На *ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием* предполагающее оценку степени, при которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.), существенное влияние оказывает общий и ситуативный уровни тревожности, уровень самооценки (фрустрации и ригидности).

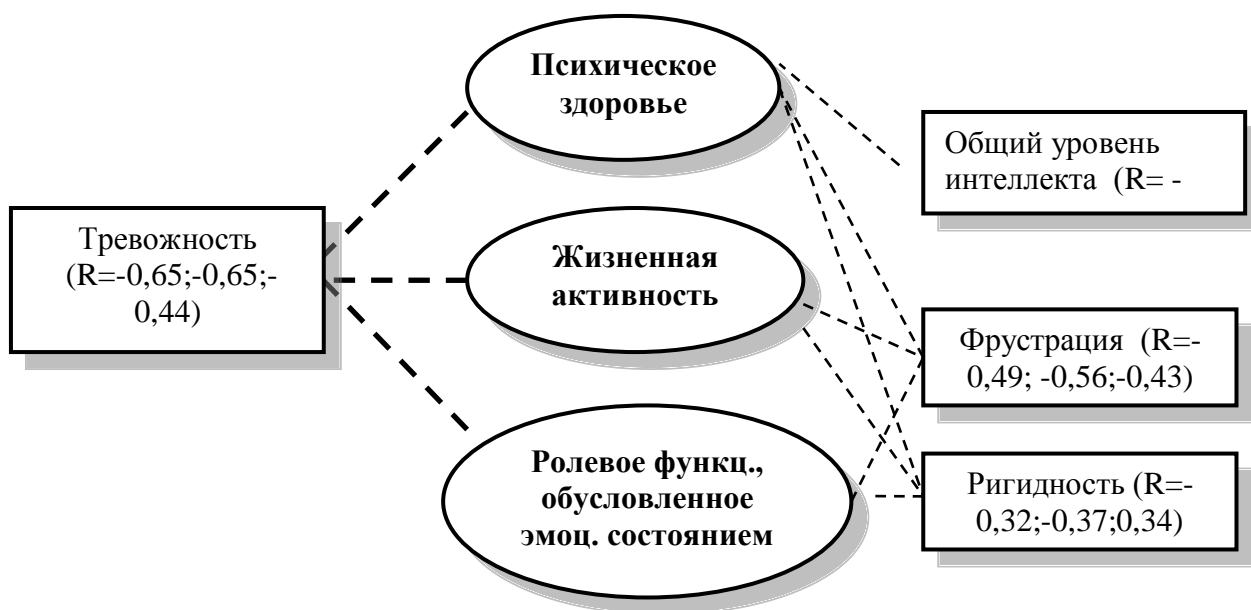


Рисунок 2 - Значимые корреляционные связи психологического компонента здоровья подростков обеих групп

Традиционная система физического воспитания складывалась под влиянием практических потребностей общества и требований к полноценной физической подготовке человека к труду. В образовательные системы физическая культура входила как средство формирования двигательных умений и навыков. При этом ее роль в интеллектуальном, нравственном и эстетическом воспитании только декларировалась. Результат этого - значительное снижение культурного потенциала физической культуры как важнейшей сферы человеческой практики, недооценка ее возможностей в развитии интеллектуальных, мыслительных, творческих, коммуникативных потенций человека.

Выводы

Уровень состояния физического и психического компонентов здоровья, качества жизни подростков, занимающихся и не занимающихся спортом, не равноценен. Уровень физической и психологической подготовленности современных подростков не позволяет им полноценно вести активный образ жизни, эффективно противостоять неблагоприятным условиям внешней среды и трудностям, связанным с изменениями социально-политического и экономического устройства общества.

Литература

1. Бальсевич В. К., Лубышева Л. И. Физическая культура: Молодежь и современность/ В. К. Бальсевич, Л. И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. 1995. № 4. С. 2-7.
2. Крупнов Ю. В. Рефлексивные практики, инфраструктуры и государственность – основа реконструкции России - в «Рефлексивные процессы и управление / Ю.В. Крупнов

// Тезисы IV Международного симпозиума. Изд. «Институт психологии РАН». М., 2003. С.64 – 67.

3. Кучма В. Р. Методы оценки качества жизни/ В.Р. Кучма, И.Б. Ушаков, Н.В Соколова и др. М. - Воронеж: ИСТОКИ, 2006. 112 с.
4. Соколова Н. В. Научное обоснование комплексного подхода к гигиенической оценке качества жизни учащейся молодежи / Н.В. Соколова // Автореф. дисс. на соиск.уч.ст. док.биол. наук. Воронеж . 2008. С.4.
5. Ware, J.E. SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide / J.E. Ware. Boston: The Health Institute; 1992.
6. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. 1996. V.1. P.29.