

О.И. Денисова, Л.С. Намазова-Баранова, Г.А. Каркашадзе, А.К. Геворкян, О.И. Маслова, М.С. Котлярова, С.Б. Лазуренко, С.Н. Зоркин, Т.А. Константиныди, М.Л. Лазарев, С.Д. Поляков

Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Формирование туалетных навыков у детей из семей общей популяции и семей с высоким социально-экономическим статусом. Сравнительное исследование

Контактная информация:

Денисова Ольга Игоревна, врач-педиатр отделения комплексного медицинского наблюдения за детьми НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 2, тел.: +7 (495) 967-14-20, e-mail: beliyhalat@gmail.com

Статья поступила: 09.11.2014 г., принята к печати: 04.03.2015 г.

Цель исследования: сравнение основных параметров формирования навыков туалета у детей из семей общей популяции и детей из семей с высоким социально-экономическим статусом. **Методы.** Проведено анкетирование 1068 родителей детей в возрасте от 2 до 5 лет с помощью специально разработанного вопросника. **Результаты.** Всего обследовано 1012 детей общей популяции (ОП) и 56 детей из семей с относительно высоким социально-экономическим статусом (ВСЭС). Средний возраст детей к моменту начала обучения навыкам туалета в группах оказался одинаковым: $15,17 \pm 0,23$ мес (группа ОП) и $15,6 \pm 0,8$ мес (группа ВСЭС). В группе ОП обучение в возрасте ребенка до 1 года жизни начинало 29,5% родителей — в два раза чаще, чем в группе ВСЭС. Дети из группы высокого социально-экономического статуса завершают обучение примерно на 1,9 мес раньше. Средняя продолжительность обучения туалетным навыкам от самых первых попыток обучения до полного освоения туалетных навыков в группе ВСЭС оказалась более чем на 2 мес короче, чем в группе ОП: $10,5 \pm 0,6$ против $12,88 \pm 0,41$ мес ($p < 0,05$). Выявлены существенные различия в методологии обучения: родители группы ОП более привержены к принудительным высаживаниям ребенка на горшок и более активным действиям при большей вариабельности методологии, тогда как в группе ВСЭС методология более однородна и доминируют техники, ориентированные на выбор ребенка и умеренную активность родительских действий в основной стадии обучения. **Заключение.** Методология обучения детей навыкам туалета в семьях с высоким социально-экономическим статусом отличается от наиболее популярных в общей популяции. Обучение туалетным навыкам в группе ВСЭС несколько быстрее и завершается также несколько ранее. Семьи из общей популяции чаще сталкиваются с неудачами и вынуждены предпринимать повторные попытки обучения.

Ключевые слова: дети, туалетные навыки, гигиенические навыки, обучение навыкам туалета, семьи с высоким социально-экономическим статусом.

(Для цитирования: Денисова О.И., Намазова-Баранова Л.С., Каркашадзе Г.А., Геворкян А.К., Маслова О.И., Котлярова М.С., Лазуренко С.Б., Зоркин С.Н., Константиныди Т.А., Лазарев М.Л., Поляков С.Д. Формирование туалетных навыков у детей из семей общей популяции и семей с высоким социально-экономическим статусом. Сравнительное исследование. *Педиатрическая фармакология*. 2015; 12 (2): 156–165. doi: 10.15690/pf.v12i2/1278)

O.I. Denisova, L.S. Namazova-Baranova, G.A. Karkashadze, A.K. Gevorkyan, O.I. Maslova, M.S. Kotlyarova, S.B. Lazurenko, S.N. Zorkin, T.A. Konstantinidi, M.L. Lazarev, S.D. Polyakov

Scientific Center of Health of Children, Moscow, Russian Federation

Toilet Training of Children from the General Population and From Families with a High Social and Economic Status. Comparative Research

Goal: to compare the main parameters of toilet skills formation in between children of the common population and those from families with a high social and economic status. **Methods:** 1068 parents with children 2–5 years of age were questioned using a specially developed questionnaire. **Results:** 1012 children from the common population (CP) and 56 children from families with a relatively high economic and social status (RHESS) were studied. The average age at the beginning of toilet training appeared to be the same $15,17 \pm 0,23$ months (CP) and $15,6 \pm 0,8$ months (RHESS). In the CP group 29.5% of parents started toilet training before their children reached the age of 1 year — which is twice more often than in the RHESS group. The RHESS children finish toilet training approx. 1.9 months earlier. The overall training turned out to be shorter in the RHESS group by more than 2 months: $10,5 \pm 0,6$ against $12,88 \pm 0,41$ months ($p < 0,05$). Serious differences were discovered in the teaching methods: parents from the CP group are more inclined towards forced placement of the child onto the pot and to more active actions demonstrating at the same time more variety in methodology, while in the RHESS group the methodology is more homogeneous with techniques oriented at the child's choice and a moderate parental activity are dominating.

Conclusion. The methods of child toilet training in families with a high economic and social status is different from those most popular in the general population. The training in the RHESS group is slightly faster and is concluded earlier.

Key words: children, toilet training, hygiene skills, toilet skills, families with a high social and economic status.

(For citation: Denisova O.I., Namazova-Baranova L.S., Karkashadze G.A., Gevorkyan A.K., Maslova O.I., Kotlyarova M.S., Lazurenko S.B., Zorkin S.N., Konstantinidi T.A., Lazarev M.L., Polyakov S.D. Toilet Training of Children from the General Population and From Families with a High Social and Economic Status. Comparative Research. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2015; 12 (2): 156–165. doi: 10.15690/pf.v12i2/1278)

ОБОСНОВАНИЕ

Формирование туалетных навыков у детей представляет собой сложную социально-медицинскую проблему, которая затрагивает интересы большого количества субъектов: родителей, психологов и педагогов, врачей нескольких специализаций, фирм-производителей подгузников [1]. Туалетные навыки базируются на процессах психомоторной, физической и соматической зрелости, однако их формирование во многом зависит от социально-экономической составляющей и культурных традиций, что влияет на позицию родителей по этому вопросу [1–5]. Проведенные за рубежом исследования продемонстрировали зависимость параметров обучения детей навыкам туалета от социально-культурологических факторов [6, 7]. Однако, исследовательский интерес ученых в этом вопросе не ограничивается констатацией факта влияния социально-экономических условий на обучение туалетным навыкам. Важно детализировать факторы и установить характер влияния каждого из них на этот процесс. Только с учетом этого педиатрическое сообщество способно выработать ответственную позицию и адекватные для практической реализации рекомендации по формированию навыков туалета в свете охраны здоровья и развития ребенка.

В 2010 г. в нашем Центре было проведено первое отечественное ретроспективное исследование формирования навыков туалета у детей московской агломерации, результаты которого представлены в публикациях [8, 9]. Исследованием были установлены основные временные параметры формирования навыков туалета, их связь с нервно-психическими, соматическими и социально-семейными факторами. Так, определена связь формирования туалетных навыков с рядом социокультуральных и экономических факторов: обучение было менее успешно у детей, матери которых имели более низкий уровень образования, в семьях с материально-финансовым положением ниже среднего уровня, в неполных семьях и в семьях с сибсами-близнецами. Но исследование имело определенные ограничения и возможности сокрытия истины или ожидаемого ответа на вопросы финансово-материального плана: оно исходно было нацелено на общую популяцию, поэтому было трудно отнести этих респондентов по их ответам в обособленные группы семей с особым социально-экономическим статусом и провести таким образом сравнительный групповой анализ. В связи с этим встал вопрос о дополнительном исследовании с целью более полного и достоверного раскрытия вопроса о зависимости туалетных навыков от социальной составляющей. Было решено продолжить исследование и провести 2-й его этап, применив тот же инструментарий (анкетирование) на специально выделенной группе детей из семей с высоким социально-экономическим статусом. Социально-экономический статус является комплексным понятием, влияние которого на психологическое развитие и благополучие носит сложный опосредованный характер [10].

Для отбора детей в эту группу необходимы такие существенные критерии, которые, с одной стороны, свидетельствуют о высоком материальном достатке, высоком уровне бытового комфорта и определенном социальном статусе семей, с другой — должны быть основаны не на мнениях респондентов о самих себе, а подтверждены документально. Таким условиям соответствуют семьи, заключающие дорогостоящие договоры о медицинском наблюдении за их детьми на длительный период: высокая платежеспособность и забота о здоровье ребенка

позволяет условно отнести эти семьи в группу с относительно высоким социально-экономическим статусом. Таким образом, мы смогли выделить группу семей с особым социально-экономическим статусом, что позволило рассчитывать на сравнительное исследование с общепопуляционной группой.

Цель второго этапа исследования — сравнение основных параметров формирования навыков туалета у детей из семей общей популяции (установленных в ходе первого этапа исследования) и семей с высоким социально-экономическим статусом (установленных в ходе второго этапа исследования). В данной статье представлены результаты второго этапа исследования.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн исследования представлен на рис. 1.

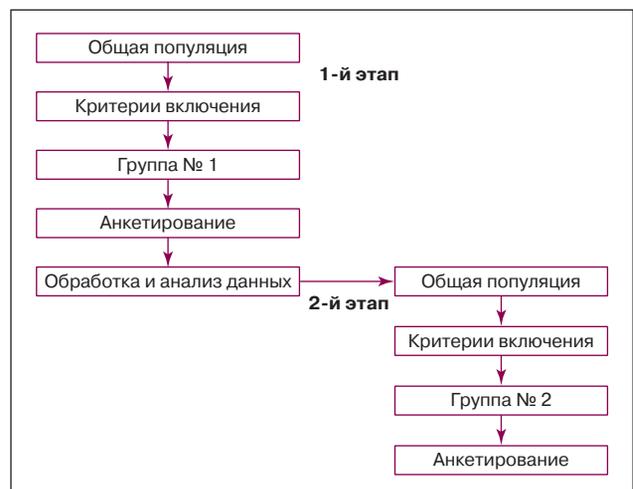
Критерии соответствия. В первую группу исследования — общепопуляционную — включались здоровые дети в возрасте от 2 до 5 лет из семей, проживающих в Москве и ближнем Подмоскowie; не страдающие задержками психического и/или речевого развития, а также хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Во вторую группу (дети из семей с высоким социально-экономическим статусом) участников определяли по дополнительным критериям:

- наличие жилой площади более 100 м²;
- заключение договора о медицинском наблюдении за ребенком стоимостью более 100 тыс. рублей в год.

Наличие большой жилой площади мы относим к одним из базовых бытовых показателей высокого социально-экономического статуса семьи. Заключение договора о медицинском наблюдении в НЦЗД стоимостью свыше 100 тыс. рублей в год является задокументированным свидетельством высоких экономических возможностей и в определенной степени — высокого социального статуса семьи, в приоритете которой — охрана здоровья своего ребенка. Наблюдение сотрудниками НЦЗД детей из этих семей на дому гарантировало подтверждение заявленных респондентами объемов жилой площади. Техническим условием допуска к исследованию являлась регистрация паспортных данных респондентов.

Условия проведения. Исследование-анкетирование проводилось на базе НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения (НИИ ПП и ВЛ) ФГБНУ «НЦЗД» (Москва). Местом проведения опроса были дет-

Рис. 1. Дизайн исследования



Примечание. Группа № 1 — общепопуляционная; группа № 2 — дети из семей с высоким социально-экономическим статусом.

ские сады и консультативно-диагностический центр НИИ ПП и ВЛ ФГБНУ «НЦЗД».

Продолжительность исследования. Исследование проводилось поэтапно:

- I — с 01.02.2011 по 31.07.2011 г.;
- II — с 01.12.2012 по 30.06.2013 г.

Описание медицинского вмешательства. Исследование проводилось с помощью выборочного опроса 1140 респондентов (родителей) о формировании туалетных навыков у их детей с регистрацией полученной информации в специально разработанной анкете. Типовая анкета была разработана сотрудниками отделения когнитивной педиатрии НИИ ПП и ВЛ ФГБНУ «НЦЗД» с участием группы экспертов Союза педиатров России и содержала 54 вопроса. По результатам контроля правильного заполнения анкет из них к окончательному участию в исследовании было допущено 1068.

Анализ в подгруппах. В ходе исследования все участники были разделены на 2 группы. К группе № 1 отнесли детей из общей популяции — общепопуляционная группа (ОП). В этой группе проводился основной анализ. Ко второй группе отнесли участников из семей с высоким социально-экономическим статусом (ВСЭС). В этой группе проводился дополнительный анализ. Также проводился сравнительный анализ по группам.

Этическая экспертиза. Респонденты получили полную информацию об исследовании и дали осознанное и добровольное согласие на участие, подписав соответствующий документ.

Таблица 1. Средний возраст детей-участников исследования и их родителей (%)

Параметры	Группа № 1	Группа № 2
Возраст ребенка, годы	4,6 ± 0,1	4,5 ± 0,2
Возраст матери, годы	33 ± 0,4	34 ± 1,0
Возраст отца, годы	36 ± 0,4	38 ± 1,0

Таблица 2. Гендерная структура сравниваемых групп (%)

Пол	Группа № 1	Группа № 2
Девочки	45	60,7
Мальчики	55	39,3
Всего	100	100

Таблица 3. Структура групп по месту жительства (%)

Место проживания	Группа № 1	Группа № 2
Москва	90,3	94,6
Город в Подмосковье с населением до 100 тыс. жителей	9,7	5,4
Всего	100	100

Таблица 4. Структура групп по составу семьи (%)

Тип семьи	Группа № 1	Группа № 2
Полная	90,4	94,6
Неполная	9,6	5,4
Всего	100	100

Статистический анализ. Статистическую обработку данных проводили с помощью компьютерной программы Statistica. Статистическую достоверность полученных результатов оценивали по критериям Манна–Уитни, Краскела–Уоллиса, Вилкоксона, хи-квадрат (χ^2).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характеристика участников исследования

В группу № 1 (группа ОП) вошло 1012 участников, в группу № 2 (ВСЭС) — 56.

Возрастная структура участников исследования и их родителей в двух группах сопоставима (табл. 1), гендерная же структура несколько различалась (табл. 2), что, видимо, носит случайный характер, учитывая небольшое количество участников во второй группе.

В 1-й группе к моменту опроса туалетные навыки были уже закреплены у 86,4% детей (у 9,8% не сформировался туалетный навык мочеиспускания, у 10,1% — навык дефекации). Во 2-й группе к моменту опроса туалетные навыки были сформированы у 100% детей.

Незначительные различия в гендерной структуре и структуре сформированности навыков к моменту опроса могут определять некоторые ограничения в трактовке результатов исследования.

Обе группы были сопоставимы по месту проживания и полноте состава семей (табл. 3, 4).

Группы диаметрально различались по обеспеченности семей жилыми комнатами (рис. 2) и финансовым возможностям приобретения товаров (рис. 3), что демон-

Рис. 2. Число жилых комнат в квартирах/домах семей-участников исследования



Рис. 3. Финансовые возможности семей-участников исследования

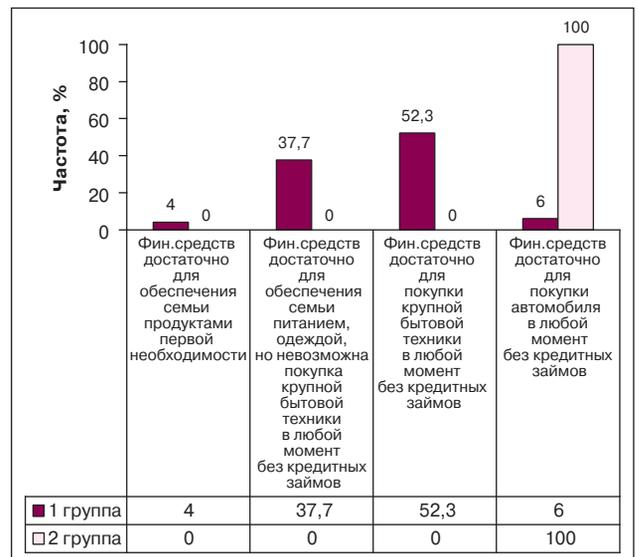
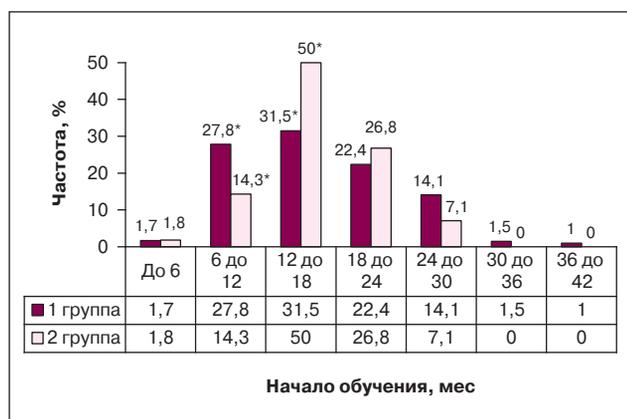


Рис. 4. Структура возрастных периодов начала обучения навыкам туалета



Примечание. * — $p < 0,05$.

стрирует корневое условие их разграничения — различный социально-экономический статус, и также подтверждает эффективность критериев отбора участников во вторую группу.

Основные результаты исследования Начало обучения навыкам туалета

Средний возраст ребенка к началу обучения туалетным навыкам в группе № 1 составил $15,17 \pm 0,23$ мес, в группе № 2 — $15,6 \pm 0,8$ мес. Учитывались только те случаи, когда родители систематически обучали детей туалетным навыкам. В группе № 1 не отмечалось гендерных различий по этому показателю, а в группе № 2 таковые имелись (для девочек начало обучения в $16,1 \pm 1,1$, для мальчиков — в $14,8 \pm 1,1$ мес), но ввиду их не достоверности данные начала обучения туалетным навыкам в корректировке не нуждаются.

Средний возраст не отражает всех временных нюансов начала обучения навыкам туалета, поэтому дополнительно проведен анализ временной периодизации (рис. 4).

Установлены следующие отличия: если в группе № 1 почти в два раза чаще начинали обучение с 6 до 12 мес, то в группе № 2 более чем в 1,5 раза чаще начинали обучение от 12 до 18 мес. Таким образом, несмотря на идентичные средние значения, в целом до 1 года чаще начинали обучение родители общепопуляционной группы, а от 1 до 1,5 лет — родители группы с высоким социально-экономическим статусом.

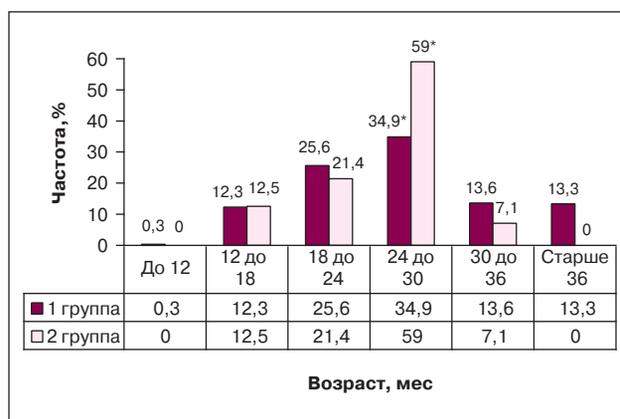
В возрасте до 1 года начинали процесс обучения туалетным навыкам 29,5% (более 1/4) семей 1-й группы, 16,1% ($p < 0,05$) — 2-й. В возрасте до 18 мес — примерно с одинаковой частотой: в 1-й группе — 60% семей, во 2-й — 66,1%.

Окончание формирования навыков туалета

При оценке сформированности туалетных навыков мы не рассматривали в качестве показательных мочеиспускания во время ночного сна, так как известно, что в возрасте до 5 лет непроизвольные ночные мочеиспускания считаются физиологическим явлением (следовательно, не представляется возможным оценить степень сформированности навыка туалета во время сна).

Оценка сроков окончания формирования навыков туалета для детей группы № 1 затруднялась в связи с тем, что у 13,6% детей к моменту опроса эти навыки оконча-

Рис. 5. Сравнительная характеристика возрастных периодов овладения навыком мочеиспускания



Примечание. * — $p < 0,05$.

тельно еще не закрепились. Таким образом, ориентация только на показатели детей со сформированным навыком не отражала бы реальных сроков окончания формирования туалетных навыков (искажала бы их в сторону более раннего окончания). Вместе с тем получить реальные значения окончания формирования навыков туалета у детей с несформировавшимися к моменту опроса навыками не представлялось возможным. В связи с этим мы ввели для учета дополнительный показатель — прогнозируемый средний возраст овладения туалетным навыком по максимально негативному сценарию прогноза. Этот параметр рассчитывался из условного допущения, что все дети от 30 мес, не овладевшие этим навыком к моменту опроса, овладеют им в возрасте 60 мес (5 лет), и показатели этих детей суммировались с показателями тех детей, которые освоили навыки туалета к моменту опроса. За средний возраст полного формирования туалетных навыков для всех детей группы № 1 мы использовали временной интервал между средними возрастными тех, кто уже овладел навыками, и показателями прогнозируемого среднего возраста овладения туалетными навыками по максимально негативному сценарию прогноза (табл. 5, рис. 5).

В группе № 2 полное овладение навыками туалета, а также навыки контроля за мочеиспусканием в бодрствовании достигались более чем на 2 мес раньше. В группе № 1 отмечались гендерные различия по полному овладению навыками туалета: для девочек — $27,03 \pm 0,55$, для мальчиков — $28,82 \pm 0,58$ мес. При дополнительном пересчете для допущения, что в первой группе дети по полу были бы распределены в той же пропорции, что и во второй, средний возраст полного овладения туалетными навыками в группе № 1 составил бы 27,75 мес, а не 28,04. Но и в этом случае различие с группой № 2 (27,75 против 25,8 мес) является достоверным.

В группе № 2 до 2,5 лет туалетным навыком мочеиспускания в бодрствовании овладело 92,9% детей, в то время как в группе № 1 значительно меньше — 73,1% ($p < 0,05$), хотя к возрасту до 2 лет достоверных различий не отмечалось (наметилась даже противоположная тенденция).

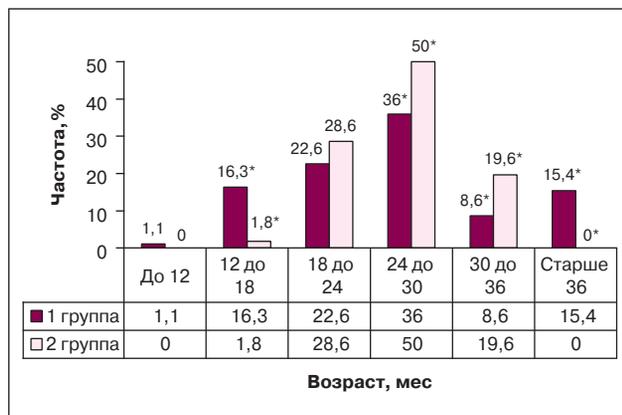
До 18 мес (достаточно рано) в первой группе навыками дефекации овладела значительно большая часть детей (16,3 против 1,8%; $p < 0,05$), но к 2,5 годам доли овладевших навыками дефекации в двух группах были паритетными (36 и 50%; рис. 6).

Таблица 5. Оценка сроков окончания формирования туалетных навыков

Показатель	Средний возраст детей к моменту полного овладения туалетным навыком среди овладевших навыком к моменту опроса		Прогнозируемый средний возраст овладения туалетным навыком по максимально негативному сценарию прогноза		Средний возраст овладения туалетным навыком мочеиспускания во время бодрствования для всех детей	
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 1	Группа № 2
Туалетные навыки мочеиспускания в бодрствовании, мес	24,68 ± 0,26	23,30 ± 0,7	25,74 ± 0,33*	23,3 ± 0,7*	24,68–25,74 ± 0,33	23,3 ± 0,7
Туалетные навыки дефекации, мес	23,79 ± 0,29	25,3 ± 0,6	25,39 ± 0,39	25,3 ± 0,6	23,79–25,39 ± 0,39	25,3 ± 0,6
Все туалетные навыки во время бодрствования (полное овладение туалетными навыками), мес	26,13 ± 0,29	25,8 ± 0,6	28,04 ± 0,40*	25,8 ± 0,6*	26,13–28,04 ± 0,40	25,8 ± 0,6

Примечание. * — $p < 0,05$.

Рис. 6. Сравнительная характеристика возрастных периодов овладения туалетным навыком дефекации

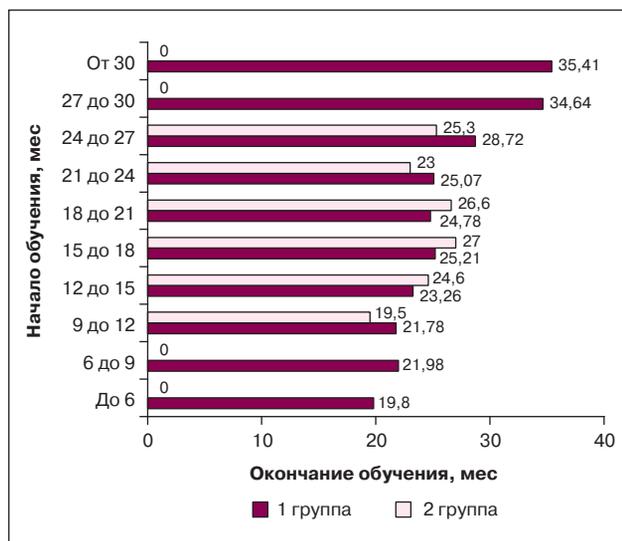


Примечание. * — $p < 0,05$.

Длительность обучения навыкам туалета

Средняя продолжительность обучения туалетным навыкам от самых первых попыток до полного овладения ими (по максимально негативному прогнозу) для 1-й груп-

Рис. 7. Связь между возрастом начала и окончания обучения навыкам туалета



пы составила 12,88 ± 0,41, для 2-й — 10,5 ± 0,6 мес ($p < 0,05$; рис. 7).

Определены две закономерности, в равной степени характерные для обеих групп: чем раньше начинается обучение навыкам туалета, тем раньше оно заканчивается; но, несмотря на это, чем раньше начинается процесс обучения, тем дольше он длится (рис. 8).

За 1 день в 1-й группе были обучены навыкам туалета 6,3% детей, во 2-й группе такие случаи не фиксировались.

В группе № 2 ведущим источником информации являлись специалисты (более 96%), что объясняется спецификой группы (договор по медицинскому наблюдению с Научным центром здоровья детей). Вместе с тем достоверно чаще родители этой группы черпали информацию из научно-популярной литературы (41 против 18%, $p < 0,05$; рис. 9).

Группировка друзей, знакомых, родственников и сетевых сообществ в один источник (Опыт и мнение других людей) занимала доминирующую позицию в 1-й группе — 48,9% (во 2-й группе — 30,4%; $p < 0,05$).

Успешность формирования навыков туалета у детей зависит от степени физиологической и психологической готовности ребенка к обучению (табл. 6). Как видно,

Рис. 8. Связь между возрастом начала и длительностью процесса обучения

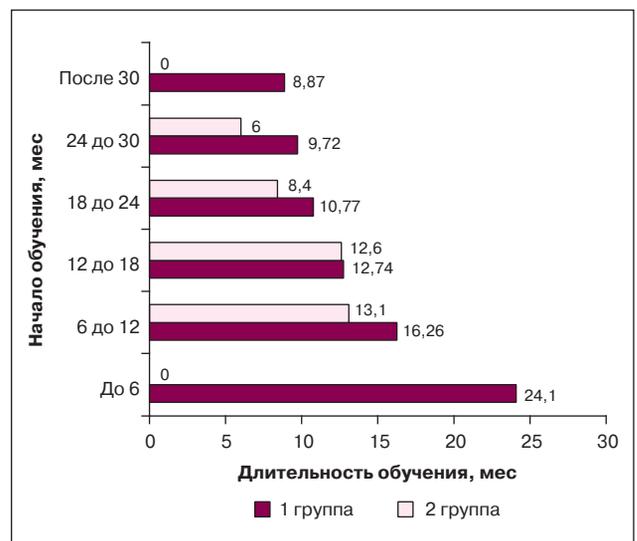


Таблица 6. Показатели развития детей к моменту начала обучения навыкам туалета

Показатели развития	Да (%)		Нет (%)		Не ответили (%)	
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 1	Группа № 2
Ребенок был способен сидеть и ходить	96,3	100	3,7	0	22,4	0
Был способен имитировать, подражать действиям взрослых	88,6	96,4	11,4	3,6	39,3	0
Понимал и использовал слова, обозначающие процессы физиологических отправлений	85,7	100	14,3	0	33,8	0
Оставался сухим, по крайней мере, 2 ч подряд или просыпался сухим после дневного сна	85,6	100	14,4	0	29,8	0
Мог выразить свое решение (сказать «нет»)	83,3	92,9	16,7	7,1	36,6	0
Наблюдалась регулярные дефекации	79,9	69,6	20,1	30,4	39,3	0
Был способен к простой (из двух слов) фразовой речи	71,4*	96,4*	28,3	3,6	36,3	0
Просился на горшок	54,0*	13*	46,0	43	33,8	0
Настаивал на том, чтобы на него надевали обычное нижнее белье, при этом он был в состоянии снять одежду или белье	33,6*	13*	66,4	43	40,4	0

Примечание. * — $p < 0,05$.

в большинстве случаев к моменту начала обучения дети обладали большим спектром признаков готовности, но в 1-й группе лишь чуть более половины из них самостоятельно просились на горшок и чуть более 1/3 настаивали на надевании нижнего белья, будучи способны снять его. Во второй группе эти признаки фиксировались еще реже — всего у 13% ($p < 0,05$). Во второй группе дети чаще обладали простой фразовой речью к началу обучения (96 против 71%; $p < 0,05$). Более 1/3 родителей из первой группы не смогли вспомнить, присутствовало или отсутствовало большинство признаков готовности к моменту начала обучения.

В период обучения туалетным навыкам ребенок находится без подгузников, что сопряжено с частыми физиологическими испражнениями в белье, в том числе во время пребывания на улице. В связи с этим родители при выборе момента начала обучения могут учитывать климатический фактор. Результаты исследования наглядно демонстрируют (рис. 10) ориентацию родителей на первые теплые месяцы года, и тенденции одинаковы для обеих групп, за исключением всплеска активности родителей группы № 2 в октябре (что выглядит труднообъяснимым). Комментарии по основным закономерностям представлены в более ранней статье.

Анализ показывает существенные различия в стратегии обучения (рис. 11): если в группе № 1 более 1/3 родителей начинали обучение путем активного высаживания на горшок (в группе № 2 — 0%), то в группе № 2 значительно чаще начинали обучение с демонстрации горшка (60,7 против 40,4%; $p < 0,05$). Также во второй группе значительно чаще (37 против 9%; $p < 0,05$) родители вообще не обучали детей туалетным навыкам активно.

В тактике обучения также зафиксированы существенные отличия (рис. 12): если в 1-й группе доминировала тактика принудительного высаживания (50,9%), то во 2-й группе чаще предлагали ребенку использовать горшок по его желанию (58,9%).

В группе № 1 значительно выше (42 против 0%; $p < 0,05$) оказалась доля родителей, которые высаживали детей более 5 раз в сут, то есть в целом высаживание на горшок проводилось более интенсивно (рис. 13).

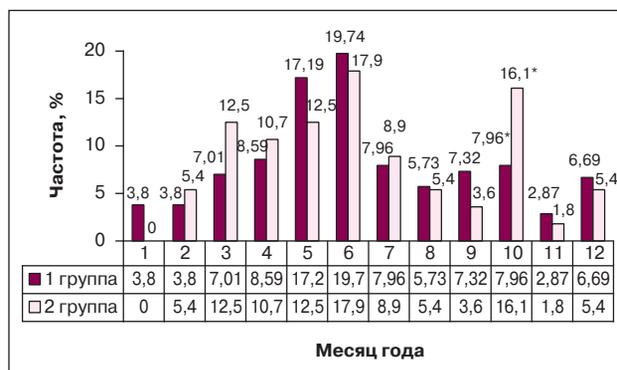
Применяемые родителями типы подгузников и средства туалета для обеих групп практически идентичны (рис. 14, 15).

Рис. 9. Основные источники информации по обучению туалетным навыкам



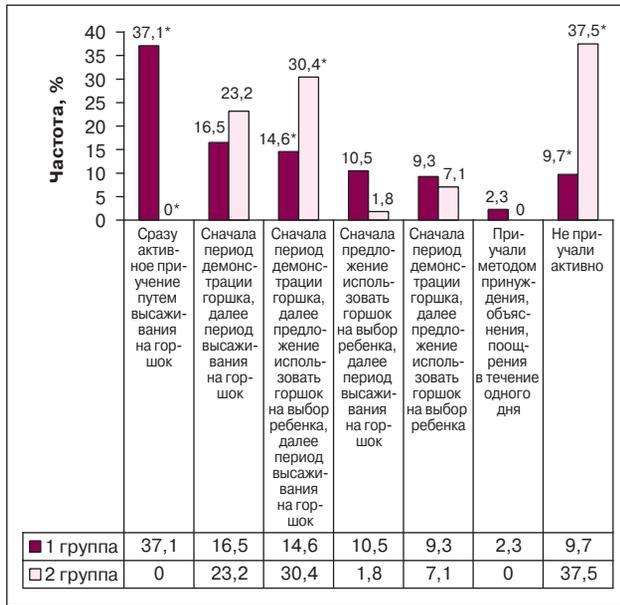
Примечание. * — $p < 0,05$.

Рис. 10. Время года к моменту начала обучения навыкам туалета



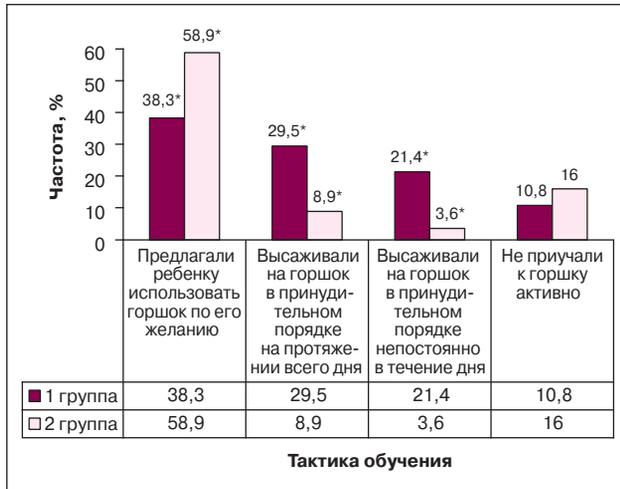
Примечание. * — $p < 0,05$.

Рис. 11. Сравнительная характеристика стратегий обучения навыкам туалета



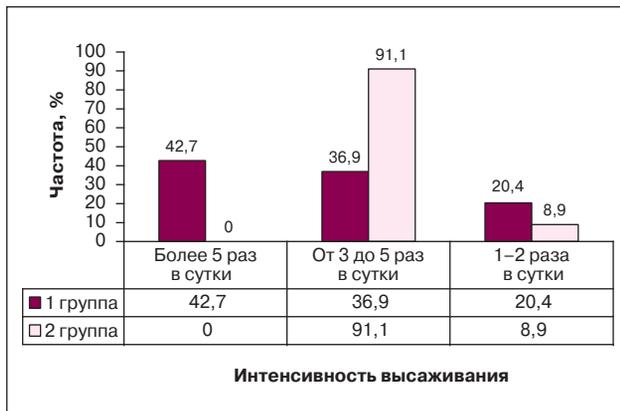
Примечание. * — $p < 0,05$.

Рис. 12. Сравнительная характеристика тактик обучения навыкам туалета



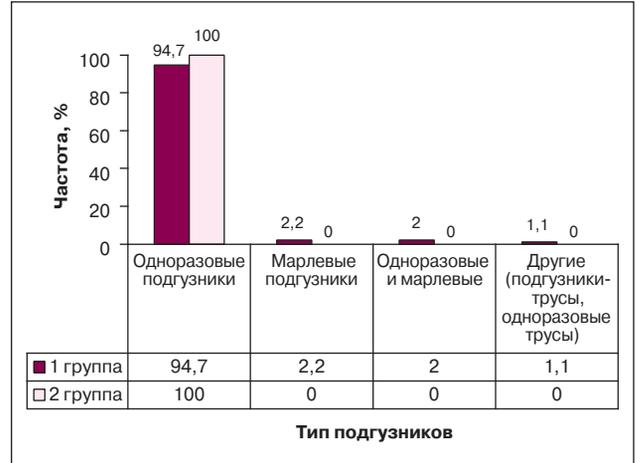
Примечание. * — $p < 0,05$.

Рис. 13. Сравнительная характеристика интенсивности высаживания на горшок в основной период обучения



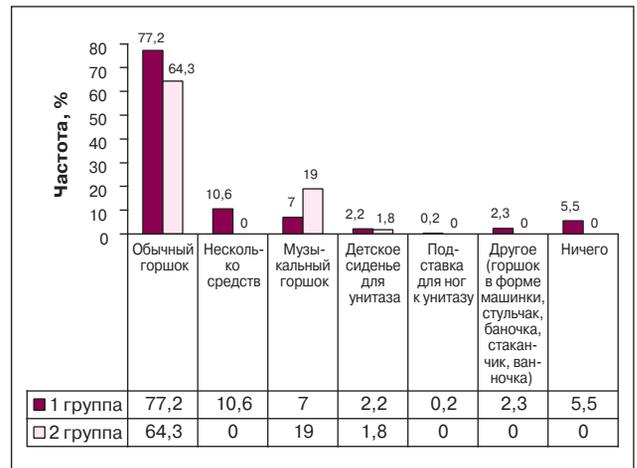
Примечание. Во всех случаях $p < 0,05$.

Рис. 14. Типы подгузников, применяемых родителями у детей



Примечание. Во всех случаях $p < 0,05$.

Рис. 15. Предметы туалета, применяемые в основной период обучения



Примечание. Во всех случаях $p < 0,05$.

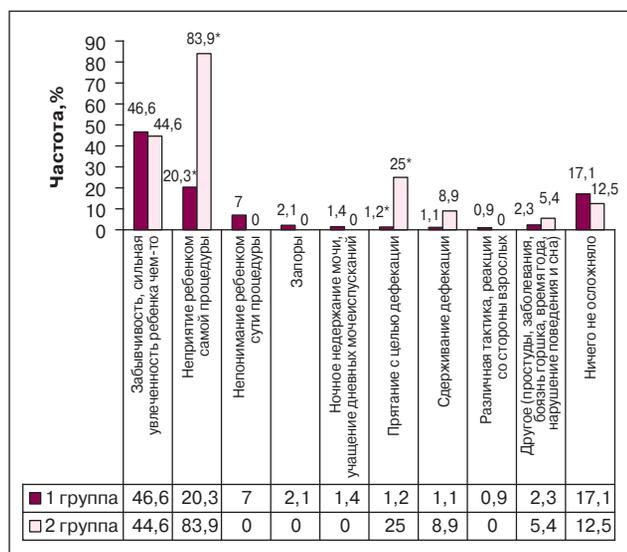
Рис. 16. Количество попыток обучения туалетным навыкам



Примечание. * — $p < 0,05$.

Во второй группе все дети обучались навыкам туалета с первой попытки, в то время как в общепопуляционной группе процент успешных первых попыток составил 63 ($p < 0,05$). Средняя продолжительность обучения туалетным навыкам по количеству попыток (рис. 16) составила $10,98 \pm 0,52$ и $10,5 \pm 0,6$ мес (1 попытка) в 1-й и

Рис. 17. Основные осложнения в процессе обучения или поводы к прекращению обучения



Примечание. * — $p < 0,05$.

2-й группе, соответственно; $14,25 \pm 0,66$ мес (2 попытки) в 1-й группе; $20,39 \pm 1,47$ мес (3 и более попыток) в 1-й группе ($p < 0,001$).

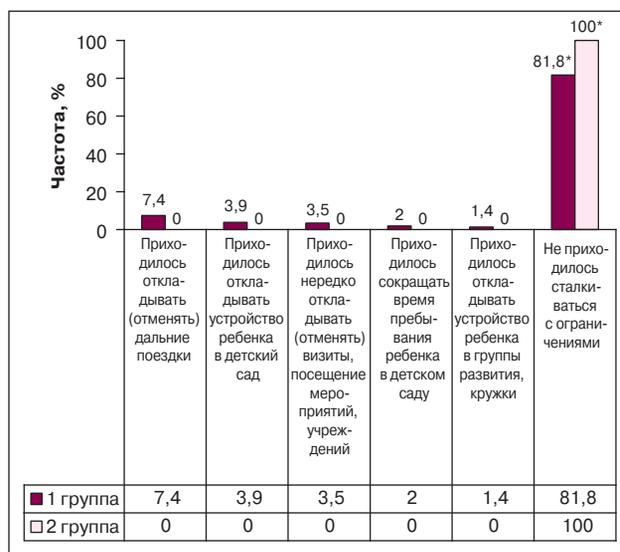
Для родителей группы № 2 неприятие ребенком самой процедуры относилось к нежелательным осложнениям почти в 90% случаев, в то время как в группе № 1 — в 20% случаев ($p < 0,05$; рис. 17, 18).

ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст детей к моменту начала обучения навыкам туалета в группах оказался одинаковым: $15,17 \pm 0,23$ (группа № 1) и $15,6 \pm 0,8$ мес (группа № 2). Однако структура возрастной периодизации начала обучения различалась. В общепопуляционной группе начало обучения в возрасте до 1 года происходило в 29,5% случаев; во второй группе — в два раза реже. В группе с высоким социально-экономическим статусом семей в 1,5 раза чаще обучение начиналось в интервале от 12 до 18 мес, а всего в этом возрастном интервале начинало обучаться 50% детей второй группы. В целом в группе ВСЭС отмечался более плотный диапазон начала обучения: в среднем интервале от 1 до 2 лет начинали обучение 76,8% родителей этой группы, в то время как в группе ОП — 53,9%. Соответственно, для группы ОП характерно более широкое распределение: в 46% случаев обучение начиналось вне среднего интервала — от 1 до 2 лет. Можно говорить о большей консолидации представлений о начале обучения в выделенной социальной группе, что еще раз подтверждает зависимость процесса формирования навыков туалета от социальной составляющей.

Дети из группы ВСЭС завершают обучение примерно на 2,2 мес раньше (в среднем в $25,8 \pm 0,6$ против $28,04 \pm 0,40$ мес в ОП). Ранее было показано, что в общепопуляционной группе девочки обучаются навыкам туалета на 1,5 мес раньше мальчиков, поэтому с учетом различий в гендерной структуре групп была проведена корректировка сравнительных данных, в результате чего разница между группами сократилась до 1,9 мес, при этом достоверность различий сохранилась. Также примерно на 2 мес раньше дети из второй группы достигли контроля навыков мочеиспускания.

Рис. 18. Социальные ограничения, которые были связаны с недостаточным владением ребенком туалетными навыками



Примечание. * — $p < 0,05$.

Анализ структуры возрастной периодизации завершения обучения туалетным навыкам мочеиспускания по двум группам показывает схожую закономерность с различиями по началу обучения. В группе ВСЭС отмечалось более плотное распределение сроков окончания обучения: в среднем интервале от 1,5 до 2,5 лет туалетным навыкам мочеиспусканий обучилось 80,4%, в то время как в группе ОП этот показатель составил 60,5%. Необходимо отметить, что в возрасте до 2,5 лет навыкам мочеиспускания обучилось почти 93% детей из группы ВСЭС и всего 73% детей из общепопуляционной группы. Что касается туалетных навыков дефекации, то существенных различий между группами ни по средним срокам, ни по структуре возрастной периодизации не отмечалось. Возможно, навыки дефекации, как более устойчивые к психофизиологическим влияниям, в меньшей степени зависят от различий в установках и моделях воспитания.

В целом, средняя продолжительность обучения туалетным навыкам от самых первых попыток обучения до полного их освоения в группе ВСЭС оказалась более чем на 2 мес короче, чем в ОП: $10,5 \pm 0,6$ против $12,88 \pm 0,41$ мес ($p < 0,05$).

Для обеих групп в равной мере характерны следующие закономерности: чем раньше начинается обучение навыкам туалета, тем раньше оно заканчивается; но, несмотря на это, чем раньше начинается процесс обучения, тем дольше он длится. Последний вывод имеет значение при интерпретации различий в длительности и сроках окончания обучения навыкам туалета. Как было показано выше, в группе ОП существенную долю занимает начало обучения до 1 года, а в группе ВСЭС — от 12 до 18 мес. С учетом закономерности большей длительности обучения при более раннем начале преобладание более раннего начала обучения до 1 года в общепопуляционной группе (в 2 раза чаще) может обусловить несколько большую длительность процесса обучения навыкам туалета и более поздние сроки его окончания. В этой связи практикуемое родителями изучаемых групп начало обучения до 1 года выглядит как минимум не эффективней более позднего начала в интервале от 12 до 18 мес. В данном случае следует

иметь в виду, что речь идет не об эффективности начала обучения до 1 года как таковом, а об эффективности начала обучения в эти сроки практикуемыми родителями методами. Данное уточнение обязательно, так как из результатов исследования не ясно, что менее оптимально — выбор срока обучения или применяемая в эти сроки методология.

Различия в психофизиологических признаках готовности детей к обучению на момент его начала отмечались лишь по трем признакам. Большая частота владения детьми из группы ВСЭС простой фразовой речью (96,4 против 71,4%) связана с преобладанием в этой группе начала обучения с возраста 12 мес, когда можно ожидать первой фразовой речи (83,9 против 70,5% в ОП). В первой группе значительно чаще дети самостоятельно просились на горшок, а также чаще настаивали на надевании нижнего белья, будучи способными снять его. Вероятно, это также сопряжено с различиями возрастной структуры начала обучения: с 2 лет, когда эти навыки более вероятны, в группе ОП начинало обучение 16,6% детей, а в группе ВСЭС — 7,1%.

Тенденции выбора календарного месяца для начала обучения в двух группах были схожими и заключались в акценте начала обучения в мае и июне — первых теплых месяцах, когда произвольные мочеиспускания на улице наиболее безопасны.

Существенные различия обнаружены в стратегии и тактике обучения туалетным навыкам. В группе ОП активное высаживание на горшок без предварительного этапа его демонстрации отмечалось в 37% семьях, тогда как в группе ВСЭС — ни разу. Соответственно, в группе ВСЭС значительно чаще начинали обучение с демонстрации горшка (60,7 против 40,4%). Также в этой группе значительно чаще (37 против 9%) родители вообще не обучали детей туалетным навыкам активно.

Тактика обучения в активной стадии также характеризовалась отличиями: дети группы ОП активней обучались тактикой принудительного высаживания (почти 51% против 12,5 в группе ВСЭС), а детям из группы ВСЭС чаще предлагалось использовать горшок по желанию (почти 59% против 38). Причем интенсивность высаживания на горшок в группе ВСЭС соблюдалась на уровне 3–5 раз в сут (у 91%), в общепопуляционной группе частота высаживания была более вариативной — более 5 раз в сут (почти 43%). Таким образом, в группе ВСЭС фиксировалась консолидированная приверженность к высаживанию детей на горшок с умеренной интенсивностью, в общепопуляционной группе на фоне преобладания высокой частоты высаживания единой приверженности не отмечено. Необходимо заметить, что для группы ВСЭС характерно также большее единообразие в вариантах стратегии и тактики.

В целом, существенные различия в методологии обучения сводятся к большей приверженности к принудительным и более активным действиям в общепопуляционной группе при отсутствии в ней единообразия, тогда как в группе ВСЭС методология более однородна, и доминируют техники, ориентированные на выбор ребенка с умеренной активностью родительских действий в основной стадии обучения. При этом сложно оценить, насколько эти методологические различия влияют на сроки обучения туалетным навыкам, так как методологические различия более существенны, чем полученная разница в сроках обучения (примерно в 2 мес): можно лишь констатировать их вероятный вклад в различия по срокам.

Вклад методологических расхождений может быть более наглядным на примере сравнения групп по количеству попыток обучения (которые могут рассматриваться как критерии успешности обучения), где зафиксированы существенные различия: в группе ОП более чем в 36% случаев первые попытки были unsuccessfulными, и потребовались повторные попытки, в то время как в группе ВСЭС подобных случаев не было ни разу. Родители из группы ВСЭС не сталкивались с какими-либо ограничениями социализации ребенка в связи с процессом формирования навыков туалета, в то время как в общепопуляционной группе с такими ограничениями столкнулись 18,2% родителей. Но эти различия не столь показательны для демонстрации эффективности процесса обучения, так как для семей из группы ВСЭС наиболее проблемный в связи с формированием навыков туалета вопрос посещения детского сада сам по себе не столь актуален. Что касается трудностей, связанных с реакцией самого ребенка на процесс обучения, более чем 40% родителей обеих групп столкнулись с отвлекаемостью и забывчивостью детей, но в группе ВСЭС доминировало (почти в 84% случаев) неприятие ребенком самой процедуры — в 4 раза чаще, чем в ОП группе. Это, скорее, свидетельствует о разнице в родительских подходах к оценке ответной реакции ребенка. Очевидно, что родители из группы ВСЭС, настроенные на выбор ребенка, склонны оценивать отказ ребенка как существенный фактор и трудность, тогда как родители из группы ОП, в большей степени настроенные на принудительную тактику в отношении ребенка, не будут оценивать отказ ребенка в качестве нежелательного осложнения процесса обучения.

Различия в методологических подходах могут определяться ориентацией на различные источники информации: для группы ВСЭС это в подавляющем количестве случаев специалисты (врачи и психологи), а также более чем в 40% случаев — научно-популярная литература, для группы ОП — это опыт и мнение других людей (неспециалистов). Можем ли мы экстраполировать эти данные по источникам информации на более широкую группу семей ВСЭС с учетом того, что все семьи ВСЭС в нашем исследовании были на контрактном медицинском обслуживании (что обеспечивало им большую доступность врачебных консультаций по широкому спектру вопросов воспитания и здоровья ребенка)? Такое экстраполирование вполне возможно, так как нам известно, что семьи ВСЭС в целом привержены более плотному и индивидуальному врачебному наблюдению, которое для них гораздо более доступно, чем семьям из общей популяции.

При применении схожих с общепопуляционными типов подгузников и средств туалета, а также при идентичном выборе календарных месяцев начала обучения и схожести признаков готовности ребенка к обучению родители из семей с высоким социально-экономическим статусом более консолидированы в методологии обучения детей навыкам туалета и сроках его начала. Их методология существенно больше учитывает выбор ребенка, либо вообще не предполагает активного процесса обучения, и характеризуется умеренной интенсивностью высаживания на горшок в основной период активности, а начинается обучение, как правило, позже, но в основном интервале от 12 до 18 мес. В целом эффективность обучения, судя по количеству попыток, следует признать выше в группе ВСЭС, а продолжительность обучения навыкам туалета в этой группе примерно на 2 мес короче.

При интерпретации результатов следует учитывать, что наше исследование имеет несколько ограничений. Во-первых, ретроспективный характер исследования предполагает недостаточную точность воспоминаний родителей: особенно это могло отразиться на точности временных параметров начала и окончания обучения, а также на некоторых деталях физиологических процессов, в частности на признаках психофизиологической готовности ребенка к обучению (более 1/3 родителей из группы ОП не смогли точно вспомнить наличие этих признаков у своих детей). Во-вторых, сложность некоторых формулировок (например, что считать полным освоением туалетных навыков) могла способствовать ответам, не отражающим требования формулировок. В третьих, неанонимный характер анкетирования мог способствовать искажению информации по типу сокрытия истины или ожидаемого ответа: это могло касаться вопросов финансово-материального благополучия, количества комнат, критики ребенка и пр. В четвертых, разночтения в понимании некоторых понятий, каждое из которых невозможно разъяснить формулировками (таких как активное обучение, принудительное высаживание, сдерживание дефекации, партнерские отношения и т. п.), могли также исказить объективную картину. В пятых, различие в гендерной структуре групп могло исказить сравнение формирования навыков туалета в двух группах; но там, где это мы посчитали возможным, представлены данные, скорректированные с учетом этого фактора.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И., Лазуренко С.Б., Клочкова У.Н., Зоркин С.Н., Комарова Е.В. Формирование навыков туалета у детей в России. Проблемный анализ. *Педиатрическая фармакология*. 2012; 9 (2): 99–107.
2. Horn I., Brenner R., Rao M., Cheng T. Beliefs about the appropriate age for initiating toilet training: are there racial and socioeconomic differences? *Journal of Pediatrics*. 2006, Aug. P. 165–168.
3. Blum N.J., Taubman B., Nemeth N. Why is the toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training. *Journal of Pediatrics*. 2004, Jul. P. 107–111.
4. Berk L.B., Friman P.C. Epidemiologic aspects of toilet training. *Clin Pediatr*. 1990; 29: 278–82.
5. Horstmannshoff B.E., Regterschot G.J., Nieuwenhuis E.E., Benninga M.A., Verwijs W., Waelkens J.J. Bladder control in 1–4 year old children in the Eindhoven and Kempen region (The Netherlands) in 1996 and 1966. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2003; 147: 27–31.
6. Blum N.J., Taubman B., Nemeth N. Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: A prospective study. *Pediatrics*. 2003; 111: 810–4.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате второго этапа ретроспективного исследования туалетных навыков у детей московской агломерации были получены новые данные, углубившие наши представления о взаимосвязи социоэкономических условий с формированием навыков туалета у детей.

1. В семьях с относительно высоким социально-экономическим статусом представления о сроках начала и методах обучения более консолидированы, чем в общей популяции. Это может быть связано с большей ориентацией на мнение специалистов и данные научно-популярной литературы.
2. В семьях с относительно высоким социально-экономическим статусом методы обучения в большей степени ориентированы на выбор ребенка и предполагают умеренную интенсивность высаживания на горшок, в то время как в семьях общей популяции преобладает более активное высаживание без учета выбора ребенка.
3. В семьях с относительно высоким социально-экономическим статусом обучение проходит несколько быстрее и завершается несколько раньше. Семьи из общей популяции чаще сталкиваются с неудачами и вынуждены предпринимать повторные попытки обучения.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

7. Koc I., Camurdan A.D., Beyazova U., Ilhan M.N., Sahin F. Toilet training in Turkey: the factors that affect timing and duration in different sociocultural groups. *Child: Care Health Dev*. 2008 Jul; 34 (4): 475–81.
8. Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И., Лазуренко С.Б., Клочкова У.Н., Зоркин С.Н., Комарова Е.В. Формирование туалетных навыков у детей в Москве. Результаты ретроспективного исследования. Часть I. *Педиатрическая фармакология*. 2012; 9 (5): 50–59.
9. Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И., Лазуренко С.Б., Геворкян А.К., Зоркин С.Н., Комарова Е.В., Денисова О.И., Поляков С.Д., Константиныди Т.А. Формирование туалетных навыков у детей в Москве. Результаты ретроспективного исследования. Часть II. *Педиатрическая фармакология*. 2013; 10 (1): 31–46.
10. Шведовская А.А., Загвоздкина Т.Ю. Социально-экономический статус семьи и психическое развитие ребенка: зарубежный опыт исследования. *Психологическая наука и образование*. 2013; 1: 65–76.