

Физическое развитие как метод ранней диагностики аддиктивного поведения среди студентов

КУЗНЕЦОВ И.А.

к.м.н., доцент кафедры физического воспитания,
зам. зав. кафедрой по научной и учебно-методической работе
Астраханского государственного технического университета

БИСАЛИЕВ Р.В.

к.м.н., зам. руководителя по научной работе наркологического учебно-научно-лечебного центра
Астраханской государственной медицинской академии

С целью разработки наиболее информативных показателей физического состояния здоровья и использования их в ранней диагностике донозологических форм употребления психоактивных веществ (ПАВ) в среде студенческой молодежи обследовано 44 студента мужского пола технического университета. Результаты исследований свидетельствуют, что для выявления возможной склонности студентов-юношей к употреблению ПАВ наиболее информативными тестами являются: бег на 30 м, челночный бег 5х10 м, прыжок в длину с места, кистевая динамометрия. Полученные результаты могут быть использованы как в структуре технологий ранней диагностики аддиктивного поведения, так и для решения задач его профилактики.

Проблема раннего выявления немедицинского потребления спиртных напитков и наркотических веществ в студенческой среде является одной из самых актуальных в комплексе мер по охране здоровья населения. А.М. Балашов [1] считает, что в рамках проблемы национальной безопасности на сегодняшний день рассматриваются главным образом мероприятия, связанные с решением оборонных, экономических, экологических, внутриполитических вопросов. Однако каждая позитивная национальная доктрина обязана не просто учитывать сохранность здоровья населения, но ставить проблемы здравоохранения в доминирующее положение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, употребление ПАВ студентами в США достигает 30–50% [5, 7]. В России число потребителей алкоголя, наркотических и психотропных средств среди студентов колеблется в пределах от 15 до 75,5% [2, 3, 5]. Б.Ф. Калачев [цит. по 2] предполагал, что только в среде учащейся молодежи и студенчества может находиться до 500 тыс. чел., часто прибегающих к наркотическим и другим дурманящим веществам, и до 5 млн тех, кто попробовал наркотик хотя бы один раз в жизни.

В имеющемся огромном количестве работ, посвященных проблеме аддиктивного поведения, преобладают исследования дезадаптивных личностных расстройств, клинико-психопатологических и социальных факторов. При этом практически не анализируется динамическая взаимосвязь между риском приобщения к ПАВ и физическим состоянием здоровья. Вместе с тем, исследование преморбидных особенностей физического развития наркологических больных показало, что задержка физического развития или умеренные нарушения (слабые, средние по Международной классификации функционирования, составляющие 25–49% от нормы), включающие физическую силу, выносливость, отмечались в 22,6% случаев [6]. Под физическим развитием понимаются размеры и форма тела, соответствующие возрастной норме [4, 11, 12]. В широком смысле данного понятия физическое развитие включает и функциональное состояние организма.

Цель настоящего исследования заключалась в разработке наиболее информативных показателей физического состояния здоровья для выявления и использования их в

ранней диагностике донозологических форм употребления ПАВ в среде студенческой молодежи.

Вследствие того, что болезни патологической (химической) зависимости чрезвычайно распространены у мужчин, выборку составили 44 студента мужского пола Астраханского государственного технического университета в возрасте от 17 до 21 года (средний возраст $18 \pm 0,7$ года). Известно, что пик потребления психотропных средств с немедицинскими целями отмечается в возрастном интервале от 18 до 25 лет, захватывая и студенческий период [8].

Нами были выделены две группы.

Первая, основная, группа в количестве 19 чел. — группа социального «риска». Юноши данной группы воспитывались в неполных семьях — 42,1% (8 чел.); периодически (от одного до трех раз в месяц) употребляли спиртные напитки — 36,8% (7 чел.); хотя бы один раз в своей жизни пробовали наркотические или другие ПАВ — 42,1% (8 чел.); все без исключения являются «курильщиками». За период обучения в школе и вузе респонденты данной группы практически никогда не занимались в спортивных секциях; 68,4% (13 чел.) из этой группы имели средний уровень успеваемости в вузе, 31,5% (6 чел.) — слабый.

В качестве контрольной, «благополучной», группы были взяты 25 чел., которые воспитывались в полных семьях и никогда не употребляли алкоголь и наркотики.

Взаимосвязь изучаемых нами показателей во многом предопределяет их личностные качества, а вместе с ними и позитивное отношение к различным видам деятельности [4, 9].

В таблице представлены данные, характеризующие физическое развитие и двигательную подготовленность исследуемых групп студентов в начале эксперимента.

Достоверных различий в обеих группах по антропометрическим показателям не выявлено.

При сравнении среднестатистических показателей физической подготовленности установлено, что группа социального «риска» существенно отстает от группы «благополучных» в следующих видах испытаний — в беге на 30 м ($p < 0,01$) и в челночном беге 5х10 м ($p < 0,01$).

Одной из задач данного исследования была оценка двигательных способностей с помощью оценочных шкал. Нами

Показатели физического развития и уровня двигательной подготовленности студентов изучаемых групп в начале эксперимента, $M \pm m$

Показатели физического развития и уровня двигательной подготовки	1-я группа, N=19	2-я группа, N=25	p
Длина тела, см	173,5±2,6	177,8±1,2	>0,05
Масса тела, кг	66,1±1,5	70,3±0,5	>0,05
Окружность грудной клетки, см	87,1±0,6	92,0±0,4	>0,05
Бег 1000 м, с	309,0±0,07	310,0±0,03	>0,05
Бег 30 м, с	6,1±0,1	5,7±0,04	<0,01
Прыжок в длину с места, см	186,3±4,6	195,7±1,9	<0,05
Кистевая динамометрия, кг	28,8±1,4	35,1±0,5	<0,01
Челночный бег 5x10 м, с	16,6±0,15	16,0±0,05	<0,01
Примечание. N — количество студентов в группах; 1-я группа — основная; 2-я группа — контрольная; различия достоверны при $p > 0,05$			

использовались 10-балльные пропорциональные шкалы, разработанные во Всероссийском научно-исследовательском институте физической культуры (ВНИИФК), Москва, которые нашли широкое применение в практике физического воспитания. В данной системе оценки результаты тестов переводятся в баллы по формуле, предложенной А.Н. Журовым [цит. по 11]:

$$T = 5,0 \pm (x - \bar{x}) / 0,5,$$

где T — оценка результатов в баллах; x — результат испытуемого; $\bar{x}$ — средний результат обследованных; 0,5 — величина стандартного отклонения.

Интегральная оценка подготовленности определялась по сумме баллов, согласно критериям, разработанным С.Ю. Тюленьковым [13].

Анализ полученных данных показал, что в 1-й группе у 75,6% обследованных зарегистрирован низкий и очень низкий уровень, а у 24,4% — уровень выше среднего и высокий. При этом в данной группе основными отстающими звеньями в структуре двигательной подготовленности были: координация, выносливость, скоростно-силовые качества. На наш взгляд, это можно объяснить более слабой физической подготовкой, вследствие как нежелания заниматься физической культурой, так и негативным влиянием на состояние здоровья алкоголя и других дурманных веществ. Некоторые авторы [10] выявили, что психологические факторы риска обращения молодежи к ПАВ тесно коррелируют с моторной неловкостью и плохой физической выносливостью.

Для второй группы характерными были следующие показатели: на первом месте констатирован высокий уровень физической подготовленности — у 46,7%; далее следовали уровни выше среднего — у 22,1%, ниже среднего и низкий — у 25,0%, очень низкий — у 16,2% обследованных. В данной группе ведущими звеньями были скорость, координация, скоростно-силовые качества и выносливость.

Согласно данным литературы [9], для людей, употребляющих ПАВ, характерно нарушение функции координации. Это послужило основанием для включения в исследование

дополнительных координационных тестов. Ставилась задача выполнить прыжок в длину с места и проявить усилие на ручном динамометре, равное 50% от максимального. Испытания показали, что достоверные межгрупповые различия выявлены в результатах в прыжках в длину с места ($p < 0,01$) и кистевой динамометрии 50% от максимального усилия ($p < 0,05$), что также иллюстрирует в целом более низкий уровень физического здоровья у представителей группы социального «риска».

Таким образом, обнаружены разные уровни физической подготовленности. В основной группе преобладали низкий и очень низкий уровень, тогда как в группе контроля — высокий и выше среднего уровни. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для выявления возможной склонности студентов-юношей к употреблению ПАВ наиболее информативными тестами являются: бег на 30 м, челночный бег 5x10 м, прыжки в длину с места и кистевая динамометрия.

Занятия физической культурой и спортом, по мнению многих отечественных авторов, являются альтернативными программами профилактики аддиктивного поведения [10, 14], так как они помогают развивать такие черты характера, как уверенность в себе, эмоциональная устойчивость, самоконтроль и многие другие. Однако, на наш взгляд, специально разработанные индивидуально-ориентированные программы физического воспитания могут быть направлены на коррекцию имеющихся нарушений со стороны органов и систем.

Полученные результаты могут быть использованы как в структуре технологий ранней диагностики аддиктивного поведения, так и для решения задач его профилактики.

Список литературы

1. Балашов А.М. Парадокс патогенетической терапии наркоманий // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 27–32.
2. Бисалиев Р.В., Великанова Л.П. Молодежная алкоголизация и наркотизация как социально-психологическая проблема. Россия и регион: политические, правовые, экономические и гуманитарные проблемы: Материалы межрегиональной научной конференции. — Астрахань, 2003. — С. 33–36.

3. Бисалиев Р.В., Великанова Л.П. Распространенность наркомании в студенческой среде. Современные достижения фундаментальных наук в решении актуальных проблем медицины: Материалы научно-практической конференции с международным участием и школы-семинара для молодых ученых. — Астрахань — Москва, 2004. — С. 241—244.
4. Байярд Р.Т., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток: Практическое руководство для отчаявшихся родителей. — М., 1991. — С. 34—39.
5. Гаранский А.Н. Наркомании: методические рекомендации по преодолению наркозависимости. — М.: Лаборатория базовых знаний, 2000. — 384 с.
6. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2003. — 250 с.
7. Иванова А.В., Овчинникова И.В. Опыт организации работы по профилактике употребления психоактивных веществ молодыми людьми в Ивановском государственном энергетическом университете. Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской научной конференции. — Иваново, 2005. — С. 121—123.
8. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия в 2-х т. Т. 1 / Пер. с английского. — М.: Медицина, 1994. — 528 с.
9. Личко А.Б., Битенский В.С. Подростковая психиатрия. — М.: Медицина, 1985. — 286 с.
10. Малыгин В.Л., Туревский И.М., Григорьев Л.А. Коррекция дезадаптивных личностных свойств, как факторов риска приобщения к психоактивным веществам. Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской научно-практической конференции. — Иваново, 2005. — С. 135—136.
11. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. — М.: Академия, 2001. — С. 55—71.
12. Смирнов В.М., Дубровский В.И. Физиология физического воспитания и спорта: Учебник для вузов. — М., 2002. — 608 с.
13. Тюленков С.Ю. Теоретико-методологические аспекты управления подготовкой высококвалифицированных футболистов: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.п.н. — 1996. — 44 с.
14. Шевченко Ю.С. Этологические корни агрессии, пути ее социализации. Серийные убийства и социальная агрессия // Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-й Международной научной конференции. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 543—546.