

КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА

УДК 376

Л. Ф. Тихомирова

Особенности отношения к здоровью подростков с нарушением интеллекта

Статья посвящена актуальной проблеме – изучению и формированию отношения к здоровью и здоровому образу жизни подростков с нарушением интеллекта. Особое внимание автор уделяет аддиктивному поведению подростков с умственной отсталостью. Автор приводит результаты опроса подростков с нормальным интеллектом и подростков с легкой умственной отсталостью, показывает особенности отношения к здоровью у подростков с умственной отсталостью, анализируя каждый компонент отношения к здоровью. Автор подчеркивает, что имеющиеся у подростков знания о здоровье, здоровом образе жизни касаются в основном физического здоровья, имеет место низкий уровень мотивации сохранения здоровья у всех подростков. Автор считает, что при разработке и коррекции образовательных программ необходимо учитывать имеющееся отношение к здоровью у школьников, без решения вопроса о формировании мотивации здоровьесберегающего поведения все рекомендации будут неэффективны, а знания о сохранении здоровья не будут востребованы. Исследуя такие явления, как курение, употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ среди подростков с нарушением интеллекта, автор отмечает, что роль педагогов и родителей в правильном понимании получаемой умственно отсталыми подростками информации очень низкая. Недостаточность информации, предоставляемой педагогами, негативно сказывается на формировании правильного отношения к психоактивным веществам у умственно отсталых подростков. Автор отмечает необходимость серьезной профилактической работы, в рамках которой в качестве обязательной составляющей должны рассматриваться темы предупреждения табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков подростками с нарушением интеллекта, что будет способствовать предупреждению девиантного и делинквентного поведения.

Ключевые слова: подростки; подростки с нарушением интеллекта; отношение к здоровью; компоненты отношения к здоровью: ценностно-смысловой, когнитивный, мотивационный, поведенческий; аддиктивное поведение подростков; модели аддиктивного поведения; профилактика аддиктивного поведения у подростков с нарушением интеллекта.

CORRECTIONAL PEDAGOGICS

L. F. Tikhomirova

Features of Attitude towards Health of Teenagers with Mental Disorder

The article is devoted to the urgent problem, studying and forming of the attitude towards health and a healthy lifestyle of teenagers with mental disorder. The author pays special attention to addictive behaviour of teenagers with mental disorder. The author gives survey results of teenagers with normal mentality and teenagers with mild mental backwardness, shows features of the attitude towards health of teenagers with mental disorder, analyzing each component of the attitude towards health. The author emphasizes that the knowledge which is available for teenagers about health, a healthy lifestyle concerns generally physical health, all teenagers have a low level of health motivation. The author considers that in case of development and correction of educational programmes it is necessary to consider the available attitude towards health of school students, all recommendations will not be effective without the solution of the question of forming motivation of health saving behaviour, and knowledge of preserving health will not be demanded. Researching such phenomena as smoking, alcohol intake, use of drugs and toxic substances among teenagers with mental disorder, the author notes a quite low role of teachers and parents in the correct understanding of information obtained by teenagers with mental disorder. The insufficient information provided by teachers negatively affects forming of the correct relation to psychoactive agents by teenagers with mental disorder. The author notes need of serious prophylactic work within which such topics must be considered as prevention of tobacco smoking, alcohol intake and drugs by teenagers with mental disorder, and that will prevent deviant and delinquent behaviour.

Keywords: teenagers, teenagers with mental disorder, attitude towards health, components of the attitude towards health: valuable and semantic, cognitive, motivational, behavioural, addictive behaviour of teenagers, models of addictive behaviour, prevention of addictive behaviour of teenagers with mental disorder.

Социально-экономический кризис в нашей стране, быстрые и резкие сдвиги в экономических и политических отношениях усилили рост негативных явлений в обществе, привели к уве-

личению числа случаев девиантного поведения подростков, к которым относятся такие проявления, как аддиктивное поведение (алкоголизм, наркомания, токсикомания), а также проституция, вандализм, суицид, бродяжничество. Особую тревогу вызывает нарастающая подростковая и молодежная наркомания, которая представляет серьезную опасность для физического, психического и нравственного здоровья подрастающего поколения, а значит – и всего общества в целом.

По данным социологических исследований, около 60 % всех преступлений совершается подростками, имеющими психические нарушения, в том числе и интеллектуальную недостаточность, и находящимися в состоянии наркотического и алкогольного опьянения. А также следует отметить, что за последние годы доля несовершеннолетних, совершивших преступления в составе групп, стабильно превышает 70 %. Остро встает вопрос о необходимости формирования навыков здорового образа жизни и ответственного отношения к своему здоровью у подростков с нарушением интеллекта, а также профилактики аддиктивного поведения у этой группы подростков. Однако эти проблемы исследованы явно недостаточно [3].

Определение отношения школьников к здоровью – это анализ всех компонентов (составляющих) отношения к здоровью.

Выделяют различные компоненты отношения к здоровью:

- ценностно-смысловой компонент (какова ценность здоровья, в чем смысл заботы о здоровье);
- когнитивный компонент (система знаний о здоровье и способах его сохранения и укрепления);
- эмоционально-волевой компонент (принятие осознанного решения быть здоровым);
- деятельностный компонент (конкретные поступки, действия, навыки, обеспечивающие сохранение здоровья) [4].

Нами проведены исследования отношения к здоровью как у подростков с нормальным интеллектуальным развитием, так и у подростков с нарушением интеллекта.

Анализируя отношение школьников к здоровью, остановимся на каждом из компонентов.

Исследования **ценностно-смыслового компонента отношения к здоровью у подростков** выявили расхождение между декларируемой, осознанной и реально действующей ценностью

здоровья у подростков. Применение проективных методик, выявляющих значимые факторы внутренней мотивации, дало другую картину: на первом месте – наличие хороших и верных друзей, на втором – возможность расширения образования, а здоровье – на последнем, двенадцатом, месте.

Таким образом, здоровье как ценность не является значимым фактором внутренней мотивации у подростков, реальная ценность здоровья у них невысока.

На наш взгляд, можно выделить следующие причины невысокой ценности здоровья у подростков:

- отсутствие природно предопределенной мотивации к сохранению здоровья;
- психологические особенности подросткового возраста;
- особенности российской культуры в отношении к своему здоровью, когда забота о нем начинается как вынужденная реакция на плохое самочувствие;
- несформированность сознательного поведения по отношению к здоровью как базовой ценности.

Изучение **когнитивного компонента отношения к здоровью у подростков** выявило то, что реально действующее представление о здоровье у школьников носит узкий, ограниченный характер и сильно отличается от известного определения ВОЗ здоровья как состояния полного физического, психического и социального благополучия.

При самостоятельном определении, перечислении признаков здоровья 97 % школьников назвали признаки физического благополучия (отсутствие болезней, хорошее самочувствие, работоспособность, хороший внешний вид), 25 % школьников, кроме физических признаков, указали и психическое благополучие (хорошее, жизнерадостное настроение), всего лишь 6 % школьников назвали признаки социального благополучия (хорошие отношения с окружающими и соблюдение нравственных принципов).

Таким образом, у школьников имеет место определенная деформация представления о здоровье в сторону признаков физического благополучия в ущерб признакам психического и социального благополучия, что необходимо учитывать при разработке и реализации образовательных программ. Анализ знаний школьников о способах сохранения и укрепления здоровья тоже выявил их ограниченность. Большая часть

названных школьниками способов сохранения и укрепления здоровья относится к сохранению физического здоровья.

Изучение **эмоционально-волевого компонента отношения к здоровью** у школьников показало, что среди причин, которые могут влиять на здоровье, школьники чаще всего называют внешние факторы (условия окружающей среды, учебную нагрузку, конфликты) и реже – внутреннее (способность принимать решения, настойчивость, работа над собой), что свидетельствует о низкой личной ответственности за сохранение здоровья.

При анализе причин, которые мешают заботиться о здоровье, школьники называют слабоволие и лень, привычный образ жизни, отсутствие свободного времени, незнание и непонимание последствий несоблюдения принципов ЗОЖ, финансовые трудности, отсутствие личного жизненного опыта, убеждение по типу «Я и так здоров...», социальное окружение, наличие более важных проблем. Эти причины названы в порядке убывания, причем на первом месте – особенности эмоционально-волевой сферы.

Таким образом, эмоционально-волевой компонент отношения к здоровью у подростков сформирован слабо, что является следствием низкой ценности для них здоровья, а также недостаточно сформированного умения сознательно ставить цель, принимать решение и реализовывать его в своей жизни, что следует учитывать в образовательном процессе.

Изучение **деятельностного компонента отношения к здоровью у подростков** также выявило ограниченный набор способов, которые школьники сознательно используют для сохранения и укрепления здоровья. Реальные действия школьников направлены в основном на физическое здоровье в ущерб психическому и социальному.

Проведенный анализ различных компонентов отношения к здоровью у подростков показал, что имеющееся у них отношение к здоровью не способствует в достаточной степени его сохранению и укреплению. Образовательные программы будут эффективными, если не только предоставлять знания о сохранении и укреплении здоровья, но и способствовать изменению отношения к здоровью в сторону повышения его ценности.

Опрос учащихся школы-интерната № 8 г. Ярославля позволил провести анализ их отношения к здоровью. Всего было опрошено 36 человек (16 учащихся 13–15 лет и 20 учащихся 15–

18 лет, у всех легкая степень нарушения интеллекта). Учащимся были заданы следующие вопросы:

- Что такое здоровье?
- Считаешь ли ты себя здоровым?
- Что нужно делать, чтобы быть здоровым?
- Что ты делаешь, чтобы быть здоровым?
- Куришь ли ты?
- Употребляешь ли алкоголь?
- Занимаешься ли ты спортом?

Как показал анализ полученных ответов, учащимся с интеллектуальной недостаточностью сложно сформулировать определение понятия «здоровье». В возрастной группе 13–15 лет большинство определений сводилось к «укреплению человека» (32 %), «ничего не болит» (13 %), а в возрастной группе 15–18 лет отождествлялись понятия «здоровье» и «здоровый образ жизни» (40 %). В обеих возрастных группах, прежде всего, говорилось о физическом здоровье. Следовательно, в беседах с детьми, которые проводит врач, внимание уделяется только физическому здоровью в ущерб психическому и социальному.

Только 43,75 % подростков возрастной группы 13–15 лет считают себя здоровыми, в возрастной группе до 18 лет этот показатель составил уже 75 %.

Подростки с интеллектуальной недостаточностью неплохо представляют себе, что нужно делать, чтобы быть здоровыми, но их представления преимущественно касаются физического здоровья. В возрастной группе 13–15 лет ответы были следующими:

- пить лекарства – 31,25 %;
- вести здоровый образ жизни – 18,75 %;
- следить за здоровьем – 12,5 %;
- правильно питаться – 12,5 %;
- делать зарядку – 12,5 %;
- заниматься спортом – 6,25 %.

В возрастной группе 15–18 лет ответы были следующими:

- вести здоровый образ жизни – 40 %;
- заниматься спортом – 15 %;
- закаляться – 15 %;
- отсутствие вредных привычек – 10 %;
- теплее одеваться – 5 %;
- зарядка – 5 %;
- нет ответа – 10 %.

Общее затруднение вызвал вопрос о том, «что мешает заботиться о здоровье», поэтому он был снят. Это можно объяснить недостаточной сформированностью эмоционально-волевой сферы

учащихся, а также тем, что вопросам формирования мотивации здоровья уделяется недостаточно внимания.

На вопрос, характеризующий поведенческий компонент отношения к здоровью («Что ты делаешь, чтобы быть здоровым?»), были получены следующие ответы:

В группе 13–15 лет:

- занимаюсь спортом – 56,25 %;
- закаливаюсь – 12,5 %;
- веду ЗОЖ – 12,5 %;
- гуляю – 6,25 %;
- ничего не делаю – 12,5 %.

В группе 15–18 лет:

- занимаюсь спортом – 20 %;
- правильно питаюсь – 20 %;
- отказ от вредных привычек – 20 %;
- делаю зарядку – 20 %;
- ничего не делаю – 20 %.

Таким образом, в группе 13–15 лет спортом занимаются 81,5 %, а в группе 15–18 лет – 60 %. Учащиеся просто не увидели связи между спортом и здоровьем. Они занимаются спортом не только и не столько для того, чтобы быть здоровыми, сколько для того, чтобы заполнить свободное время, удовлетворить свои интересы.

Аддитивное поведение – это социально-пассивная форма девиантного или отклоняющегося поведения. Отклонения социально-пассивного типа выражаются в стремлении к отказу от активной жизнедеятельности, уклонении от выполнения гражданских обязанностей, долга, в нежелании решать как личностные, так и социальные проблемы.

Аддитивным поведением считается прием психоактивных веществ, нарушения пищевого поведения, гэмблинг (поведение, связанное с азартными играми, включая компьютерные), интернет-зависимость, зависимость от телесериалов, сексуальные аддикции, религиозное деструктивное поведение и т. д.

С точки зрения О. Ю. Кондратьева, С. А. Кулакова и ряда других ученых, аддитивное поведение целесообразно рассматривать как злоупотребление без признаков психической и физической зависимости от объекта аддикции.

Однако, при всем разнообразии подходов, все авторы отмечают как характерные признаки аддитивного поведения его деструктивный характер и стремление уйти от реальности посредством стимуляции интенсивных эмоциональных переживаний.

В нашей работе мы опираемся на определение аддитивного поведения, предложенное С. А. Кулаковым. Аддитивное поведение понимается как злоупотребление одним или несколькими психоактивными веществами (ПАВ) без признаков индивидуальной психической и физической зависимости, сопровождающееся ухудшением в социальном функционировании, как правило, сочетающееся с другими нарушениями поведения. Такой подход к аддитивному поведению позволяет рассматривать данный феномен в рамках девиантного поведения как одно из частных проявлений саморазрушающего поведения [2].

Д. Д. Исаев выделил несколько типологических моделей аддитивного поведения в зависимости от ведущей мотивации [1]:

– Атарактическая модель (успокаивающая) – один из наиболее распространенных вариантов использования ПАВ с целью удовлетворения потребности в релаксации.

– Коммуникативная модель: в основе этого типа аддитивного поведения лежат неудовлетворенные потребности в общении, любви, доброжелательности, открытости.

– Активирующая модель предполагает использование ПАВ как средства для переживания бодрости, активности. Стимулирующий эффект создает иллюзию адаптации и самореализации.

– Гедонистическая модель – в этом случае употребление ПАВ осуществляется с целью получить удовольствие, вызвать приятные, необычные ощущения.

– Конформная модель основывается на внутrigрупповой конформности подростков.

– Манипулятивная модель – потребление ПАВ выступает как способ манипулирования другими, как попытка изменить ситуацию в свою пользу. Например, для подростков с истероидными чертами характера алкоголь и наркотики могут представляться привлекательным способом достижения внимания сверстников в компании, в семье.

– Компенсаторная модель аддитивного поведения предполагает употребление ПАВ как средства компенсации какого-либо психологического дефицита личности. Коммуникативные проблемы, эмоциональная депривация, состояние психического дискомфорта, которые чаще всего возникают при личностной незрелости, являются предрасполагающими факторами формирования аддикции к ПАВ.

К особой группе риска аддитивного поведе-

ния относятся дети с задержкой психического развития и дети с нарушением интеллекта.

Феномен табакокурения получил широкое распространение в среде детей и подростков школьного возраста. Эта вредная привычка способствует формированию негативных черт личности ребенка и приводит к нарушению его поведения. Особенно это выражено в генезе нарушений поведения подростков с интеллектуальной недостаточностью.

Опрос учащихся школы-интерната № 8 г. Ярославля позволил провести анализ их отношения к здоровью, выявить наличие вредных привычек, в том числе курения, употребления алкоголя, отношение к наркотикам. Всего было опрошено 36 человек (16 учащихся 13–15 лет и 20 учащихся 15–18 лет).

Среди опрошенных выявлено 36 % курящих мальчиков и 7 % курящих девочек. Число курящих мальчиков с интеллектуальной недостаточностью несколько выше, чем число курящих мальчиков в общеобразовательных школах. Число курящих умственно отсталых девочек относительно невелико.

По результатам исследования, 37 % умственно отсталых мальчиков и девочек впервые пробовали курить в возрасте 12–13 лет. Единичные попытки курения отмечены у мальчиков в возрасте 6–8 лет.

Доминирующим мотивом приобщения к курению являлось курение «из баловства» (у 54 % мальчиков и 47 % девочек), следующим значимым мотивом – курение по подражанию (у 21 % мальчиков и 41 % девочек). Начали курить из любопытства 12 % девочек и 4 % мальчиков. Мотив курения, связанный с желанием казаться взрослее, был отмечен только у мальчиков (11 %).

Среди наиболее распространенных мест курения мальчики назвали улицу (59 %) и школу (31 %), а девочки – улицу (66 %) и дома друзей (24 %). Существенно, что школа для значительной части мальчиков оказывается местом интенсивного приобщения к курению, а это указывает на низкий педагогический контроль за их поведением на переменах. Важно отметить и то, что 2 % мальчиков указали возможность курения дома.

Большинство опрошенных мальчиков и девочек (соответственно 76 % и 93 %) осознают вред курения для здоровья, однако многие из них (соответственно 44 % и 26 %) считают, что информация о вреде курения преувеличена.

Курящие подростки обоего пола отметили, что родители запрещают им курить (68 %) или убеждают не курить (32 %). В группе некурящих подростков запрещали курить 44 % родителей, убеждали не курить – 56 %. Можно полагать, что в данном случае метод убеждения оказывается более эффективным, чем метод запрещения, но, как показывают эти данные, значительная часть родителей не находит должных аргументов для убеждения детей отказаться от курения.

Для большинства опрошенных умственно отсталых школьников представляется малоубедительной и та информация, которую они получают в форме лекций (34 %), кино- и телефильмов (77 %), самостоятельного чтения санитарно-просветительной литературы (21 %). Как правило, адресованная учащимся массовых школ, она оказывается неадекватной их уровню восприятия.

Информацию о наркотиках преимущественно из средств массовой информации (СМИ) получают 64 % опрошенных школьников с умственной отсталостью. Очень незначительное число опрошенных (8 %) называют учителей в качестве источника информации, зато друзей называют 26 %. Роль педагогов и родителей в правильном понимании получаемой умственно отсталыми подростками информации очень низка. Отсутствие мнения родителей по проблеме наркотиков и недостаточность информации, предоставляемой педагогами, негативно сказывается на формировании правильного отношения к наркотикам у умственно отсталых подростков.

Полученные результаты опроса школьников общеобразовательных школ и школьников с интеллектуальной недостаточностью позволили сделать следующие выводы:

- имеющиеся знания о здоровье, здоровом образе жизни касаются физического здоровья;
- уровень мотивации сохранения здоровья у всех школьников можно охарактеризовать как низкий;
- при разработке и коррекции образовательных программ необходимо учитывать имеющееся отношение к здоровью у школьников;
- в отношении к здоровью проявляется уровень сформированности мотивации здоровьесберегающего поведения: без решения вопроса о формировании мотивации здоровьесберегающего поведения рекомендации не будут эффективны, а знания о сохранении здоровья не будут востребованы;

– необходимо повысить активность педагогов и родителей в профилактике аддиктивного поведения умственно отсталых подростков;

– в профилактике аддиктивного поведения умственно отсталого ребенка в качестве обязательной составляющей должны рассматриваться темы предупреждения табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков, что будет способствовать предупреждению иных нарушений поведения.

Библиографический список

1. Исаев, Д. Д. Психопрофилактика в практике педиатра [Текст] / Д. Д. Исаев. – М. : Медицина, 1984. – 192 с.

2. Исаев, Д. И. типологические модели поведения подростков с различными формами аддиктивного поведения [Текст] / Д. Д. Исаев. – СПб., 1999.

3. Кулаков, С. А. Руководство по реабилитации наркозависимости [Текст] / С. А. Кулаков. – М. : Речь, 2006. – 210 с.

4. Тихомирова, Л. Ф. Как сформировать у школьника здоровый образ жизни. Праздники, классные часы, деловые игры, театрализованные программы /

Л. Ф. Тихомирова. – Ярославль : Академия развития, 2007. – Серия: Методика воспитательной работы. – 180 с.

5. Тихомирова, Л. Ф. Теоретико-методические основы здоровьесберегающей педагогики : автореф. дис. ... д-ра пед. наук. – Ярославль, 2004. – 46 с.

Bibliograficheskiy spisok

1. Isaev, D. D. Psihoprofilaktika v praktike pediatria [Tekst] / D. D. Isaev. – M. : Medicina, 1984. – 192 s.

2. Isaev, D. I. tipologicheskie modeli povedeniya podrostkov s razlichnymi formami addiktivnogo povedeniya [Tekst] / D. D. Isaev. – SPb., 1999.

3. Kulakov, S. A. Rukovodstvo po reabilitacii narkozavisimosti [Tekst] / S. A. Kulakov. – M. : Rech', 2006. – 210 s.

4. Tihomirova, L. F. Kak sformirovat' u shkol'nika zdorovyj obraz zhizni. Prazdniki, klassnye chasy, delovye igra, teatralizovannye programmy / L. F. Tihomirova. – Jaroslavl' : Akademija razvitija, 2007. – Serija: Metodika vospitatel'noj raboty. – 180 s.

5. Tihomirova, L. F. Teoretiko-metodicheskie osnovy zdorov'esberegajushhej pedagogiki : avtoref. dis. ... d-ra ped. nauk. – Jaroslavl', 2004. – 46 s.