

О. В. Гринина, И. В. Калмыкова, А. Р. Кусова

ИСТОРИЯ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ И ПОДРОСТКОВ

Российский университет дружбы народов, Москва

Школьники как отдельная общественная группа молодежи в социально-гигиеническом плане должны рассматриваться с учетом специфических конкретных характеристик, свойственных только этой социальной группе, которые лежат в основе ее определения. Школьники — это социальная группа, объединенная одним из существенных социальных факторов жизни индивидуумов этой группы — общностью условий труда — учебы. В этих общих условиях школьники проводят до одной трети своего времени. При разработке программы медико-социального обследования необходима конкретизация изучения этой общественной группы по ряду демографических и социальных признаков, играющих существенную роль в оценке показателей их здоровья. В связи с этим общественная группа школьников должна исследоваться путем выделения в ней малых социальных групп, какими являются школы (городские и сельские, вечерние и дневные, общие и специальные, школы-интернаты, лесные школы-санатории), школьные классы (начальные, неполные средние, старшие), группы продленного дня.

Эта специфика, с одной стороны, определяется наличием удельного веса формальных и неформальных объединений в группе, а с другой — особенностями условий жизни отдельных подгрупп и индивидуумов, что является основой формирования личности. Под формальным объединением внутри школьных групп имеются в виду, например, спортивные секции и др., под неформальным объединением — различного вида объединения школьников, возникновение которых обусловлено личными интересами, взаимодействием в сфере быта и досуга (любители природы, любители техники, кружки самодеятельности, туристические группы и др.). Различный удельный вес этих объединений внутри группы школьников определяет их общий уровень социального здоровья и частные показатели состояния здоровья.

В истории развития российской социальной гигиены обследованию школьников и других групп молодежи всегда уделялось особое внимание как одной из важнейших групп населения. С первых лет развития советской социальной гигиены возникает направление социально-гигиенического изучения состояния здоровья различных групп детей и молодежи, при котором анализ здоровья сочетается с детальными характеристиками школьников, рабочих подростков, студентов, призывников. Основная масса этих исследований проведена в 20–30-е годы. С начала 60-х годов в связи с новым этапом развития социальной гигиены в нашей стране вновь возобновляются комплексные социально-гигиенические изучения различных групп молодежи. Именно поэтому анализ социально-гигиенических методик, применяемых в первые десятилетия советского здравоохранения, необходим для разработки программ современных исследований.

В этой статье представлены результаты проведенного нами анализа методик социально-гигиенических исследований этой возрастной группы населения, целью которого явилась необходимость совершенствования современных методических подходов при изучении различных групп детей и молодежи.

Социально-гигиенические исследования различных возрастных групп детей и молодежи в программно-методическом отношении были различными, в связи с чем их можно разделить на 2 группы. Первая группа — массовые обследования на основе данных медицинских осмотров с применением анкетного метода или опроса об условиях жизни исследуемых групп; обследования небольших групп с применением специальных методик углубленного изучения различных сторон условий жизни и состояния здоровья (бюджет и питание, вредные привычки и быт, сексуальные взаимоотношения и половое воспитание, семейное воспитание, быт и др.). Вторая группа — специальные организационно-методические работы, посвященные совершенствованию методик социально-гигиенического обследования.

В основе работ первой группы лежат данные массовых медицинских осмотров, выполненных практически всеми врачами с централизованной разработкой, и материалы, собранные и обработанные самими исследователями с применением специальных методик углубленного обследования различных сторон жизни. Работы второй группы осуществлялись коллективами научно-исследовательских институтов и их специальными лабораториями.

Анализ специальных организационно-методических работ проведен нами на основе социально-гигиенических исследований школьников.

9 февраля 1924 г. Главный Совет охраны здоровья детей и подростков Наркомздрава утвердил единую карту индивидуального обследования школьников, состоящую из трех разделов. Первый раздел включал 16 вопросов общего характера: пол, возраст, национальность, жилищные условия, нагрузка, перенесенные в детстве заболевания и др., второй раздел — данные антропометрических измерений, третий — описание состояния всех органов и систем организма ребенка.

По этой программе были проведены обследования во многих городах страны, результаты и обобщения опубликованы в ряде медицинских журналов. Данные исследования московских школьников нашли отражение на страницах "Московского медицинского журнала".

Обследования, как правило, были выполнены по единой, выше описанной программе с применением опроса и осмотров, которые проводили врачи системы охраны материнства и детства, к опросу также привлекали педагогов.

Для проведения обследовательских практикумов (заранее предусмотренных учебным планом) выделяли особое время, отпускали специальные средства. В обследовании принимали участие и студенты-медики, прошедшие специальный инструктаж.

При разработке комплексных социально-гигиенических программ для школьных исследований в настоящее время может быть использован целый ряд методик, технических приемов сбора и обработки статистических данных, которые применялись в исследованиях, проведенных до 1936 г. многими специальными учреждениями охраны материнства и детства совместно с педологами.

При комплексном изучении состояния здоровья отдельных групп детей и подростков в социально-гигиеническом анализе одним из основных разделов программы является изучение и обследование социально-бытовых условий жизни.

В проводимых в настоящее время социально-гигиенических исследованиях состояния здоровья детей и подростков в связи с условиями их жизни недостаточное внимание уделяется изучению быта. Между тем выявить факторы, положительно или отрицательно влияющие на состояние здоровья отдельных групп детей и подростков, возможно только путем комплексного анализа условий жизни, особенно производственно-трудовых факторов учебы, бытовых условий, санитарно-гигиенического, сексуального, общественно-культурного поведения и др.

Рядом исследователей прошлого разработаны методики комплексной оценки социально-бытовых факторов при изучении детей и подростков¹. Мы проанализировали эти методики с позиции современных требований, предъявляемых к методикам оценки влияния социально-гигиенических факторов и условий жизни на состояние здоровья отдельных групп детей и подростков, и сосредоточили свое внимание на работах, посвященных методикам социально-бытового обследования.

В 1928 г. вышла книга П. И. Люблинского "Методика социального обследования детства"², в которой очень подробно излагается как сам подход (и его возможные варианты) к проведению подобного исследования, так и методика составления опросного листа, а также даются рекомендации по конкретным вопросам анкет. При составлении анкеты П. И. Люблинский рекомендует выделить 4 основные части:

— персональная часть (Ф. И. О., дата рождения, адрес, если это именная анкета, национальность);

— общие данные, характеризующие обследуемого как личность, а также ту социальную среду, в которой он находится (семейная и домашняя обстановка, экономические, жилищные условия, моральная атмосфера; дружеские связи, развлечения, профессия; личностная характеристика обследуемого, ее физическая и психологическая стороны);

¹Вассерман Л. М. К методике учета обследования социально-бытовых условий детей и подростков // Казанский мед. журн. — 1934. — № 3—4.

²Люблинский П. И. Методика социального обследования детства. — М., 1928.

— специальные данные, необходимые для правильного разрешения проблемы, вызвавшей необходимость обследования (специально определяются в каждом конкретном случае отдельно);

— заключение исследователя, которое должно содержать: а) краткое изложение сути исследования, его хода с указанием тех трудностей, которые встретились при его проведении; б) попытку объяснения этих трудностей влиянием тех или иных факторов (диагноз данного случая); в) указание имеющихся возможностей устранения этих трудностей; г) практический рецепт, программа социальной работы по отношению к данному случаю.

В специальном издании Ленинградского института охраны здоровья детей и подростков 1929 г. "Биосоциальная характеристика школьного коллектива" под редакцией А. А. Матушак³ помещена статья Л. М. Вассермана, в которой приведены методические рекомендации по изучению социально-бытовых условий. С целью получения сведений о социально-бытовых условиях жизни детей использован метод опроса родителей или других лиц, воспитывающих детей в данной семье. Опрос проводился сестрами-обследовательницами, специально подготовленными к этой работе. Опрос сочетался с санитарно-просветительной работой по привитию гигиенических навыков в семье.

Оценку индивидуальной социально-бытовой характеристики проводили на основе данных по 6 разделам: культурный уровень семьи, экономические данные, жилищные условия, личная гигиена, питание, бюджет времени. Основным методическим моментом, принятым в основу разработки методики, явилась оценка не только отдельных факторов, но и всей их совокупности.

Для удобства сопоставления влияния многообразия всех факторов предлагалось синтезировать отдельные факторы в групповые, а для последних выработать определенные требования для нормы и в соответствии с ней создать шкалу supra- и субнормальных оценок, т. е. градуировать ценность социально-бытовых факторов.

С этой целью был выработан априорный стандарт для оценки по 5-балльной системе: групповые факторы, условно принятые за стандарт, были оценены 4 баллами, выше нормы — 5 (отличные), ниже нормы — 3 (субнормальные), плохие — 2 и очень плохие — 1 баллом. По полученным балльным данным вычерчивался индивидуальный социально-бытовой профиль. За исключением личной гигиены и бюджета времени, каждая проблема представлена двумя групповыми факторами.

Культурный уровень семьи рассматривался как культурный уровень семьи в общем и в отношении семьи к обследуемому. В частности, для оценки его учитывали сведения о времяпрепровождении и интересах семьи (чтение газет, книг, посещение театров и т. д.). Учитывали также данные о том, кто из членов семьи и как часто помогает ребенку готовить уроки, интересуется, что читает обследуемый, помогает ему в выборе книг, посещает с ним театры и т. п., ведет наблюдение за ним, заботится о нем или кто плохо относится к обследуемому (придирчивость, побои, окрики).

Качественную оценку питания и бюджета времени проводили также на основе составления характеристики по групповым факторам. Групповой фактор оценки питания составляли из оцененного баллами качества питания на основании содержания в суточном рационе углеводов, белков и жиров. Групповой фактор оценки бюджета времени составляли по оцененной баллами продолжительности сна, прогулки, пребывания в школе, приготовления дома школьных заданий, всего школьного рабочего дня — пребывания в школе плюс приготовление дома заданий. Суммирование баллов отдельных групповых факторов тех или иных групп обследованных индивидов давало возможность подойти к составлению группового массового социально-бытового профиля, который при нанесении на сетку дает графическое изображение социально-бытового профиля.

Закономерность построения принятой системы учета вполне подтвердилась при разработке материала обследования проф. Ю. Л. Поморским⁴ по методу вариационной статистики, что подтверждает успешность попытки измерить социально-бытовые факторы указанными методами.

Позднее Л. М. Вассерман, разрабатывая в деталях оценку отдельных факторов условий жизни в их количественном выражении, предлагает использовать качественный анализ отдель-

ных индивидов, т. е. применение измерения и описания. Он дает правильную оценку использования средних величин, подчеркивая, что в социально-бытовых обследованиях следует осторожно пользоваться этим показателем средней величины, так как последняя не дает возможности учета специфических особенностей изучаемой проблемы; наряду со средней всегда нужно учитывать отдельные особенности. Автор приводит некоторые выводы разработки 7000 карт по ряду социально-бытовых характеристик. На основе разработки была установлена прямая корреляция между физическим развитием и социально-бытовыми факторами.

В дальнейшем, совершенствуя методику оценки социально-бытовой обстановки, Л. М. Вассерман предлагает видоизменить 5-балльную оценку в 3-балльную, где по существу пятая и четвертая степени (отличная и хорошая) объединены в хорошую, а вторая и первая (плохая и очень плохая) — в плохую, а третья степень — в минимум удовлетворительную.

Метод балльной оценки как прежде, так и в настоящее время подвергается критике некоторой частью социологов и социал-гигиенистов. Но на наш взгляд, он может быть полностью применен для количественного измерения объективных, а также субъективных данных, особенно для разработки разнообразной медико-социальной информации.

Ряд авторов включали в программу социально-бытовых обследований характеристики не только семейно-бытового окружения, но и влияние всех сфер, окружающих ту или иную исследуемую группу. Так, П. И. Люблинский в основу исследования влияния внешней среды на воспитание и развитие ребенка положил принцип изучения так называемых социальных кругов, окружающих ребенка с самого рождения до вступления его в самостоятельную жизнь. Он выделил 6 социальных кругов: семейно-домашний, игровой детский, соседский, школьный, товарищеско-групповой, совместно-трудовой круг.

В программе исследования, предложенной П. И. Люблинским, предусматривалось наряду с получением сведений о социальной среде составление характеристики самой личности обследуемого, центральной частью которой являлась психологическая характеристика ребенка, соматические и физиологические особенности, характеристика поведения.

Основными методами получения информации по всем названным вопросам были следующие: беседа с обследуемым, установление тесной связи с семьей, выявление и использование источников информации, которые находятся за пределами обследуемой семьи, собственное непосредственное наблюдение. П. И. Люблинский считал, что посещение ребенка на дому является элементарным требованием всякого социального обследования ребенка.

Для изучения социальной среды детей и подростков было предложено множество методик. Авторы, разработавшие методические рекомендации по обследованию условий жизни, считали, что основными предпосылками при построении методики изучения социальной среды являются:

- обязательное изучение трудовой и бытовой среды;
- изучение отношений между ребенком и другими членами семьи;
- в изучение среды включить все элементы окружающей среды, в которой ребенку приходится бывать;
- конкретизация методик, т. е. разработка методик применительно к целям исследования с учетом возрастных и других особенностей изучаемых групп (город, окраины, сельские районы и т. д.);
- наряду с общей типологической характеристикой, выделением для изучения группы (на основе количественных характеристик), обязательное описание отдельных случаев — применение измерения и описания, т. е. использование монографического метода.

Государственный центральный НИИ охраны здоровья детей и подростков НКЗ РСФСР в 1935 г. издал книгу "Методы изучения детей и подростков", в которой представлен опыт проведения социально-гигиенических обследований и обобщен опыт разработки методики как самим институтом, так и его филиалами.

В статье В. Кауфмана "Методика изучения социально-классовой среды ребенка и подростка"⁵ даны программа-опросник для обследования семейной среды учащихся и схема методики изучения среды. Хотя часть вопросов программы-опросника и само название программы "социально-классовая среда" имеют лишь историческое значение, однако при проведении социально-гигиенических обследований в настоящее время может быть принят общий порядок организации обследования.

⁵Кауфман В. Методика изучения социально-классовой среды ребенка и подростка // Методы изучения детей и подростков. — М., 1935.

³Биосоциальная характеристика школьного коллектива / Под ред. А. А. Матушак. — Л., 1929.

⁴Поморский Ю. Л. Вариационная статистика. Элементарное практическое руководство для врачей, педагогов, педологов, психотехников, работников физкультуры и агрономов. Ч. 1, 2. — Л., 1930; Поморский Ю. Л. Физическое развитие ленинградских школьников по данным 1927—1930 гг. — Л., 1933.

Примерно по тому же принципу проводили обследование и составляли программу сбора сведений к массовому социальному профилю подростка ФЗУ, разработанная сектором психологии и педологии Института по изучению мозга им. В. М. Бехтерева.

Для удобства обследования программа-вопросник была разделена на 3 раздела, так как часть сведений можно получить только путем беседы с семьей обследуемого, другие требуют беседы с педагогами, общественными организациями, товарищами обследуемого, часть данных может быть выявлена лишь в беседе с самим обследуемым. Таким образом, первая часть программы включает сведения, получаемые от подростка, вторая — сведения, получаемые при посещении семьи, третья — сведения, получаемые от педагогов, товарищей и др.

Основная цель исследований по описанной программе — выявление производственных, трудовых и бытовых отношений между подростками, с одной стороны, с его семьей, школой, общественными организациями, товарищами — с другой. Конечной целью исследования явилось улучшение работы с учащимися со стороны как педагогов, так и врача школы; улучшение постановки учебно-производственной и воспитательной работы школы; выяснение необходимых индивидуальных мероприятий в отношении каждого из учащихся (помощь в учебе, материальная помощь, оздоровительные меры — санатории, дома отдыха и т. д.). Особенно ценным в организации обследований явилось то, что методика была рассчитана на проведение обследования силами актива учащихся при помощи и руководстве прикрепленных педагогов и под общим руководством врача школы. При этом предусматривалось, что на каждого обследователя-учащегося должно быть не более 5 обследуемых. Медицинское обследование учащихся производилось сестрами-исследовательницами. В целом методика включала следующие элементы: программу или вопросник для сбора материала, схему социального профиля и оценочную шкалу.

Социальный профиль представляет собой кривую, соединяющую ряд точек, каждая из которых обозначает высоту состояния какого-либо из измерителей среды, включенных в методику. Оценка производится с помощью оценочных шкал. Профилем дается общая характеристика исследуемой группы и дополняется описанием отдельных случаев. Случаи, резко отклоняющиеся от среднего профиля, подвергаются углубленному изучению и описанию. На основе этого изучения вырабатывались конкретные предложения по проведению оздоровительных мероприятий в отношении как всей группы, так и конкретных индивидов.

В ряде профильных методик предлагалось пользоваться суммарным показателем среды (общая сумма показателей оценки элементов среды или сумма, деленная на число компонентов). Эта общая арифметическая оценка среды может иметь лишь сигнальное значение. Для углубленного социально-гигиенического анализа необходимо показать удельный вес каждого компонента в этом обобщенном показателе, знать функциональные зависимости между этими компонентами.

Методики по составлению социального профиля и получению суммарного показателя оценки среды активно разрабатывались представителями отдельного направления научных исследований детства того периода — педологами.

Как известно, термин "педология" возник в связи с развитием различных отдельных научных дисциплин, изучающих детей с учетом возрастных особенностей и запросов педагогической практики. При развитии педологии как отрасли медицинской и педагогической науки и практики не было единства в определении ее. Одни справедливо считали, что проблемы, которые изучала педология, относятся к компетенции школьной гигиены, другие определяли педологию как научный синтез всего того, что составляет существенные результаты отдельных научных дисциплин, изучающих ребенка со своей стороны.

Педологи, объединяя многочисленные лаборатории, в которых работали педагоги, медики, психологи, проводили исследования различных детских коллективов и, пользуясь лишь количественными методами определения психофизиологического развития и состояния ребенка, делали выводы о развитии личности, прогнозировали судьбу отдельных личностей и групп детей, определяли умственные и профессиональные способности. Система тестов, явившаяся центральным методом исследования педологов, строилась на основе учения о неизменных врожденных психофизиологических особенностях ребенка, обусловленных его социальным происхождением и числом прожитых лет.

В серии многочисленных работ, выполненных научно-исследовательскими институтами здоровья детей и подростков в начале 30-х годов и вышедших под рубрикой "педология", сохранился ряд забытых методик для изучения быта, условий жизни и состояния здоровья детей и подростков, заслуживающих особого внимания, поскольку данные методики, если отбросить ряд методологических ошибок, могут быть в значительной степени использованы в настоящее время.

Исторический анализ социально-гигиенических исследований, проводимых в 20—30-х годах в нашей стране, показывает недостаточное использование опыта их проведения в современных обследованиях детей и подростков.

Между тем в связи с резким обострением проблем здоровья подростков за последнее десятилетие внимание исследователей привлекают в первую очередь проблемы, относящиеся к изучению социально-психологических сторон здоровья, сексуальных отношений подростков и недостаточного внимания к комплексным социально-гигиеническим исследованиям школьников и подростков в целом. В связи с этим мы разработали программу, которая может быть использована в современных комплексных социально-гигиенических исследованиях.

Программа комплексного социально-гигиенического исследования школьников

1. Комплексная характеристика уровня здоровья школьников: данные физического развития; показатели функционального состояния организма по данным весенних медицинских осмотров; показатели уровня и структуры заболеваемости; индекс здоровья.

2. Показатели социального здоровья: удельный вес отличников и неуспевающих; число пропусков вне связи с болезнью (прогулы, причины и их характеристика); удельный вес школьников, охваченных систематическими занятиями в спортивных секциях, научных кружках, занимающихся общественной работой, физкультурой и спортом в индивидуальном или групповом порядке, а также удельный вес школьников, имеющих хобби.

3. Санитарно-гигиеническая характеристика условий учебы (по известным программам, путем применения инструментальных методов исследования).

4. Условия быта.

1. Условия жизни в семье и семейного воспитания.
а) социальная характеристика семьи (численность, возрастно-половой состав, родственные отношения, социальное положение родителей, профессия, занятость в труде, образование) (при исследовании школ-интернатов программа исследования условий быта должна иметь свою специфику);

б) материальные условия жизни семьи (бюджет, жилище, санитарно-техническая характеристика жилища);
в) культурная жизнь семьи;
г) психологическая характеристика семьи;
д) помощь школьника в домашнем хозяйстве.

2. Режим дня школьника:
а) бюджет времени — труд и отдых, сон и прогулка, чтение, спорт, школьно-бытовой рабочий день;
б) режим питания (число приемов пищи в день, число приемов горячей пищи, регулярность питания, сочетание общественного и семейного питания).

3. Виды и характер проведения школьных каникул.
5. Психологическая характеристика группы и индивидов.

Характеристика коллективной психологии по вопросам:
— взаимоотношения внутри класса и между классами,
— взаимоотношения группы с педагогами,
— мотивы и стимул получения дальнейшего образования (среднего специального, высшего и приобретение какой-либо профессиональной квалификации),
— роль школы и работа с учащимися в вопросах профориентации.

Характеристика уровня подготовленности подростков в вопросах сексуальных отношений.

В комплексных исследованиях на малых выборках по программе могут быть включены все разделы из предложенной нами программы. Одновременно могут быть проведены исследования на малых выборках с включением 1 и 2 разделов для получения специфических характеристик в связи с потребностью в дифференциации подходов и разработки медико-социальных мероприятий среди этих групп.

Поступила 20.01.99