

ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ХІЛЬЧЕВСЬКА ВІКТОРІЯ СТАНІСЛАВІВНА

УДК 616.825.2-053.4:88

**БАГАТОФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ
ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я ТА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ
ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

14.01.10 - педіатрія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків - 2000

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Буковинській державній медичній академії МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, доцент
Нечитайло Юрій Миколайович,
Буковинська державна медична академія
МОЗ України, завідувач кафедри
пропедевтики дитячих хвороб, м.Чернівці

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, старший науковий
співробітник **Богмат Людмила Федосіївна,**
НДІ охорони здоров'я дітей і підлітків
АМН України, керівник відділу патології
підлітків, м.Харків;

доктор медичних наук, доцент
Траверсе Галина Михайлівна,
Українська медична стоматологічна академія
МОЗ України, завідувач кафедри факультетської
педіатрії з курсом неонатології, м.Полтава

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України,
кафедра педіатрії № 1, м. Київ

Захист відбудеться “ 8 ” лютого 2001 р. о 13.30 годині на засіданні спеціалізованої вченої
ради Д 64.600.04 при Харківському державному медичному університеті МОЗ України
(61022, м. Харків, пр. Леніна, 4).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Харківського державного медичного
університету МОЗ України (61022, м. Харків, пр. Леніна, 4).

Автореферат розісланий “ 26 ” грудня 2000 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
кандидат медичних наук, доцент
Л.І.Овчаренко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Згідно з визначенням ВООЗ, здоров'я - це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. В літературі не бракує даних вивчення окремих, ізольованих сторін здоров'я. В практичній медицині дуже детально вивчаються показники захворюваності, смертності, інвалідності, переглядаються класифікації та критерії хвороб, фізичного розвитку, його гармонійності (Ямпольская Ю.А., 1996; Боднар О.К., 1998, Нечитайло Ю.М., 1998; Баранов А.А., Щеплягина Л.А., 2000).

Останнім часом в наукових дослідженнях існує тенденція до розширення поняття здоров'я, і разом з тим, як і раніше, акцент робиться на його соматичній ланці (Антонова Л.Т., Сердюковская Г.Н., 1995; Касаткин В.М. и соавт., 1998; Воронцов І.М., 1999). В літературі практично відсутні розробки критеріїв "психічного" та "соціального" компонентів та їх взаємозв'язок з іншими показниками здоров'я. Психоемоційна та особистісна сфера дитини, вплив на неї несприятливого мікросередовища часто лишаються поза межами наукових досліджень.

Поряд з цим з'являються роботи в галузі шкільної медицини, у яких стан здоров'я школярів оцінюється з урахуванням їх психологічних якостей, визначаються також чинники, що негативно впливають на їх здоров'я (Макарова В.И. и соавт., 1997; Гребняк М.П. та співавт., 1998; Жданова Л.А., Русова Т.В., 1999). Розглядаються причини розвитку соціальної дезадаптації дітей внаслідок навчального перевантаження і заходи щодо її профілактики і зміцнення здоров'я школярів (Заваденко Н.Н. и соавт., 1998; Сергета І.В., 1998). В останні роки в школах розпочалося впровадження валеологічних принципів виховання учнів (Усанова Е.П. и соавт., 1998; Вишневская Е.Л. и соавт., 1999).

Для адекватної оцінки фізичного розвитку дітей науковці та практики користуються різними стандартами, які постійно вдосконалюються (Нечитайло Ю.М., 1998; Суханова Н.Н., 1999; Прусов П.К., 2000). В той же час нормативні показники розумового та психоемоційного розвитку практично відсутні, мають фрагментарний характер для обмеженої кількості вікових груп (Юрьев В.В. и соавт., 1998).

Здоров'я людини - здоров'я гармонійно розвиненої особистості (Лисицин Ю.П., 1982; Нагорна А.М. та співавт. 1991; Антомонов Ю.Г. и соавт., 1993). Наукові роботи, спрямовані на комплексну оцінку здоров'я з вивченням взаємодії і взаємовпливу всіх його компонентів, а саме фізичного, психічного та соціального, малочисельні. Надзвичайно важливим також є виявлення регіональних особливостей стану здоров'я, закономірностей формування патології у різних віко-статевих групах. Вивчення цих показників у віковому аспекті може дати певну інформацію про природній ступінь змін у здоров'ї дитини, її

адаптованість до оточуючого середовища та рівень гармонійності розвитку. Тому створення віко-статевих стандартів розумового і психоемоційного розвитку як міри здоров'я є нагальним.

Таким чином, проблема комплексного вивчення фізичного, розумового, психоемоційного розвитку дітей в умовах певного мікросоціального середовища та вдосконалення методологічної бази для її вирішення є актуальною.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана згідно плану науково-дослідних робіт Буковинської державної медичної академії, затвердженому МОЗ України, і є фрагментом науково-дослідних робіт кафедри пропедевтики дитячих хвороб (дитячих хвороб № 2) на тему: "Стан здоров'я та фізичний розвиток дітей, що проживають в Чернівецькому регіоні" (№ держреєстрації 01.97V008236) та "Розробка методології комплексної оцінки різних аспектів розвитку дитини" (№ держреєстрації 01.99V001759).

Мета роботи. Вдосконалення методів комплексної оцінки стану здоров'я дітей шкільного віку із визначенням критичних вікових періодів на основі вивчення фізичного, розумового та психоемоційного їх розвитку у взаємозв'язку з біологічними, гігієнічними та мікросоціальними факторами.

Завдання дослідження.

1. Провести комплексне обстеження дітей шкільного віку Буковини з аналізом показників захворюваності, фізичного, психоемоційного та розумового розвитку.
2. Вивчити взаємозв'язки між показниками розвитку дитини (фізичного, розумового, психоемоційного) та біологічними, гігієнічними, мікросоціальними факторами.
3. Розробити сучасні регіональні перцентильні стандарти показників розумової діяльності та психоемоційного статусу дітей шкільного віку та вдосконалити методи їх оцінки.
4. Розробити рекомендації щодо формування груп ризику по відставанню у комплексному розвитку дітей шкільного віку.

Об'єкт дослідження - стан здоров'я дітей шкільного віку.

Предмет дослідження - показники здоров'я та формування особистості дітей шкільного віку.

Методи дослідження. В дослідженні було застосовано комплекс методів обстеження, а саме загальноклінічний, антропометричний, електроенцефалографічний, офтальмологічний і сурдологічний методи, психодіагностичні методики і тести для вивчення розумових, психоемоційних та особистісних властивостей, багатфакторне

анамнестичне анкетування з визначенням впливу на організм соціальних та сімейно-побутових факторів.

Наукова новизна дослідження. Вперше на основі нового комплексного підходу, який передбачає одномоментне вивчення всіх складових здоров'я, проаналізовано віко-статеві закономірності різних аспектів розвитку дітей шкільного віку, а саме фізичного, розумового і психоемоційного, та встановлено взаємозв'язок між ними.

Вперше досліджено зв'язок показників здоров'я, розумового розвитку і особистісних якостей школярів Буковини з умовами та способом їх життя, сімейними та соціально-побутовими факторами, що дозволяє визначити роль соматичного стану і мікросоціального статусу у формуванні їх особистості.

Вперше на основі обстеження репрезентативної субпопуляції школярів розроблено сучасні графічні перцентильні стандарти показників їх розумової діяльності (швидкість переробки інформації, точність і продуктивність розумової роботи) та психоемоційного статусу (екстраверсія, нейротизм), визначено критичні вікові періоди по відставанню у комплексному розвитку, що розширює можливості виявлення донозологічних змін ще на рівні фізіологічних чи функціональних відхилень.

Практичне значення одержаних результатів. На підставі отриманих даних розроблено віко-статеві стандарти показників розумової діяльності та психоемоційного статусу дітей шкільного віку у вигляді перцентильних номограм для впровадження в роботу спеціалістів медичних установ та медико-педагогічних комісій. Обґрунтовано використання психометричного методу в комплексній оцінці здоров'я дитини, а також соціометричного методу для оцінки мікросоціального статусу.

В результаті дослідження визначено критичні вікові періоди розвитку дітей, що існують через гетерохронність їх росту, а також принципи формування вікових груп ризику, найбільш чутливих до впливу несприятливих внутрішніх та зовнішніх факторів. У зв'язку з введенням нових, більш складних навчальних програм одержані дані необхідно враховувати при перерозподілі учбового навантаження із зменшенням його саме у встановлені критичні вікові періоди.

Впровадження результатів роботи в практику. За результатами роботи підготовлено і видано інформаційний лист "Експрес-методика оцінки розумової працездатності школярів" (2000р.). Результати дослідження впроваджені в роботу міської дитячої клінічної лікарні № 1 (м.Чернівці), центральної міської дитячої клінічної лікарні (м.Івано-Франківськ), міської клінічної багатопрофільної дитячої лікарні №1 (м.Луганськ), центральної міської клінічної лікарні №3 (м.Донецьк), центральної районної дитячої

поліклініки (Мінський район м.Києва), міської дитячої поліклініки № 1 (м.Вінниця), що підтверджено актами впровадження.

Особистий внесок дисертанта. Внесок автора в отриманні наукових результатів є основним і полягає у виборі напрямку, об'єму й методів дослідження, в постановці мети та формулюванні завдань, в організації обстеження 533 школярів і проведенні клінічних, антропометричних, психометричних, соціометричних досліджень, в аналізі та узагальненні результатів дослідження, виконанні математичної обробки отриманих даних, написанні всіх розділів роботи, підготовці наукових даних до публікації.

Апробація результатів роботи. Основні результати дисертаційної роботи доповідалися і представлялися на 78-й, 79-й та 80-й підсумкових наукових конференціях співробітників Буковинської державної медичної академії (Чернівці, 1997, 1998 та 1999 рр.), у матеріалах міжнародної науково-практичної конференції “Гуманітарна освіта: фактор світової інтеграції” (м.Чернівці, 1997 р.), 2-го Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих вчених (м.Тернопіль, 1998 р.), 4-го Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих вчених (м.Катовіце, Польща, 1998 р.), на міжнародному семінарі “Environmental Health” (Прага, Чехія, 1999 р.), X з’їзді педіатрів України (Київ, 1999 р.), науково-практичній конференції Українського НДІ охорони здоров’я дітей та підлітків (Харків, 2000 р.).

Публікації за темою дисертації. За темою дисертації опубліковано 11 робіт, серед яких 6 статей - у фахових виданнях, 5 - у статтях та тезах наукових конференцій. Видано в співавторстві 1 інформаційний лист.

Обсяг і структура дисертації. Дисертацію викладено на 155 сторінках комп’ютерного тексту. Робота складається з вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, обговорення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який налічує 225 першоджерел (з них 63 – іноземні) і займає 23 сторінки та 6 додатків, що складають 14 сторінок. Текст ілюстровано 20 таблицями, та 27 рисунками, які займають 15 сторінок.

ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань проведено комплексне дослідження стану здоров’я 533 дітей у віці від 8 до 17 років. Обстеження проводилось на базі гімназії №3 і середньоосвітніх шкіл міста Чернівці та області (с.м.т. Путила), міської дитячої клінічної лікарні і обласної клінічної лікарні м.

Чернівці.

Комплексне дослідження стану здоров'я дітей включало вивчення показників захворюваності, фізичного та розумового розвитку, функціонального стану зорового і слухового аналізаторів, біоелектричної активності головного мозку, психологічних властивостей особистості та аналіз мікросоціального статусу. Основними джерелами інформації про стан здоров'я дітей були: офіційна статистична інформація, первинна документація середньоосвітніх закладів, результати медичних оглядів, результати психодіагностичного і соціологічного анкетування.

Загальноклінічне обстеження включало збирання інформації про перенесені дитиною захворювання, оперативні втручання, алергологічний та спадковий анамнез, наявність у дитини в даний час або перенесеного незадовго до обстеження захворювання, вимірювання артеріального тиску, визначення ступеня збільшення щитовидної залози (Олійник В.А., 1997), виявлення порушень постави та визначення групи здоров'я.

Фізичний розвиток вивчався за допомогою антропометричних вимірювань (зріст, маса тіла, обвід грудної клітки), які проводились за загальноприйнятою методикою (Нагорна А.М. та співавт., 1991). Всі антропометричні виміри стандартизувалися за статтю і віком із врахуванням Z-індексу за перцентильними номограмами регіонального стандарту (Нечитайло Ю.М. та співавт., 1996). Для оцінки гармонійності фізичного розвитку було використано ряд антропометричних індексів, які об'єднують показники зросту та маси тіла (Нечитайло Ю.М., 1998). В процесі обробки індексів за віком і статтю визначались їх стандартизовані показники за допомогою складених перцентильних таблиць з діапазоном від 5-го до 95-го перцентильних коридорів. Оцінка конституційного типу будови тіла дитини проводилась за індексом "Обвід грудей - зріст".

Оцінка стану органа зору проводилась за загальноприйнятими методиками з використанням візометрії, рефрактометрії, офтальмоскопії, периметрії. Гострота зору перевірялась по таблицях Д.А.Сівцева без корекції аметропій. Вид рефракції визначався скіаскопічно. Для оцінки стану слухового аналізатора використовувалась методика визначення гостроти слуху стандартними камертонами з частотою звучання 128 та 256 Гц.

Записи електроенцефалограм у дітей були зроблені за допомогою 16-канального електроенцефалографа типу EEG-16S фірми "Медікор" (Угорщина). Обстеження проводилось одноразово, записували тільки ЕЕГ спокою.

В ході проведення психометричного дослідження школярів вивчалися показники розумового розвитку, їх психоемоційні та особистісні характеристики за допомогою рекомендованих ВООЗ та адаптованих до наших умов методик. Для визначення показників

розумової працездатності, а саме швидкості та точності переробки зорової інформації, використовувалась перевірка швидкості читання та коректурна проба (Переслени Л.И., 1980). Визначення рівня сформованості інтелектуальної функції та певних рис особистості проводилось за допомогою теста Р.Кеттела (Александровская Э.М., Гильяшева И.Н., 1985). Психоемоційний статус вивчався за методикою Айзенка (Русалов В.М., 1987; Рибалка В.В., 1992) та анамнестичною анкетною “Риси характеру і темпераменту” (Марищук В.Л. и соавт., 1970), особистісні якості – за тестами особистісної зрілості та комунікативних вмій (Гильбух Ю.З., 1995).

Встановлення взаємозв'язків між соціально-побутовими, сімейними факторами та показниками здоров'я дітей було проведено шляхом індивідуального багатфакторного анамнестичного анкетування за допомогою розробленою ШАГ анкетною.

Отримана інформація по всіх складових стану здоров'я дитячого населення оброблялась за допомогою пакетів статистичних програм Quatro Pro фірми “Borland” (версія 5.0) та Statistica фірми “Stat Soft Inc.” (версія 4.3). Для аналізу отриманих даних використовувались загальноприйняті методи варіаційної статистики, кореляційного та регресійного аналізу.

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті загальноклінічного обстеження було отримано наступну інформацію. При опитуванні стан свого здоров'я оцінили як добрий 45,6% дітей, як задовільний - 46,0%, як незадовільний - 8,4%. 70,0% учнів оцінили свою працездатність як хорошу, 27,0% вважали її зниженою, 3,0% відмітили погану працездатність. Обтяжений алергологічний анамнез спостерігався у 34,0% дітей. Харчова алергія склала 24,6%, медикаментозна - 6,6%, інші види - 2,8% серед обстежених дітей. В період від 8 до 13 років кількість дітей з алергією зростала з подальшим спадом після 14 років. Максимальні показники алергічної чутливості спостерігались у віці 10-11 та 13 років.

За групами здоров'я діти були розподілені наступним чином. До I групи здоров'я було віднесено 7,0% обстежених дітей, до II групи - 77,2%, до III групи - 15,8%. З віком спостерігалось одночасне збільшення кількості дітей III групи із зменшенням частки I групи.

Частка часто хворіючих дітей склала 10,7%. У віці 13-14 та 16 років спостерігалась їх найбільша кількість. Серед перенесених захворювань переважали ГРВІ та ЛОР-захворювання (у 98,8%), дитячі інфекції (у 80,5%). Гострими неспецифічними захворюваннями бронхолегеневої системи хворіли 29,5% обстежених дітей, гострими кишковими інфекціями - 8,2% дітей, вірусним гепатитом - 4,8% дітей, бронхіальною

астмою - 2,6% дітей. Оперативні втручання в анамнезі спостерігались у 10,6% дітей.

Наявність хронічних захворювань відмічалась у 16,0% дітей. Частота захворювань по системам мала наступний характер: хвороби нервової системи і органів чуття становили 34,7%, хвороби органів дихання (66,0%), органів травлення (15,8%), системи кровообігу (2,7%), хвороби сечостатевої системи (2,5%), шкіри і підшкірної клітковини (4,5%), хвороби ендокринної системи, розладів травлення, порушень обміну речовин (3,6%), в тому числі ожиріння (1,8%).

Збільшення щитовидної залози спостерігалось у 37,5% дітей. Зоб ІА ст. відмічався у 22,3% дітей, зоб ІВ ст. - у 13,8% дітей, зоб ІІ ст. - у 1,4% дітей. Найбільша частка дітей з зобом різного ступеню виявилась у вікових групах 9-10 та 12-14 років. Частка хвороб кістково-м'язової системи (сколіоз, кіфоз, плоскостопість тощо) склала 22,0% серед обстежених дітей. Порушення постави найбільш часто спостерігалось у віці 10-11 та 13-15 років.

Виявилось, що дівчата скаржились на порушення зору частіше за хлопців ($27,0\% \pm 2,5\%$ порівняно з $20,0\% \pm 2,4\%$, $p < 0,05$). Найбільш часто скаржились хлопчики і дівчатка 13 років (35,7% і 45,5% відповідно), дівчата 15-16 років (33,0%) і хлопці 16 років (34,0%). Зниження гостроти зору спостерігалось у 22,0% обстежених дітей, серед яких переважали дівчата. Гострота зору у хлопчиків виявилась дещо кращою ($18,6\% \pm 2,6\%$ порівняно з $25,2\% \pm 2,5\%$, $p > 0,05$).

Найбільша частка дівчат з гостротою зору менше 1,0 була відмічена у віці 10-11 та 15-16 років. Погіршення гостроти зору серед хлопчиків найбільш часто спостерігалось в 12 та 16 років.

При визначенні виду рефракції було виявлено 68,0% дітей з еметропічною рефракцією (72,8% хлопців і 64,0% дівчат). У дівчат аномалії рефракції спостерігались частіше. Частка дівчат з міопічною рефракцією склала 21,5%, частка хлопчиків - 17,6%. Гіперметропічна рефракція визначалась у 14,4% дівчат і 9,5% хлопців.

Виявились вірогідні позитивні кореляційні зв'язки між показниками захворюваності та зловживанням алкоголем батьками ($r = +0,48$, $p < 0,05$), курінням матері ($r = +0,65$, $p < 0,05$), стресогенними умовами в сім'ї ($r = +0,44$, $p < 0,05$), екологічним забрудненням навколишнього середовища ($r = +0,22$, $p < 0,05$), негативні - з гігієнічними умовами житла ($r = -0,50$, $p < 0,05$), фізичною активністю ($r = -0,38$, $p < 0,05$) та часом перебування дитини на свіжому повітрі ($r = -0,35$, $p < 0,05$). Найвища поширеність захворювань спостерігалась у вікових групах 10-11, 13 та 16 років.

Аналіз вікової динаміки антропометричних даних показав їх гетерохронне

збільшення при збереженні вікових та статевих відмінностей. Пубертатний стрибок у зрості та значна прибавка у масі тіла у дівчат були встановлені в період 10-11 років. Надалі суттєве збільшення зросту та маси тіла продовжувалась до 13 років. Після 14 років у дівчат відбувається морфологічна стабілізація ростових процесів. У хлопчиків максимальна швидкість збільшення зросту та маси тіла спостерігалась на 13-му році життя, що відображає різний термін початку пубертатного періоду (Смоляр В.І., 1985). В подальшому значна річна прибавка зросту хлопчиків спостерігалась в 16 років, помітне збільшення маси тіла тривало до 17 років.

Стандартизовані показники зросту були в межах середніх значень у 83,0% дівчат та у 86,0% хлопчиків, високорослі діти склали відповідно 14,0% та 11,0%. Відносно низький зріст спостерігався у дітей обох статей тільки в 3,0% випадках. Найбільша частка низькорослих дітей спостерігалась серед дівчаток 10 років (6,0%) та хлопчиків 13 років (15,0%). Найбільша частка високорослих виявилась серед дівчат 9 і 12 років (22,0%) та хлопчиків 14 років (31,0%).

Середні показники маси тіла виявились у 77,0% дівчат і у 82,0% хлопчиків (в середньому у 79,5% дітей). Надлишок маси тіла був виявлений у 17,0% дівчат, причому 10,0% відрізнялися вираженим ожирінням (вище 95 перцентилі), що підтверджує дані літератури про збільшення серед популяції сучасних дівчат кількості осіб з надлишком маси тіла (Осотова В.П., 1998; Сухарева Л.М., Куинджи Н.Н., 1998). У хлопців надлишок маси тіла зустрічався у 11,0%. Дефіцит маси спостерігався у 6,0% дівчат та 8,0% хлопців (в середньому у 7,0%). Ці дані дещо розходяться з виявленою російськими дослідниками тенденцією збільшення за останнє десятиріччя частки дітей з відносним дефіцитом маси тіла до 25,0% (Ямпольская Ю.А., 1996; Баранов А.А., 1998). Найбільша кількість дітей з дефіцитом маси відмічалась серед дівчаток 10 років (12,2%), серед хлопчиків 10 та 12 років (відповідно 12,5% та 14,7%). Надлишок маси тіла частіше спостерігався у віці 9 та 14 років в обох статях (відповідно 22,7% та 24,0%).

Частка школярів з гармонійним фізичним розвитком в загальній популяції дітей склала 78,0%, що відповідає популяційним критеріям (Боднар О.К., 1998). Кількість дисгармонійно розвинутих дітей з дефіцитом і надлишком маси тіла по відношенню до зросту, в середньому, становила, відповідно 9,5% та 12,5%, що співпадає з даними літератури (Голотюк О.І., 1996). Найбільша частка дітей із дисгармонійним фізичним розвитком з дефіцитом маси тіла відмічалась в 17 років у хлопців та у 10 і 17 років у дівчат. Дисгармонійний розвиток з надлишком маси тіла частіше зустрічався у віці 9 і 14 років в обох статях (відповідно 22,3% і 24,5%) та у дівчат 16 років (18,0%). До збільшення відсотка

дітей з дисгармонійним розвитком вели шкідливі звички в сім'ї, нераціональне харчування, спосіб життя дитини, а саме недостатнє перебування на свіжому повітрі, недотримання режиму дня, низька фізична активність.

Вивчення фізичного розвитку у віковому аспекті показало, що серед 9-10-, 13- і 14-річних хлопчиків і 9-10-, 14- та 16-річних дівчаток найчастіше зустрічалися відхилення від середніх показників. Зазначені вікові періоди є "критичними" в плані ризику порушень фізичного розвитку.

При визначенні рівня сформованості інтелектуальних функцій середній і високий інтелектуальний розвиток виявився у 83,3% дітей. Низький рівень спостерігався у 16,7% дітей. У розвитку інтелекту спостерігалась чітка гетерохронність. Відмічалися періоди підйому, які припадали на вік 10, 13 і 17 років, та спаду в 11-12 та 15-16 років. В цілому рівень інтелектуального розвитку обстежених дітей можна вважати задовільним.

При аналізі віко-статевої різниці показників інтелекту в популяції обстежених дітей відмічалися вікові періоди помітного погіршення розвитку інтелектуальних функцій, які у хлопчиків прийшлися на вік 11, 13 і 15 років, у дівчаток - на вік 11-12 та 15-16 років. Їх можна виділити як критичні періоди цієї функції особистісного розвитку. Найвищий рівень сформованості інтелекту спостерігався у хлопчиків і дівчаток 10, 14 і 17 років. Таким чином, інтелектуальний розвиток дітей не має значної статевої диференціації.

Між ступенем зобу і показником інтелекту спостерігався зворотній зв'язок ($r=-0,30$, $p<0,05$), на що вказують в наукових роботах інші автори (Баранов А.А., 1998; Щеплягина Л.А., 1998). Було встановлено, що в групі дітей з зобом різного ступеню високий рівень сформованості інтелектуальних функцій спостерігався вдвічі рідше, а низький рівень - майже вдвічі частіше, ніж у дітей без зобу.

Показник інтелекту позитивно корелював із рівнем освіти батьків ($r=+0,28$, $p<0,05$), регулярною фізичною активністю ($r=+0,27$, $p<0,05$).

При оцінці показників розумової працездатності (РП) було встановлено, що в процесі навчання і переходу учнів з класу в клас вони інтенсивно зростали, що узгоджується з даними наукових досліджень Антропової М.В. та співавт. (1987).

З віком показники швидкості, точності та продуктивності розумової роботи читання збільшувались, що особливо було помітно у віці від 8 до 11 років. У період 11-13 років у дівчат темп зростання швидкості читання вповільнювався, а в хлопців навіть дещо знижувався. Починаючи з 14 років знову спостерігалася позитивна вікова динаміка.

Спостерігалось зменшення приросту цих показників у віковому періоді 11-13 років, що корелювало із змінами у фізичному розвитку. Чим більший приріст

спостерігається в показниках фізичного розвитку, тим повільніше темп розумової діяльності (Глушкова Е.К.и соавт., 1993). Саме в цей період відбувається збільшення кількості дітей з гіперреактивністю та синдромом дефіциту уваги, на що вказують у своїх дослідженнях Кучма В.Р. та співавт. (1996), Pillow D.R. et al. (1998). Даний феномен можна пояснити особливостями їх організму в період пубертату, фізіологічною перебудовою нервової, ендокринної та інших функціонально активних систем організму.

Швидкість читання позитивно асоціювала із силою збудження нервової системи ($r=+0,28$, $p<0,05$), коефіцієнтами точності і продуктивності роботи ($r=+0,44$, $p<0,05$). Сильна кореляція виявилась між останніми двома показниками ($r=+0,70$, $p<0,05$).

Найвищий рівень РП спостерігався у дітей 14-15 років. В 16 років вона помітно знизилась. У дітей з низькою працездатністю більше половини прийшлося на 16-річний вік (62,7% обстежених даної вікової групи). Причому частка дівчат склала 74,4%, хлопців - 50,0%. В 17 років цей показник покращився і виявився на середньому та високому рівні у значно більшої кількості школярів (58,0%).

Кореляційний аналіз виявив вірогідні негативні зв'язки між показниками РП та захворюваності ($r=-0,48$, $p<0,05$), наявністю у дитини порушення постави ($r=-0,43$, $p<0,05$), хронічної патології ($r=-0,34$, $p<0,05$). Між цими показниками та ступенем зобу також спостерігалася негативна кореляція ($r=-0,35$, $p<0,05$). При аналізі поширеності офтальмологічної патології у різних вікових групах виявилось, що високі її рівні припадають саме на вікові періоди, коли інтенсивність розумової діяльності найвища - в 10 та 15-16 років. Рівень РП асоціював із ступенем зниження гостроти зору ($r=+0,31$, $p<0,05$), більш жорсткішим режимом дня ($r=+0,25$, $p<0,05$) та часом, який дитина витрачає на приготування уроків ($r=+0,23$, $p<0,05$). Вищим її показникам також відповідали більш стабільні показники серцево-судинної діяльності: відмічалась кореляція з вищим рівнем артеріального тиску ($r=+0,40$, $p<0,05$) та меншою частотою серцевих скорочень ($r=-0,27$, $p<0,05$).

При аналізі показників РП дітей з різними рівнями гармонійності фізичного розвитку виявилось, що дисгармонійний розвиток з дефіцитом маси тіла є несприятливим фактором для розвитку розумової діяльності (табл.1).

Таблиця 1

Показники розумової діяльності в залежності від гармонійності їх фізичного розвитку

Показник	Гармонійність фізичного розвитку		
	Гармонійний	дисгармонійний	дисгармонійний

		з дефіцитом маси тіла	з надлишком маси тіла
Рівень І СС	5,7±1,0	5,0±1,1	5,5±1,2
Швидкість читання	161,7±16,9	138,7±19,4	166,3±18,8
Точність роботи	0,8±0,1	0,7±0,04	0,7±0,08
Продуктивність роботи	36,9±1,3	33,6±1,1*	33,8±0,9
Сила збудження	2,8±0,4	1,7±0,3*	2,3±0,2

* - $p < 0,05$ відносно дітей з гармонійним розвитком

На розумову діяльність помітно впливає психоемоційна сфера, на що вказують інші автори (Данияров С.Б. и соавт., 1989; Носенко Э.Л., 1998). Визначились позитивна асоціація з екстраверсією ($r = +0,23$, $p < 0,05$), негативні - з нейротизмом ($r = -0,27$, $p < 0,05$), нервовою сенситивністю ($r = -0,25$, $p < 0,05$), емоційною лабільністю ($r = -0,32$, $p < 0,05$) та нервозністю ($r = -0,34$, $p < 0,05$). Пасинкова Н.Б. (1996) також виявила дезорганізуючий вплив тривожності на інтелектуальну діяльність.

Діти з високими показниками розумової діяльності характеризувались більш високою соціальною адаптованістю ($r = +0,40$, $p < 0,05$), зрілими якостями особистісного розвитку - мотивацією досягнень ($r = +0,30$, $p < 0,05$), відношенням до свого "Я" ($r = +0,29$, $p < 0,05$), що узгоджується з результатами досліджень О.А.Конопкіна, Г.С.Пригіна (1987). Встановлені кореляційні зв'язки цих показників із часом перебування дитини на свіжому повітрі ($r = +0,32$, $p < 0,05$) та регулярними заняттями фізичною культурою ($r = +0,24$, $p < 0,05$).

Визначені вікові особливості розумового розвитку і вірогідна кореляція їх з переліченими клінічними і функціональними даними дозволили виділити критичні вікові періоди щодо його погіршення. Такими критичними періодами для хлопчиків є 12-13 і 16 років, для дівчат - 11-12 та 15-16 років.

На основі отриманих даних з метою створення вікових стандартів були побудовані перцентильні номограми, що включили 6 симетричних кривих з утворенням між ними перцентильних коридорів. Вони дають можливість швидко та ефективно визначити найбільш важливі показники розумової працездатності – швидкість переробки інформації, точність та продуктивність розумової роботи.

Вивчалися показники властивостей нервової системи, психоемоційного розвитку та формування особистості.

Рівень сили збудження в загальному визначився на межі низького і середнього (2,2-3,0 бала). Серед обстежених дітей ця ознака виявилась слабкою у 48,5%, у 26,5% дітей

- середньої вираженості, у 24,0% -превалюючою і тільки в 1,0% школярів розумова працездатність виступала домінуючою ознакою. Тобто майже у кожної другої дитини спостерігалась недостатня адаптованість до високого навчального навантаження. Сила гальмування виявилася слабкою у 36,4% дівчат та 26,0% хлопців. Найнижчі їх показники спостерігались у хлопців у віці 13 та 15 років, у дівчат - у віці 13 та 15-16 років.

Однак обстежені діти відрізнялись високим рівнем рухливості нервових процесів, особливо у віці 13-14 та 17 років, коли ця ознака виступала превалюючою у 58,0% дітей. Рухливість нервових процесів у дівчат була вищою, ніж у хлопців ($4,2 \pm 0,4$ порівняно з $5,1 \pm 0,2$ бала, $p < 0,05$).

При аналізі чутливості нервової системи з боку нижніх порогів виявилось, що найбільша частка емоційно чутливих, вразливих до впливу зовнішніх подразників дітей спостерігалась серед дівчат 10-11 і 16-17 років та хлопчиків 9 і 11 років. Підвищена нервова сенситивність була тісно пов'язана з показниками захворюваності дітей, а саме з наявністю хронічної патології ($r = +0,24$, $p < 0,05$), алергічною чутливістю ($r = +0,25$, $p < 0,05$), зобом ($r = +0,28$, $p < 0,05$). Вона також асоціювала з наявністю у дитини дисгармонійного фізичного розвитку з надлишком маси тіла ($r = +0,53$, $p < 0,05$), низькою матеріальною забезпеченістю сім'ї ($r = -0,72$, $p < 0,05$), палінням батьків ($r = +0,34$, $p < 0,05$), нерегулярною фізичною активністю ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

При вивченні факторів особистості - екстраверсії та нейротизму були одержані наступні результати. Від 8 до 13 років показник екстраверсії зростав повільно і знаходився на проміжному рівні, що відповідало балансу якостей екстраверсія-інтроверсія. З 13 років спостерігалось помітне зростання екстраверсії. Від 13 до 17 років для дітей типовим був середній її рівень (13,5-15,0 балів). У юнаків рівень екстраверсії виявився вищий, ніж у дівчат (юнаки - $15,2 \pm 0,6$ бала; дівчата - $13,4 \pm 0,6$ бала, $p < 0,05$), що не співпало з результатами досліджень, де були отримані зворотні дані (Сергета І.В., Сухарев А.Г., 1996). Дівчата, на відміну від хлопців, виявились більш стриманими.

Вивчення показників нейротизму показало, що для 9-10-річних дітей характерним був низький рівень нейротизму (в межах 9,6-11,0 балів). В наступні вікові періоди спостерігається статеві дивергенція цієї особистісної риси. Дівчата виявляють рівень нейротизму значно вищий порівняно з їх однолітками юнаками (дівчата - $15,6 \pm 0,7$ бала; юнаки - $12,3 \pm 0,6$ бала, $p < 0,05$).

В обстеженій групі дітей було виявлено 9,4% нейротичних інтровертів, серед яких

превалювали дівчата 11-12 і 16 років та хлопці 14 років. Таке поєднання, як вказує В.В.Рибалка (1992), є несприятливим фактором щодо розвитку у дитини емоційного перенавантаження та невротичних порушень. Встановлено, що з більш вираженим нейротизмом корелюють слабкі показники сили збудження ($r=-0,37$, $p<0,05$) та сили гальмування ($r=-0,38$, $p<0,05$), висока нервова сенситивність ($r=+0,51$, $p<0,05$). Помітний вплив має стресова обстановка в сім'ї ($r=+0,25$, $p<0,05$), шкідливі звички батьків ($r=+0,67$, $p<0,05$). Для більш ефективної та швидкої оцінки цих показників були складені їх перцентильні стандарти.

Показники емоційної лабільності та нервозності у дітей 8-12 років коливались на середньому рівні (3,5-5,5 бала). Пік вираженості цих ознак припадав на 13 та 16 років. В 13 років спостерігались найвищі їх показники, що інші автори пояснюють особливостями пубертатного періоду (Щеплягина Л.А., Ильин А.Г., 1999).

Зростання рівня лабільності, нервозності, тривожності у підлітковому віці асоціювало із погіршенням стану здоров'я ($r=+0,26$, $p<0,05$), підвищеною алергічною чутливістю ($r=+0,28$, $p<0,05$), збільшенням частки дітей з дисгармонійним фізичним розвитком із надлишком маси тіла ($r=+0,55$, $p<0,05$), низькою матеріальною забезпеченістю ($r=-0,80$, $p<0,05$), стресогенним сімейним оточенням ($r=+0,42$, $p<0,05$), обмеженням рухової активності і часу перебування дитини на свіжому повітрі ($r=-0,35$, $p<0,05$).

Таким чином, виявляються вікові групи дітей (10-11, 13 та 16 років) із сукупністю ознак (нейротизм, емоційна неврівноваженість, нервозність, тривожність), які зменшують адаптаційні можливості організму дитини і є групами "ризик" по порушенню гармонійності розвитку.

При оцінці рівня соціальної зрілості у дітей було відмічено тенденцію до його зростання в період від 8 до 12 років, що свідчить про якісні особистісні зміни дітей цього віку (Гільбух Ю.З., 1995). Незначний спад рівня соціальної адаптації спостерігався у дівчат 10 років, у хлопців в 13 років, що можна пояснити різним часом початку фізіологічної перебудови організму. В 13 та 15 років рівень особистісної зрілості був найнижчим. Це асоціювало з одночасним підйомом тривожності, нервової напруги та емоційної неврівноваженості. В подальшому він помітно зростав і досягав у 17 років задовільного рівня. Саме у цьому віці спостерігається найбільша частка підлітків з високим рівнем зрілості (Кулагина И.Ю., 1998).

З віком зменшувалась частка дітей з високим відношенням до "Я". В 13 років спостерігався спад цього показника, який був більш помітним у дівчат ($-0,38\pm 0,03$ порівняно з $-0,15\pm 0,04$ у хлопчиків, $p<0,05$). Відношення до свого "Я" в період

14-16 років виявилось самим низьким за вираженістю: 63,0% підлітків старшого віку показали його на незадовільному рівні, 30,0% учнів відносились до свого “Я” задовільно і тільки 7,0% показали високий рівень. Це, ймовірно, говорить про недостатню сформованість компонентів “Я-концепції” у сучасних школярів, зокрема про занижену самооцінку. В літературі це явище описується як криза самооцінки підлітків 90-х років (Фельдштейн Д.И., 1995). Після 16 років кількість підлітків з задовільною самооцінкою збільшується, досягаючи найвищого рівня в 17 років.

Треба відмітити, що у хлопців в 15-16 років відмічалася більш глибока криза “Я”, ніж у дівчат, яка дещо згладилась в 17 років. У дівчат цього вікового періоду відбувалося помітне зростання рівня аспекту “Я”, який в 17 років виявився найвищим ($0,28 \pm 0,05$ бала в порівнянні з $0,13 \pm 0,04$ бала у їх ровесників, $p < 0,05$).

Співставлення рівня зрілості особистості та властивостей нервової діяльності виявило вірогідні позитивні зв'язки слабкої сили із силою гальмування, рухливістю нервових процесів, показниками розвитку I та II сигнальних систем та негативні зв'язки з емоційною лабільністю ($r = +0,38$, $p < 0,05$) та нервозністю ($r = +0,32$, $p < 0,05$).

При детальному аналізі рівней сформованості особистісної зрілості і окремих її аспектів у дітей шкільного віку визначаються певні регресивні періоди в їх розвитку. Для хлопчиків такими “критичними” з точки зору соціальної адаптованості періодами є 13 і 16 років, для дівчат - 10 і 15 років. Діти цього віку відрізнялися також низьким рівнем комунікативності, зменшенням потреби у духовній близькості з іншими людьми.

За отриманими результатами була побудована багатофакторна модель впливу зовнішніх чинників на показники розумового та психоемоційного розвитку дітей. Для цього була використана лінійна регресія. В якості залежного члена регресії бралися найбільш інформативні показники - сформованість інтелектуальної функції, швидкість переробки інформації, точність та продуктивність розумової роботи, нейротизм, рівень особистісної зрілості. В якості незалежних членів використовувалися вірогідні фактори, вплив яких аналізувався вище. Так, з показником інтелекту у дитини позитивно асоціювали старший вік матері ($\beta_{st} = +0,128$), достатня рухова активність ($\beta_{st} = +0,245$), негативно – дисгармонійний фізичний розвиток з надлишком маси тіла ($\beta_{st} = -0,246$) та зоб різного ступеня ($\beta_{st} = -0,203$). Для показників розумової працездатності позитивними факторами є високий рівень сили збудження нервових процесів ($\beta_{st} = +0,094$), екстраверсія ($\beta_{st} = +0,162$), задовільні гігієнічні умови житла ($\beta_{st} = +0,138$), негативними - наявність у дитини хронічного захворювання ($\beta_{st} = -0,142$), зобу різного ступеня ($\beta_{st} = -0,203$), високий рівень нервозності ($\beta_{st} = -0,119$).

Таким чином, комплексне дослідження показників всіх компонентів здоров'я (фізичного, психічного, соціального) дозволило вивчити стан здоров'я сучасних школярів у взаємозв'язку з різними факторами внутрішнього і зовнішнього середовища та виділити віко-статеві групи ризику щодо порушень у комплексному розвитку дитини.

ВИСНОВКИ

1. Запропоновано концептуально новий валеологічний підхід до комплексної оцінки стану здоров'я дітей шкільного віку за показниками фізичного, розумового, психоемоційного та особистісного розвитку з врахуванням показників захворюваності і мікросоціального середовища. Для об'єктивізації його оцінки розроблені регіональні перцентильні стандарти у вигляді номограм для показників розумової діяльності (швидкість читання, точність та продуктивність розумової роботи) і психоемоційного статусу (нейротизм, екстраверсія).

2. Показано, що схильність до частих захворювань (10,0% обстежених дітей), збільшення щитовидної залози (37,5% дітей) несприятливо впливають не тільки на фізичний розвиток, а й на інтелект, розумову працездатність, психоемоційний баланс та особистісний розвиток. Наявність у дітей зобу вірогідно корелює із зменшенням інтелектуального потенціалу ($r=-0,30$, $p<0,05$), розумової працездатності ($r=-0,35$, $p<0,05$), збільшенням емоційної сенситивності ($r=+0,28$, $p<0,05$).

3. Встановлено, що здатність до сприйняття і переробки інформації помітно знижується у дівчат у віці 11-12 років та у хлопців 12-13 років. Відмічено також, що на сприйняття інформації суттєво впливають порушення слуху (у 1,2% обстежених дітей) та зору (20,1%). Частота порушень слуху з віком практично не зростає, а кількість порушень зору суттєво збільшується. У дівчат найбільш високі показники розумової працездатності спостерігаються у віці 14-16 років та асоціюють із значним погіршенням зору (24-32%). Ця вікова група є групою ризику щодо розвитку порушень з боку зорового аналізатора.

4. Основні показники фізичного, розумового, психоемоційного та особистісного розвитку з віком мають гетерохронний характер. Встановлено, що періодам прискорення фізичного розвитку, які припадають на вік 9-12 років у дівчаток та 11-14 років у хлопчиків, відповідає уповільнення темпів інтелектуального розвитку та продуктивності психомоторної діяльності, показник якої знижується від $39,0\pm 1,7$ до $29,2\pm 2,0$ у.о. ($p<0,05$).

5. Психоемоційний стан у більшості обстежених дітей є задовільним, але існує група учнів із зменшеними адаптаційними можливостями. Дітей у віці 11-12 років з

дисгармонійним фізичним розвитком (ІМТ вище 90 перцентилі, або нижче 10 перцентилі), високим рівнем нейротизму (вище 90 перцентилі) та вираженою інтровертованістю (нижче 10 перцентилі) можна віднести у групу ризику по розвитку психічної дезадаптації і рекомендувати спостереження за ними шкільних педіатрів та психологів.

6. Показано, що критичним віком для виникнення емоційних порушень є 13 років у обох статей, коли показник нервозності досягає $6,2 \pm 0,5$ бали, а емоційної лабільності $5,5 \pm 0,45$ бали, та ще 16 років у дівчат ($9,3 \pm 0,3$ та $4,4 \pm 0,4$ відповідно). Критичними віковими періодами в становленні особистості є 10 і 13 років для обох статей, 15-16 років для юнаків за рахунок недорозвиненості особистісних якостей і заниженої самооцінки.

7. За багатофакторною моделлю на показники розумового, психоемоційного та особистісного розвитку школярів позитивно впливають гармонійність фізичного розвитку ($\beta_{st}=+0,246$), достатня рухова активність ($\beta_{st}=+0,245$), задовільні гігієнічні умови житла ($\beta_{st}=+0,138$). Найбільш суттєвими негативними зовнішніми факторами є наявність у дитини хронічного захворювання ($\beta_{st}=-0,142$), зобу різного ступеня ($\beta_{st}=-0,203$), паління в сім'ї ($\beta_{st}=-0,096$), що слід враховувати в комплексній оцінці гармонійності розвитку.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для оцінки розумової працездатності дітей шкільного віку пропонується впровадити в роботу дитячих лікувально-профілактичних закладів, профілактичних шкільних медоглядів, медико-педагогічних комісій модифікацію коректурної проби у поєднанні з перевіркою швидкості читання. З метою підвищення ефективності та спрощення процедури оцінки розумової працездатності пропонуються графічні перцентильні стандарти її показників у вигляді номограм.

2. Швидкість переробки інформації, точність та продуктивність розумової діяльності вважати недостатніми у даної дитини, якщо їх показники знаходяться нижче 10 перцентилі.

3. З метою оцінки емоційного балансу пропонується використання тесту Айзенка (друкований або комп'ютерний варіант) та вікових перцентильних стандартів його показників у вигляді номограм.

4. За порушення емоційного балансу слід прийняти показники рівня нейротизму вище 90 перцентилі та інтроверсії нижче 10 перцентилі.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

- 1) Хільчевська В.С., Нечитайло Ю.М., Ковтюк Н.І., Сорокман Т.В. До застосування тесту Айзенка для оцінки нервово-психічного розвитку школярів в умовах екологічного пресингу // Буковинський медичний вісник. - 1998. - Т.2, №4. - С. 98-100.
- 2) Хільчевська В.С., Нечитайло Ю.М., Лоскутова І.Є. Розумова працездатність школярів та можливості її експрес-оцінки // Вісник наукових досліджень. - 1999. - № 3. - С. 58.
- 3) Ковтюк Н.І., Нечитайло Ю.М., Хільчевська В.С., Сорокман Т.В. Особливості фізичного розвитку дівчат шкільного віку в залежності від ступеня статевої зрілості // Буковинський медичний вісник. - 1999. - Т.3, №1. - С. 46-48.
- 4) Нечитайло Ю.М., Сорокман Т.В., Ковтюк Н.І., Хільчевська В.С. Особливості фізичного розвитку школярів, що проживають у гірській місцевості // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - № 2. - С. 29-30.
- 5) Хільчевська В.С. Рівні сформованості особистісної зрілості старшокласників // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Гуманітарна освіта: фактор світової інтеграції". - Частина II. - Чернівці, 1997. - С. 185-192.
- 6) Хільчевська В.С., Ковтюк Н.І. Вивчення психологічного профілю особистості дівчаток-підлітків // 2 Міжнародний медичний конгрес студентів і молодих вчених. - Тернопіль, 1998. - С. 192.
- 7) Хільчевська В.С., Ковтюк Н.І. Вплив шкідливих звичок батьків на частоту захворюваності у дітей // 2 Міжнародний медичний конгрес студентів і молодих вчених. - Тернопіль, 1998. - С. 157 - 158.
- 8) Нечитайло Ю.М., Хільчевська В.С., Ковтюк Н.І., Лоскутова І.Є., Макарова О.В., Тимощук В.В., Фокіна С.Є. Гармонійність чи пропорційність? Комплексний підхід до оцінки розвитку школярів // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1999. - № 4. - С. 38-39.
- 9) Нечитайло Ю.М., Фокіна С.Є., Ковтюк Н.І., Хільчевська В.С. Валеологічні аспекти оцінки здоров'я школярів // Українська науково-практична конференція "Здоров'я школярів на межі тисячоліть". - Харків. - 2000.- С. 195-196.
- 10) Хільчевська В.С. Сучасна оцінка показників розумової працездатності дітей шкільного віку // Буковинський медичний вісник. - 2000. - Т.4, №4. - С. 99-102.
- 11) V. Hılchevska, Yu. Nechıtıılo. Neuro-psychological peculiarities of contemporary school-age children // 4th International Medical Students' Congress (CongressBook). - Katowice, 1998. - P.124.

АНОТАЦІЯ

Хільчевська В.С. Багатофакторний аналіз показників здоров'я та формування особистості дітей шкільного віку. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук із спеціальності 14.01.10. - педіатрія. - Харківський державний медичний університет, 2000.

Дисертація присвячена проблемі росту та розвитку дітей шкільного віку. В основі роботи лежить комплексний міждисциплінарний підхід до оцінки стану здоров'я дитини на підставі вивчення показників захворюваності, фізичного, розумового та психоемоційного розвитку, становлення їх особистості. Для ряду показників розумової працездатності та психоемоційного статусу розроблено сучасні графічні форми перцентильних вікових стандартів.

В результаті комплексного обстеження виявлено віко-статеві групи дітей із зменшеними адаптаційними можливостями та визначені критичні вікові періоди по порушенню гармонійності розвитку. Так, критичним віком для виникнення психоемоційних порушень є 13 років у обох статей і 16 років для дівчат внаслідок загострення негативних емоціональних рис. Для становлення особистості такими віковими періодами є 10 і 13 років для обох статей, 15-16 років для юнаків, за рахунок недорозвиненості особистісних якостей та заниженої самооцінки.

Основні складові особистості школярів вивчені у взаємозв'язку із біологічними, соціально-побутовими, сімейними факторами, способом їх життя, що дозволило визначити роль соматичного стану і мікросоціального статусу у її формуванні.

Ключові слова: діти шкільного віку, оцінка стану здоров'я, фізичний розвиток, формування особистості, розумова працездатність, психоемоційний розвиток, перцентильні стандарти, критичні вікові періоди.

АННОТАЦИЯ

Хильчевская В.С. Многофакторный анализ показателей здоровья и формирования личности детей школьного возраста. - Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10 - педиатрия. - Харьковский государственный медицинский университет, 2000.

Диссертационная работа посвящена актуальным проблемам роста и развития детей школьного возраста. В основе работы лежит комплексный междисциплинарный подход к оценке состояния здоровья ребёнка на основании изучения показателей заболеваемости, физического, умственного и психоэмоционального развития, формирования личности. Основные составляющие личности школьников изучены во взаимосвязи с биологическими, социально-бытовыми, семейными, факторами, способом их жизни, что позволило определить роль соматического состояния и микросоциального статуса в её формировании.

Показатели физического развития изучались в соответствии с перцентильными регионарными стандартами. Оценка интеллектуального развития, психоэмоционального статуса и личностных качеств проводилась с помощью современных психодиагностических методик. Уровень умственной работоспособности определялся по показателям скорости и качества переработки информации.

На основе результатов обследования репрезентативной выборки школьников разработаны нормативные возрастные показатели умственной деятельности и психоемоциональной сферы, представленные в современной графической форме в виде перцентильных кривых.

В результате комплексного исследования выявляются поло-возрастные группы с ограниченными адаптационными возможностями. Так, критическим возрастом для возникновения эмоциональных нарушений есть 13 лет у обоих полов. В группу риска по развитию психической дезадаптации можно отнести детей в возрасте 11-12 лет с дисгармоническим физическим развитием, высоким уровнем нейротизма и выраженной интроверсией.

Для становления личности критическими возрастными периодами являются 10 и 13 лет для обоих полов, 15-16 лет для юношей, за счёт недоразвития личностных качеств и сниженной самооценки, и 16 лет для девушек, в результате обострения негативных эмоциональных черт. Выявленные психоэмоциональные и личностные черты коррелируют с рядом клинических, функциональных и социально-бытовых факторов и свидетельствуют о риске развития психосоматической патологии и психоневрологических расстройств в будущем.

Таким образом, комплексное исследование показателей всех компонентов

здоровья (физического, психического, социального) позволило изучить состояние здоровья современных школьников Буковины во взаимосвязи с различными факторами внутренней и внешней среды и выделить поло-возрастные группы риска по нарушению в комплексном развитии ребёнка.

Ключевые слова: дети школьного возраста, оценка состояния здоровья, физическое развитие, формирование личности, умственная работоспособность, психоэмоциональный статус, перцентильные стандарты, критические возрастные периоды.

SUMMARY

Khilchevska V.S. The multifactor analysis of health' indecis and forming a personality of school-age children. - Manuscript.

Thesis for scientific degree of candidate of medicine in speciality - 14.01.10 - Pediatrics. - Kharkiv state medical university, 2000.

The thesis is devoted to urgent problems of body growth and development of school-age children. In a basis of research lays complex interdisciplinary approach to an estimation of health state of the child with assesment of morbidity, physical, mental and psychoemotional development, forming of personality. The morden graphic forms of percentiles age standards for some of mental and psychoemotional indices were created.

As a result of complex inspection the sex-age groups with limited by adaptive possibilities and critical age periods to disturbance of harmonic development are taped. So, the critical age for occurrence of emotional violations is 13 years for both gender and 16 years for the girl, as a result of an exacerbation of negative emotional features. For a becoming of the person such age periods are 10 and 13 years for both sex, 15-16 years for the boys, at the expense of a under development of personal qualities and low level of a self-rating,

The schoolchildren' components of personality are investigated in interrelation with biological, socio-economic, family factors, way of their life, that has allowed to determine a role of a somatic and microsocial status in its forming.

Key words: school-age children, estimation of health state, physical development, forming of personality, intellectual workability, psychoemotional development, percentile standards, critical age periods.