

**Т.М. Максимова**

**Социальный  
градиент  
в формировании  
здоровья  
населения**

Тамара Максимова

**Социальный градиент  
в формировании  
здоровья населения**

«Когито-Центр»

2005

УДК 61  
ББК 5

**Максимова Т. М.**

Социальный градиент в формировании здоровья населения /  
Т. М. Максимова — «Когито-Центр», 2005

Здоровье населения, динамика его развития на ближайший и долгосрочный периоды во всех странах цивилизованного мира являются основными, когда встает вопрос об уровне и перспективах развития общества (О.П. Щепин и др., 1997). Здоровье и жизнь – это блага, которые должны минимально различаться в разных группах, слоях населения и странах, и общество должно быть озабочено необходимостью сокращения неравенства в здоровье и осуществлять для этого необходимые меры.

УДК 61  
ББК 5

© Максимова Т. М., 2005  
© Когито-Центр, 2005

## Содержание

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Введение                                                           | 6  |
| 1. Социальный градиент в формировании здоровья детей               | 11 |
| 2. Состояние и динамика здоровья детей раннего возраста[4]         | 18 |
| Социально-психологические проблемы и здоровье женщин               | 28 |
| 3. Состояние здоровья и ценностные ориентации современной молодежи | 32 |
| Конец ознакомительного фрагмента.                                  | 38 |

**Т. М. Максимова**  
**Социальный градиент в**  
**формировании здоровья населения**

© Т.М. Максимова, 2005

© ООО «ПЕР СЭ», оригинал-макет, оформление, 2005

\* \* \*

## Введение

Здоровье населения, динамика его развития на ближайший и долгосрочный периоды во всех странах цивилизованного мира являются основными, когда встает вопрос об уровне и перспективах развития общества (О.П. Щепин и др., 1997). Здоровье и жизнь – это блага, которые должны минимально различаться в разных группах, слоях населения и странах, и общество должно быть озабочено необходимостью сокращения неравенства в здоровье и осуществлять для этого необходимые меры.

В современном российском обществе происходит трансформация, которая характеризуется формированием новой социальной структуры, расслоением населения. Значимость, масштабность и мобильность дифференциации в обществе свидетельствует о необходимости исследования, измерения и подтверждения влияния этого фактора, прежде всего, с точки зрения оценки воздействия на состояние здоровья населения в разных его группах. Необходимо и осознание проблемы социального неравенства, исследование его причин и последствий, выявление основных проблем здоровья и проблемных групп, требующих действительной социальной поддержки. Не случайно, на ближайшую перспективу важнейшей задачей общества признана борьба с бедностью. Величина доли населения с доходом ниже прожиточного минимума в последние годы хотя и имеет тенденцию к снижению (1999 г. – 28,3 %, 2000 г. – 28,9 %, 2001 г. – 27,3 %, 2002 г. – 24,2 %), но остается достаточно высокой и в 2003 г. – 20,6 % (Госкомстат, 2004)<sup>1</sup>, и в 2005 г. – 25 млн чел.

Разрыв в показателях здоровья резко выражен между странами мира. W. Farr писал еще в 1866 году (цит. по F. Diderichen и др., 2004), что никакие вариации в состоянии здоровья населения Европейских государств не случайны: они непосредственно вытекают из физических и политических условий жизни наций.

Сегодня большинство ученых признает, что расслоение населения внутри страны – это реальность. Еще К. Маркс писал, что это является объективным законом, и накопление богатства на одном полюсе является в то же время накоплением нищеты, мук труда, невежества и моральной деградации на противоположном. Для разных групп населения характерны резкие различия в доступе к материальным ценностям, культуре, при этом социальная мобильность имеет ограниченные рамки: большинство людей остается по своему положению близким к семье, из которой они вышли (Э. Гидденс, 1992).

В последние годы в зарубежной литературе для характеристики особенностей и проблем здоровья в группах, отличающихся по социально-экономическому положению, используется понятие «социального градиента», определяющего направленность отклонений в здоровье с изменением социального статуса (M.Marmot, R.Wilkinson, 1999).

Выраженные различия ряда характеристик здоровья в группах населения, отличающихся по социально-экономическому статусу, были выявлены отечественными учеными в начале 20 века. С.А. Новосельский описал на материалах 1909–1912 гг. (опубликовано в 1958 г.) устойчивые и однонаправленные изменения показателей смертности по мере изменения социального статуса: 3–4-кратное превышение смертности от инфекционных болезней среди наиболее бедного населения по сравнению с наиболее обеспеченными, двукратное превышение смертности от болезней органов дыхания, болезней мочевых органов, несчастных случаев (при обратном соотношении смертности от самоубийств) и практически одинаковые уровни смертности от болезней сердца и сосудов, аппендицита. Фактически это одно из первых в мире исследований, выявивших так называемый социальный градиент как закономерность.

---

<sup>1</sup> В канадской статистике, например, отсутствует показатель «черта бедности», т. к. считается, что действующая в стране социальная политика не допускает возникновения реальной нищеты (Л.А.Немова, 2004).

В 1885 г. было завершено классическое исследование Ф.Ф. Эрисмана «Физическое развитие фабричных рабочих Центральной России», где наглядно показаны особенности физического развития в разных производственных группах. Материалы других исследований (М.И. Берлинерблау) выявили, что средний рост детей школьного возраста из разных слоев общества существенно отличался – наиболее высокий рост у гимназистов, существенно ниже были соответствующие показатели у детей фабричных рабочих и крестьян; по данным А.В. Молькова (1926) юноши одного возраста (17 лет), отнесенные к группе служащих, имели длину тела 160,7 см, в то время как прислуга – 153,7 см. Еще в 1909–1910 гг. А.В. Мольков показывал влияние плохих жилищных условий, неполноценного питания в малообеспеченных слоях населения на рост и развитие детей.

Сегодня при оценке особенностей и проблем состояния здоровья в разных странах мира используются понятия макроэкономики, и в разных вариантах иллюстрируется положение о прямой зависимости основных характеристик здоровья населения от уровня экономического развития, уровня душевного дохода в стране. Доклад о здравоохранении мира за 2003 г., подготовленный специалистами ВОЗ, начинается с эмоциональной иллюстрации контрастов в здоровье и продолжительности жизни девочек, родившихся одновременно в разных государствах мира: если для девочек из Японии ожидаемая продолжительность предстоящей жизни 85 лет, для девочек из бедной африканской страны – только 36 лет. Японские девочки получают в случае необходимости лучшую медицинскую помощь, девочки из Сьерра-Леоне могут никогда не увидеть врача, медицинскую сестру или другого работника здравоохранения. Опыт стран показывает, что миллионы людей в мире могут быть спасены от преждевременной смерти с использованием финансовой помощи и решением задач по улучшению служб здравоохранения.

Должна быть полная ясность в том, на какой ступени находится наша страна и что надо сделать в обществе, в конкретных группах населения, чтобы улучшить здоровье, сохранить жизни людей. По данным ряда экономистов, Россия – страна возвратного, догоняющего периферийного капитализма с обязательными чертами поляризации общества (В.Б. Кувалдин, 2004; Т. Шанин, 2004).

Неравенство в показателях здоровья в связи с уровнем дохода было отмечено практически во всех странах мира: в более обеспеченных группах населения по уровню дохода ниже заболеваемость, смертность, выше субъективные оценки здоровья; низкие уровни доходов предопределяют неудовлетворительное состояние здоровья, связанное с бедностью. По материалам ВОЗ, обусловленная принадлежностью к определенному общественному классу разница в состоянии здоровья прослеживается во всех возрастных группах населения.

Исследования, проведенные в странах Западной Европы демонстрируют общую закономерность – большую возможность высокообеспеченных слоев населения предотвратить преждевременную смертность (А.Е.Kunst, F.Grunhot, J.P.Makenbach, 1998), хотя появляются данные, которые и не выявляют связи между уровнем дохода и смертностью населения (Т.Blakely et al., 2003). Также как установлено, что несмотря на наличие положительной связи между ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительностью жизни, большое значение имеет распределение дохода в условиях экономического благосостояния (Доклад о состоянии здоровья в Европе, 2002). Это подчеркивает и А. McMichael (2000) в своей книге, посвященной оценке перспектив развития человечества.

Эти особенности необходимо учитывать при разработке адекватной социальной политики, принимать во внимание широкий спектр факторов, как определяющих социально-экономическое положение, так и действующих внутри различных социальных слоев населения, при этом в условиях реформирования важно учитывать и психологическое состояние людей. Важными элементами сохранения здоровья становится обеспечение социальной поддержки, необходимой человеку и защищающей его межличностные отношения, а также чувство дове-

рия органам управления (Е. Brainerd и др., 1998), т. е. в нашем обществе необходимо выявление не только экономических, но и социально-психологических проблем, связанных с ускоренным формированием имущественного неравенства.

На данном этапе развития нашей страны необходимо полное представление об особенностях состояния здоровья населения в условиях социального расслоения общества с целью познания фундаментальных закономерностей, сравнительной оценки характеристик здоровья, в т. ч. определения проблем медицинского обеспечения групп населения с разным уровнем жизни, на разных этапах жизни (дети, подростки, взрослые, пожилые), в связи с дифференциацией трудоспособного населения по занятости в разных структурах, выявление определяющих факторов для формирования государственной политики сохранения и укрепления здоровья населения. Это тем более важно, что до недавнего времени у нас предполагалось установление социальной однородности в здоровье и соответствующим образом формировались как представления людей, так и органов управления различного уровня.

Любые современные исследования должны отражать сложные взаимосвязи мировой системы (А. Мартинелли, 2002). Очевидно, что глобализация – одна из самых заметных черт современного мира, все больше появляется работ, рассматривающих мир как глобальную систему (С. Капица, 2004), общность глобальных исторических процессов.

Оценка дальнейших перспектив социально-экономического развития мира показывает, что при самых оптимальных прогнозах в ближайшем будущем у нас не будет достигнут уровень жизни, характерный для стран с развитой рыночной экономикой. Предполагается, что богатые страны будут усиливать это опережение не только оставаясь лидерами, но и увеличивая отрыв (Ch.G.L.Murrey, A.D.Lopez, 1997).

Все это свидетельствует о том, что в стране в данных экономических условиях на протяжении достаточно длительного периода должна действовать система социальных амортизаторов, способствующих поддержанию определенного уровня здоровья и качества жизни. К одним из приоритетных социальных институтов должна быть отнесена и система здравоохранения.

Все больше специалистов поддерживают положение о том, что динамика демографических показателей, особенно показателей смертности, ожидаемой продолжительности жизни населения зависит от целого ряда факторов социально-экономического и даже социально-психологического характера, но и медицинская составляющая в этой проблеме достаточно большая. Эпидемиологические данные показывают, что в подавляющем большинстве случаев чрезмерное бремя болезней является результатом небольшого числа идентифицированных состояний, для каждого из которых есть набор соответствующих мер медицинского вмешательства, которые позволяют существенно сократить число смертей, связанных с этими состояниями. Проблема заключается в том, что беднейшие слои населения не охвачены этими мероприятиями (Джеффри Д. Сакс и др., 2001). Роль и адекватность медицинского обеспечения как профилактического, так и лечебного характера в условиях социального расслоения в обществе очень важна. Требуется оценки и социальное расслоение в самой медицинской среде.

В данной работе для анализа социальных проблем в формировании здоровья населения использованы главным образом материалы социально-гигиенического анкетирования, полученные на основе выборочного метода в исследованиях, проведенных Научно-исследовательским институтом социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН (директор – академик РАМН О.П. Щепин).

Как известно, для оценки состояния здоровья, заболеваемости населения используются различные источники информации: это изучение результатов контактов населения с медицинской сетью (материалы обращаемости за медицинской помощью), данные медицинских осмотров выборочных контингентов и специальных опросов.

История применения разных показателей, разных источников информации в практике национальных исследований здоровья в странах Европы обнаруживает развитие приоритетов в этой области от макросоциальной информации (например, показатели младенческой и детской смертности), через клинические индикаторы к изучению самооценок здоровья и благополучия (М. Bullinger, 2003).

Эту информацию можно получить только путем изучения личных представлений людей как о собственном здоровье, беспокоящих человека проблемах, так и об условиях жизни, особенностях ценностных ориентаций и предпочтений.

Ориентация широкого круга отечественных специалистов в области общественного здоровья на использование в оценках здоровья информации, получаемой в ходе контактов населения с медицинской службой (материалы обращаемости) практически привела к формированию особого представления об основополагающих понятиях, характеризующих явление заболеваемости – первичная заболеваемость, распространенность патологии, формирование которых связывается только с выявлением и учетом патологических состояний в медицинской практике.

Так, все известные определения заболеваемости<sup>23</sup> обязательно включают эти элементы. Вместе с тем, очевидно, что отклонения в состоянии здоровья, прежде всего, известны самому человеку, они могут быть ощущаемы, выражены и, в том числе, как диагностированы, так и недиагностированы и невалифицированы врачом. Тем более могут быть не учтены.

При этом хотелось бы подчеркнуть, что изучение ощущаемых человеком патологических состояний и связанных с этим ограничений в жизни не менее важно при оценке характеристик здоровья различных групп населения.

В связи с этим, мы в отличие от большинства авторов определяем заболеваемость не как набор статистических характеристик, а как объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения.

Основные характеристики этого явления: первичная заболеваемость и распространенность патологии – никак не связываются с выявлением и учетом возникших у человека заболеваний и отклонений, а основываются только на фундаментальных закономерностях формирования этого явления.

Первичная заболеваемость – совокупность заболеваний, возникших впервые у определенного контингента населения в течение конкретного периода времени (как правило, в течение одного года).

Распространенность – общее количество впервые возникших и продолжающихся заболеваний у определенного контингента населения в течение конкретного периода или на определенный момент времени.

При оценке показателей заболеваемости населения должны приниматься во внимание источники получения информации – регистрация в ходе обращаемости за медицинской помощью, специальные медицинские осмотры или опросы населения. Источником информации о заболеваемости, развитии патологических состояний и ограничений в жизни, а также особенностей условий и образа жизни в настоящем исследовании были, главным образом, личные представления людей, изученные путем анкетирования. В меньшей мере привлекались данные обращаемости и результаты медицинских осмотров.

Определение социально-экономического статуса основывалось на самоидентификации человека по личной его оценке своего уровня жизни, благосостояния семьи (отнесения своей

---

<sup>2</sup> Ю.П. Лисицын (2002). Первичная заболеваемость – это совокупность новых, нигде не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний.

<sup>3</sup> Ю.П. Лисицын (2002). Распространенность – общая заболеваемость или болезненность – это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы. По существу, это накопленная заболеваемость, т. е. все случаи зарегистрированных заболеваний за ряд лет.

семьи к бедным, малообеспеченным, среднего достатка или обеспеченным и богатым), в меньшей мере использовались оценки соотношения личных доходов и прожиточного минимума, т. к. по результатам исследования люди далеко не всегда были ориентированы в этих характеристиках. Использовались также критерии вынужденных ограничений – мог (или не мог) обеспечить себе и своей семье различные возможности в связи с материальным положением.

В целом в разных регионах страны было сформировано несколько выборочных совокупностей – более 10000 человек, в основном в последнее десятилетие, позволяющих проводить анализ различных аспектов здоровья как в разрезе возрастно-полового состава населения, так и по представительным группам с разным социальным и профессиональным статусом.

В выборке в полной мере не представлены респонденты с очень высоким уровнем дохода и очень низким (маргинальные группы) в результате трудностей получения от них информации.

Анализ материалов направлен на поиск фундаментальных закономерностей и взаимосвязей в формировании различных характеристик здоровья в связи с социальным и имущественным расслоением населения, которые должны стать основой для разработки путей сохранения и укрепления здоровья населения из разных слоев общества.

# 1. Социальный градиент в формировании здоровья детей

Современные тревожные оценки здоровья населения, иногда выражающие крайне негативные позиции, например, предсказание вымирания населения в обозримом будущем, требуют строгого рассмотрения ситуации с позиций закономерностей формирования здоровья населения, выявления особенностей его в конкретных группах, начиная с детского возраста.

Сравнение распределений (по данным опроса матерей) основных состояний при рождении ребенка за разные годы показывает, что как в 1991 г., так и в 1997, 2000/2001 гг., основная масса детей родилась здоровыми, во всяком случае о каких-либо отклонениях в здоровье новорожденных не было сообщено их родителям (табл.1.1).

**Таблица 1.1** Динамика некоторых характеристик здоровья детей при рождении (%)

| Характеристики                   | Годы    |         |               |
|----------------------------------|---------|---------|---------------|
|                                  | 1991 г. | 1997 г. | 2000/2001 гг. |
| <b>Ребенок родился:</b>          |         |         |               |
| — здоровым                       | 85,0    | 82,7    | 82,3          |
| — недоношенным                   | 7,0     | 6,5     | 6,2           |
| — с родовой травмой              | 4,5     | 4,5     | 3,8           |
| — в асфиксии                     | 3,5     | 3,8     | 4,9           |
| — с пороком развития             | 0,9     | 1,5     | 1,1           |
| <b>Вес ребенка при рождении:</b> |         |         |               |
| — менее 2500 г                   | 6,9     | 5,2     | 7,3           |
| — 2500–3999 г                    | 83,9    | 85,2    | 83,9          |
| — 4000 г и более                 | 9,2     | 9,6     | 8,8           |

Частота случаев патологии, возникшей в ходе родоразрешения (родовая травма, асфиксия), также как частота недоношенных детей, с низким весом при рождении и наличие обнаруженного при рождении какого-либо врожденного порока, практически не отличаются в эти годы и, по-видимому, являются характеристикой популяционной частоты этих отклонений. Новое поколение рождается с теми же морфофункциональными характеристиками, что и в прежние годы, действует механизм защиты плода организмом матери и можно констатировать, что биологический потенциал воспроизводства, несмотря на социально-экономические проблемы общества, затронувшие большинство семей, нацией не утрачен. Вряд ли есть основания утверждать, что на этом этапе уже проявляются проблемы так называемого истощения биологических ресурсов и вырождения нации.

В то же время, начиная с первых лет жизни реальным фактором, определяющим здоровье и качество жизни, является социальное расслоение, проявляется закономерный социальный градиент, т. е. устойчиво повторяющиеся однонаправленные различия в характеристиках здоровья в группах детей, отличающихся по социальному статусу и экономическому положению семьи.

В обществе должно произойти своевременное осознание социального неравенства, прежде всего имущественных различий, доступа к благосостоянию и проведен анализ его возможных последствий, начиная с детского возраста.

Особенности формирования здоровья в группах детей, происходящих из семей с разным социальным статусом, были изучены на детях г. Москвы, посещающих детские дошкольные учреждения, путем анкетирования родителей (опрошены родители 1100 детей 4–6 лет, родившихся после 1994 г.). Распределение семей по уровню материального благосостояния (бедные и малообеспеченные семьи – 31,8 %, семьи среднего достатка – 60,8 %, обеспеченные и богатые семьи – 7,4 % к общему составу опрошенных) основано на самооценке.

Материальное положение семьи связано с местом работы родителей ребенка. Среди тех, кто считает свою семью обеспеченной, больше чем у половины детей (64 %) отцы работают в коммерческих структурах или являются частными предпринимателями. Среди тех, кто отнес свою семью к малообеспеченным и бедным, больше половины матерей и отцов работают в бюджетных организациях.

Материальное положение семьи связано и с уровнем образования родителей – именно у родителей из обеспеченных и богатых семей выше уровень образования (более половины матерей имеет высшее образование). Имеется связь материальных возможностей семьи с уровнем общей и санитарной культуры, которая коррелирует с уровнем образования.

В малообеспеченных семьях значительно больше женщин (26,0 %), которые родили ребенка в возрасте старше 30 лет по сравнению с другими группами населения (в семьях среднего достатка – 23,2 % и в обеспеченных семьях – 4,7 %). Третья часть бедных и малообеспеченных семей – это неполные семьи, где ребенка воспитывает одна мать. С улучшением материального положения доля таких семей снижается, в обеспеченных и богатых семьях неполные семьи составляют менее 5 % от числа семей этой категории (табл.1.2).

**Таблица 1.2**

**Некоторые характеристики здоровья детей, условий и образа жизни в семьях с различным материальным положением (%)**

| Параметры здоровья и социальные характеристики | Материальное положение семьи |                   |                        |
|------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------|
|                                                | бедная и малообеспеченная    | среднего достатка | обеспеченная и богатая |
| <b>Уровень образования матери:</b>             |                              |                   |                        |
| — среднее специальное                          | 39,4                         | 32,9              | 18,8                   |
| — высшее                                       | 33,8                         | 42,2              | 53,8                   |
| <b>Состав семьи:</b>                           |                              |                   |                        |
| — семья полная                                 | 68,2                         | 86,0              | 93,8                   |
| — нет отца                                     | 30,6                         | 13,2              | 3,8                    |
| <b>Оценка питания ребенка:</b>                 |                              |                   |                        |
| — хорошее                                      | 28,9                         | 67,9              | 97,5                   |
| — удовлетворительное                           | 60,6                         | 29,9              | 1,3                    |
| — плохое                                       | 4,1                          | 0,3               | -                      |
| <b>Особенности течения беременности:</b>       |                              |                   |                        |
| — без осложнений                               | 43,2                         | 50,5              | 56,3                   |
| — повышенное давление                          | 11,4                         | 8,8               | 3,8                    |
| — токсикоз                                     | 30,9                         | 27,5              | 25,0                   |

|                                                             |      |      |      |
|-------------------------------------------------------------|------|------|------|
| <b>Состояние здоровья ребенка:</b>                          |      |      |      |
| — при рождении:                                             |      |      |      |
| — здоровый                                                  | 72,0 | 82,3 | 82,5 |
| — с родовой травмой                                         | 6,4  | 3,8  | 2,5  |
| — в асфиксии                                                | 5,3  | 4,9  | 3,8  |
| — на первом году жизни:                                     |      |      |      |
| — отличное                                                  | 10,5 | 16,5 | 23,8 |
| — хорошее                                                   | 48,4 | 62,3 | 60,0 |
| — удовлетворительное                                        | 37,0 | 17,8 | 15,0 |
| — плохое                                                    | 3,8  | 3,0  | 1,2  |
| — в дошкольном возрасте:                                    |      |      |      |
| — отличное                                                  | 2,3  | 5,8  | 13,8 |
| — хорошее                                                   | 40,2 | 56,7 | 71,0 |
| — удовлетворительное                                        | 56,3 | 35,9 | 15,2 |
| — страдает хроническим заболеванием, в т.ч.:                | 40,2 | 30,6 | 26,5 |
| — хронический бронхит                                       | 5,5  | 3,0  | 1,3  |
| — бронхиальная астма                                        | 1,2  | 0,7  | 2,5  |
| — хронический гастрит                                       | 1,5  | 2,3  | 3,8  |
| — невротические расстройства                                | 5,8  | 1,3  | 1,3  |
| <b>Состояние здоровья в течение последнего года:</b>        |      |      |      |
| — не болел                                                  | 7,9  | 8,9  | 8,8  |
| — болел простудными заболеваниями                           | 85,4 | 86,6 | 83,3 |
| — имеет недостаточный вес                                   | 14,0 | 9,8  | 2,5  |
| — были обострения хронических заболеваний                   | 6,4  | 3,5  | 1,2  |
| — имел травму                                               | 8,5  | 6,7  | 2,5  |
| <b>Контакты с медицинскими учреждениями в течение года:</b> |      |      |      |
| — обращались в поликлинику                                  | 83,1 | 80,5 | 68,8 |
| — был госпитализирован                                      | 6,1  | 5,6  | 1,2  |
| — обращались в платные медицинские учреждения               | 5,2  | 11,6 | 23,8 |

По-разному организован отдых детей из семей разного достатка. Большинство детей (среди бедных несколько меньше – 70 %, в более обеспеченных семьях около 80 %) проводит лето на садовом участке, на даче. Но резко отличаются доли тех, кто выезжает с родителями на курорты страны (13,7 и 26,3 и 33,8 % соответственно статусу семьи) и особенно тех, кто выезжал с родителями на отдых за рубеж (почти каждый третий (26,5 %) из обеспеченных и богатых семей и единицы в других группах).

В бедных и малообеспеченных семьях концентрируются и другие проблемы – в 10 % семей отмечено злоупотребление алкоголем (в обеспеченных – 1,3 %), 9 % детей находятся в помещении, где курят взрослые.

Доля детей, регулярно занимающихся физической культурой, физическими упражнениями, также нарастает с увеличением экономического положения семьи – 35 % в малообеспеченных семьях, 43,7 % – в семьях среднего достатка, 64 % – среди детей из обеспеченных и богатых семей.

Эти семьи отличаются по основным параметрам жизнеобеспечения ребенка, но прежде всего разительно отличаются оценки родителей качества и организации питания ребенка в семье – важнейшего фактора обеспечения роста и развития (табл.1.2). Растущему организму необходима не только в общем понимании достаточность питания, но многокомпонентная сбалансированность, учет не только калорийности, соотношения жиров, белков и углеводов, но и широкий спектр других веществ, необходимых для формирования и развития организма. По некоторым данным даже небольшие нарушения питания приводят к снижению вероятности оптимального развития и функциональных возможностей к зрелому возрасту, что может проявиться в снижении социальной адаптированности, обучаемости, спектру и срокам возникновения хронических болезней.

Лишь около одной трети родителей из малообеспеченных семей оценили питание своего ребенка как хорошее. Кроме того, около 4 % матерей из малообеспеченных семей отметили регулярное недоедание, в семьях среднего достатка некоторые родители также не могут обеспечить количественно полноценное питание детям. Естественно, что в достаточно обеспеченных семьях эта проблема не была отмечена.

Около 20 % матерей из бедных семей отмечают, что в рационе детей недостаточно мяса, 8 % среди семей среднего достатка, но и среди обеспеченных родителей на этот недостаток указали 2 %. На недостаток фруктов и овощей в питании ребенка указали более 60 % родителей из бедных семей, 24 % – из семей со средним, по их мнению, экономическим положением семьи и 6 % из более обеспеченных.

Таким образом, достаточного по набору продуктов питания в рационе ребенка в период роста и развития не обеспечивает большая часть семей, а среди малообеспеченных семей питание детей не является полноценным. Даже в каждой третьей семье материальные возможности не позволяют обеспечить необходимое питание детям. При этом родители в бедных семьях в подавляющем большинстве тратят на питание более 50 % семейного бюджета, а почти в 60 % случаев и более 75 %. Но и в более обеспеченных семьях расходы на питание занимают в половине семей 50 % бюджета и более. Проблему питания ребенка в бедных и малообеспеченных семьях не позволяет решить ни субсидия на оплату жилья (в малообеспеченных семьях ее имеет около 20 %), ни пособие на ребенка, которое ни в коей мере не сопоставимо с уровнем прожиточного минимума, рассчитанного для детей.

В то же время это пособие является насущно необходимым в бедных и малообеспеченных семьях, где оно используется (25 % семей) как возможность обеспечения дополнительного питания. В более обеспеченных семьях такой же процент родителей или не требуют его, или отдают ребенку (школьнику) на карманные расходы, т. е., безусловно, необходим дифференцированный адресный подход в осуществлении помощи нуждающимся со стороны общества.

Представители всех типов семей указывают, что пособие ни в какой мере не решает каких-либо вопросов жизнеобеспечения семьи. Не только задолженность по детским пособиям, которая до сегодняшнего дня не ликвидирована в стране, но и сам размер пособия на ребенка – определяющие ориентиры современной социальной политики и один из острых социальных вопросов. Очевидно, что в условиях низкой рождаемости размер пособия должен покрывать значительную часть расходов семьи на жизнеобеспечение ребенка, во всяком случае, в малообеспеченных и бедных семьях. Законодательно должны быть закреплены и неуклонно выполняться в жизни гарантии оптимума всех категорий жизнеобеспечения для детей, начиная с зарождения жизни. Современное законодательство ориентировано лишь на минимум социальной поддержки (№ 124-ФЗ от 24.07.1998).

Очень важно понимать, что некоторые страны определяют в качестве целевой задачи воспитание детей в достатке (Р.Д. Фармер и др., 2004).

Как показывают материалы исследования, уже сама беременность протекала у женщин из менее обеспеченных семей с большим числом осложнений, особо выражены отличия в распространенности повышенного артериального давления во время беременности, которое отмечала чаще, чем каждая десятая женщина из малообеспеченных семей (табл.1.2).

Женщины из отличающихся по экономическому положению семей практически одинаково отмечают рождение ребенка позже рассчитанного при акушерском наблюдении в ходе беременности срока, доля таких женщин колеблется пределах 5–5,8 %, в тоже время различия в частоте рождения детей раньше срока существенны ( $t > 3$ ). В бедных и малообеспеченных семьях 15 % детей родились раньше срока, с улучшением материального положения семьи эта доля снижается и составляет в обеспеченных семьях 6,2 %.

Подавляющее большинство (более 80 %) детей из числа попавших в выборочную совокупность, как и было показано в предыдущих исследованиях, родилось здоровыми, во всяком случае, в роддоме о каких-либо отклонениях в здоровье не было сообщено матери. В то же время среди детей, родившихся в бедных семьях, здоровых было меньше, чем в других слоях населения (табл.1.2). При этом, если такие тяжелые состояния как асфиксия, пороки развития, встречались практически одинаково и не были связаны с экономическим положением семьи, то частота родовых травм у детей при рождении в семьях с разным экономическим положением существенно отличается ( $t > 1,8$ ) при сравнении полярных по экономическому положению семей. Большая частота травматизма в родах проявлялась и при исключении влияния возраста матери и уровня образования.

Это может рассматриваться как тревожный симптом в обеспечении качества медицинской помощи – можно предположить, что представительницам менее обеспеченных слоев населения уделяется меньше внимания в ходе ведения родов. Вместе с тем нельзя не отметить, что в мировой литературе дискутируется вопрос о границах медикализации деторождения, фактически превращения физиологического процесса в заболевание, что также требует осмысления и научной оценки. (Отчет о состоянии здравоохранения в мире. Женева, 1995).

По-разному оценивали матери и состояние здоровья ребенка на первом году жизни, в обеспеченных семьях у подавляющего большинства детей на первом году жизни было отмечено отличное и хорошее здоровье. Доли больных детей с низкой оценкой здоровья не так резко различаются, хотя сохранялись ранее выявленные тенденции: в более благополучных в экономическом плане семьях отмечались и лучшие оценки здоровья детей, аналогичные особенности выявлены и при оценке здоровья в более старшем, дошкольном возрасте на момент обследования.

Здоровье подавляющего большинства детей в дошкольном возрасте (85 %) в экономически благополучных семьях оценивается родителями как хорошее и даже отличное (14 %); в полярной группе, с низким уровнем материального благополучия таких детей менее половины (42,5 %), у большинства (56,3 %) состояние здоровья расценивается как удовлетвори-

тельное, у 1,2 % – как плохое. Поскольку эти оценки относятся к организованным детям, среди них нет детей с тяжелыми ограничениями в здоровье. Тем не менее распределение оценок свидетельствует о худшей ситуации со здоровьем среди тех дошкольников, посещающих детские дошкольные учреждения, которые воспитываются в экономически менее обеспеченных семьях.

Среди обследованных детей дошкольного возраста не болело в течение года, предшествующего обследованию, менее 10 %, эти показатели практически не отличаются среди детей из разных по материальному обеспечению семей, также как не зависимо от экономического положения семьи подавляющее большинство детей болеет в течение года простудными заболеваниями: в малообеспеченных семьях 1–3 раза в год – 59,5 %, 4 раза и более – 16,9 %; в семьях среднего достатка 1–3 раза в год – 63,9 %, 4 раза и более – 13,8 %; в обеспеченных семьях 1–3 раза в год – 66,3 %, 4 раза и более – 12,5 %.

Обострения хронических заболеваний, формирование новых хронических процессов у детей связано со статусом семьи, более неблагоприятная ситуация в менее обеспеченных семьях. В них отмечен и более высокий уровень травматизма у детей – имели травмы в течение года 8,5 % детей, в наиболее обеспеченных семьях – 2,5 %.

Среди детей из бедных и малообеспеченных семей родители чаще (49,2 %) отмечали наличие каких-либо хронических заболеваний, чем в более благополучных в экономическом отношении семьях (30,6 и 26,5 % соответственно). При худших материальных условиях у детей чаще отмечали хронический бронхит, хронический тонзиллит, невротические расстройства, кожные заболевания, но нельзя не отметить, что в более благополучных семьях чаще были отмечены болезни органов пищеварения, бронхиальная астма, т. е., по-видимому, действуют какие-то факторы, способствующие развитию этой патологии в более обеспеченной в материальном отношении среде.

Более обеспеченные родители чаще знают основные параметры роста и развития своего ребенка, тем не менее существенная их часть (до 40 %) не интересуется этими параметрами и не ориентируется в них. По субъективной оценке матери большая доля детей с отклонениями в развитии, особенно в связи с отставанием веса, отмечена в бедных и малообеспеченных семьях. По физической активности и умственному развитию опережение отмечено среди детей в более обеспеченных в материальном отношении семьях.

Таким образом, в семьях, относящих себя к разным социальным слоям, даже в условиях г. Москвы, в среде более благополучных по состоянию здоровья организованных детей, проявляется жесткая закономерность – со снижением социального статуса снижается доля лиц с опережением и увеличивается доля лиц с отставанием в физическом развитии и функциональном состоянии, т. е. можно говорить о торможении процессов роста и развития в худшей социальной среде.

Отличия в состоянии здоровья детей из разных социальных слоев столь велики, что их отмечают наблюдающие за ростом и развитием детей врачи-педиатры (опрошено 135 врачей г. Москвы). Подавляющее большинство врачей (97 %) отмечают, что чаще болеют, а так же отстают в росте и развитии дети из бедных и малообеспеченных семей. Более того, 25 % врачей указывает, что отмечая задержку роста у детей, воспитывающихся в худших условиях, они не могут оказать какого-либо влияния на эти процессы, обеспечить нормализацию роста медицинскими мерами, т. к. это, прежде всего, социальные проблемы.

Эти особенности – ступенчатый рост благоприятных характеристик здоровья с улучшением социального статуса семьи отмечен и в исследованиях зарубежных авторов. Какими бы методиками ни изучалось здоровье, какими бы характеристиками его ни анализировали, зависимость между социальным статусом семьи и здоровьем ребенка, так же как и смертности детей неизменно проявляется, причем ухудшение здоровья отмечается не только в условиях нищеты и лишений, но и с каждым снижением ступени социальной лестницы (N.E.Adler et al., 1993).

Социальный градиент проявляется и в потреблении ресурсов здравоохранения.

Среди более здорового контингента дошкольников из обеспеченных семей существенно меньше было тех, кто обращался в детские поликлиники, тем более был госпитализирован. В то же время с улучшением материального положения растет активность обращений родителей в платные структуры (табл.1.2).

Каждый четвертый ребенок из обеспеченных семей независимо от состояния здоровья посещал платные лечебные учреждения, тем более выражена эта тенденция среди больных детей. Материальное положение бедных и малообеспеченных семей не позволяет обеспечить ребенку платные виды помощи, приобрести дорогостоящие препараты для обеспечения качественного лечения.

Интересно, что при всем минимуме в этой ситуации надежд на помощь организации, в которой работают родители, именно более обеспеченные люди указывают на возможность такой поддержки, среди малообеспеченных на поддержку предприятия не рассчитывает никто, т. е. малообеспеченные семьи один на один с любыми своими проблемами, и это должно быть известно обществу.

В бюджетном здравоохранении те или иные платные услуги предлагали при обследовании 36,3 % детей из экономически обеспеченных семей, 25,4 % – из бедных (30,3 % из семей среднего достатка). Эти платные услуги доступны естественно в большей мере обеспеченным людям, 67,5 % из них отметили, что материальные возможности семьи позволяют им оплачивать расходы по лечению ребенка, но все же около 14 % отмечают, что приходится ограничивать себя в каких-то других расходах. Среди малообеспеченных больше половины (55,4 %) считают, что платные услуги для них недоступны, в средних семьях таких – 15,4 %. По мнению 84 % врачей-педиатров эффективные препараты необходимые для лечения заболеваний у детей недоступны для основной массы родителей. По данным опроса врачей г. Москвы, около 40 % из них отметили, что они не могут обеспечить полноценное лечение и своим детям. Более того, лечащие врачи-педиатры считают, что необходимо расширить список контингента детей, имеющих право на получение льготных рецептов, найти другие способы повышения доступности лекарственных препаратов, например, снижение стоимости жизненно важных лекарственных средств и т. п. для эффективной коррекции патологии у детей на ранних этапах ее развития.

Задумываясь о будущем ребенка, родители прежде всего оценивают возможность получения им образования, причем, здесь просматриваются особенности пожеланий родителей, относящихся к разным социальным слоям (табл.1.3). Хотя оценки достаточно близки, но тенденции очевидны – представители бедных семей в большинстве своем думают о высшем образовании для своего ребенка, в настоящее время находящегося в дошкольном возрасте, когда оценки перспектив более оптимистичны, чем в более старшем, но уже каждый десятый думает только о среднем.

**Таблица 1.3**

**Распределение мнений матерей о перспективах получения детьми образования (%)**

| Мнения матерей                                   | Материальное положение семьи |                   |                        |
|--------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|------------------------|
|                                                  | бедная и малообеспеченная    | среднего достатка | обеспеченная и богатая |
| Желаемое образование для ребенка:                |                              |                   |                        |
| — высшее                                         | 65,7                         | 90,7              | 93,8                   |
| — среднее                                        | 10,2                         | 7,1               | 3,8                    |
| Возможные ограничения для получения образования: |                              |                   |                        |
| — состояние здоровья                             | 1,5                          | 0,8               | 1,2                    |
| — способности ребенка                            | 2,6                          | 3,7               | 3,7                    |
| — невозможность оплаты образования               | 72,6                         | 50,7              | 22,5                   |

При этом еще больше отличаются оценки родителей в отношении возможностей получения желаемого образования. Такую позицию, что образование неважно, лишь мог бы себя обеспечить, занимают немногие из родителей, так же небольшая часть родителей видит ограничения в здоровье или сомневается в способностях своего ребенка (практически это совпадает с долей тяжело больных и отстающих в развитии детей), но основная часть родителей, среди менее обеспеченных подавляющее большинство (73 %), задумываясь о судьбе своего ребенка опасаются того, что отсутствие материальных возможностей семьи не позволит обеспечить ребенку желаемого уровня образования.

Конечно, среди обеспеченных лиц эта доля существенно ниже, но и в этой группе населения каждый пятый выражает тревогу по поводу возможных материальных проблем в связи с получением ребенком желаемого образования. В среднем более половины родителей (55,6 %) сомневаются, что в настоящих условиях ребенок сможет получить желаемое образование.

Опрос родителей 10—12-летних школьников г. Москвы (690 чел.) показал, что уже в школьном возрасте не только здоровье, но и успеваемость в школе связаны с социально-экономическим статусом семьи: хорошо и отлично успевающих в бедных и малообеспеченных семьях 40,6 %, в обеспеченных и богатых около 70 % (69,1 %), а не успевающие дети в основном (в 70 % случаев) воспитывались в бедных и малообеспеченных семьях.

Резко снижается доля детей, имеющих дополнительные занятия (музыка, иностранные языки), со снижением статуса семьи: в малообеспеченных семьях около половины не имеют каких-либо дополнительных занятий, среди обеспеченных только 16,3 %, остальные дети охвачены теми или иными дополнительными занятиями – около 50 % детей в этих семьях дополнительно к школе изучают иностранные языки, в малообеспеченных и бедных семьях – 13 %, соответственно 38,1 % и 25,2 % – в спортивных секциях, практически отсутствовали различия в долях детей, занимающихся в музыкальной школе – 16–18 % в разных группах. Отсутствие каких-либо дополнительных занятий у ребенка родители в 14 % случаев в бедных и малообеспеченных семьях, в 10 % – в обеспеченных и богатых объясняли состоянием здоровья ребенка, в 53 % случаев считали, что это связано именно с недостатком средств в семье для оплаты этих занятий.

Таким образом, установленный социальный градиент в формировании здоровья детей, определяя современные особенности формирования здоровья, фактически закладывает и предопределяет тенденции здоровья и качества будущего населения страны, реализации этим контингентом социальных и биологических функций, предопределяющих жизнь и здоровье будущих поколений. Эти данные, вскрывая фундаментальные биосоциальные закономерности формирования здоровья, прямо указывают на необходимость и неотложность решения в обществе социальных проблем, касающихся жизнеобеспечения детей, включения этих позиций в стратегические документы по развитию страны и строгого отслеживания на всех уровнях их практической реализации.

## 2. Состояние и динамика здоровья детей раннего возраста<sup>4</sup>

Снижение рождаемости в разных странах стимулировало изучение устойчивости семейных связей, значимости и качества той социально-психологической поддержки, которая необходима в семье для благоприятного течения беременности и формирования здоровья ребенка.

Необходимость познания количественных характеристик распространенности патологических состояний и факторов, влияющих на состояние здоровья и развитие детей, определило проведение под эгидой ВОЗ на единой методической основе (стандартизованный опрос родителей) в нескольких странах Европы комплексного проспективного лонгитудинального исследования, позволяющего проследить и оценить процесс формирования здоровья новых поколений детей в конце XX столетия.

В течение нескольких лет сотрудниками в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН под руководством проф. Р.К.Игнатьевой проводился сбор материалов в г. Ярославле, затем нами проведена разработка и анализ материалов в соответствии с программой данного исследования. Для завершающего анализа использованы данные, характеризующие период беременности матери, возраст ребенка 6 недель и 3 года наблюдаемой когорты на основе опроса родителей о состоянии здоровья детей, условиях жизни и взаимоотношениях в семье. К возрасту 3 года разработке подверглись около 600 документов на детей, наблюдавшихся в течение всего периода.

Созданная на основе материалов компьютерная база данных позволила формировать группы детей и их родителей, отличающихся по состоянию здоровья, условиям жизни и образу жизни семьи для проверки различных гипотез.

Проведенное исследование позволило получить количественные характеристики распределения детей 3-летнего возраста по категориям здоровья по субъективной оценке матери (табл.2.1).

**Таблица 2.1**

**Распределение детей 3-летнего возраста по группам здоровья (по данным опроса родителей, %)**

| Пол      | Оценка здоровья ребенка в возрасте 3-х лет |                                    |                       |                    |
|----------|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------------|
|          | вполне здоров, нет проблем                 | здоров, но есть небольшие проблемы | иногда серьезно болен | почти всегда болен |
| Мальчики | 27,4                                       | 57,1                               | 11,0                  | 3,5                |
| Девочки  | 23,1                                       | 63,3                               | 11,5                  | 0,7                |
| оба пола | 25,3                                       | 60,1                               | 11,2                  | 2,2                |

Как показывают эти данные, распространенность выраженных отклонений в состоянии здоровья детей отмечена у 13 % детей, при этом на тяжелые проблемы здоровья, требующие как углубленного медицинского исследования, так и постоянного врачебного наблюдения, контроля и коррекции указывали 2,2 % матерей (среди матерей мальчиков 3,5 %). У остальных 11 % детей на протяжении 3-х лет эпизодически отмечались достаточно выраженные патологические состояния, которые позволили родителям указать, что их ребенок иногда серьезно болен. В подавляющем большинстве, более 80 % случаев, дети, за которыми осуществлялось динамическое наблюдение на протяжении 3 лет были вполне, либо практически здоровы, испытывая иногда связанные со здоровьем проблемы. Каждый четвертый ребенок был вполне здоров, родителями не было отмечено каких-либо проблем или отклонений.

<sup>4</sup> Совместно с чл. – корр. РАМН, проф В.К. Овчаровым.

В подобных обследованиях необходимо также учитывать, что по разным причинам происходит некоторое отсеивание детей в ходе динамического наблюдения. В результате под наблюдением более вероятно остаться больному ребенку, т. к. мать использует любую возможность для обсуждения проблем здоровья своего ребенка, в т. ч. возможность участия в анкетировании в ходе научных исследований. Матери здоровых детей меньше нуждаются в таких контактах.

Таким образом, можно предположить, что доля детей этого возраста, имеющих проблемы в здоровье (больные дети), в популяции даже несколько ниже, чем оценки, полученные на момент опроса матерей в возрасте ребенка 3 года (13,4+1,3 %). Тем не менее по результатам настоящего исследования можно рассматривать долю больных детей в пределах 10–16 % как популяционную характеристику и тем более вполне правомерно использовать данную группу детей в сравнительном аспекте, сопоставляя характерные для этой группы как параметры здоровья, так и другие характеристики, зафиксированные в ходе лонгитудинального исследования с соответствующими показателями здоровых и практически здоровых детей.

Прежде всего, в сравниваемых группах отличается большинство учтенных параметров здоровья.

Так, в течение последнего месяца были вполне здоровы, не было никаких проблем у 84 % детей из I группы (здоровых, без проблем) и только у 10,8 % – у детей, отнесенных матерями к категории больных.

Более трети (31,3 %) из группы больных детей лечились за последние полтора года в больнице, среди здоровых – 6,8 %, практически здоровых – 13,2 %. Видимо на эту цифру (13 %) можно ориентироваться как на показатель частоты госпитализации в данной возрастной группе детей (от 1,5 до 3-х лет), в более старших возрастах – доля госпитализированных обычно ниже.

В группах детей, отличавшихся, по оценке матери, по состоянию их здоровья, прежде всего, были особенности в распространенности поражений органов дыхания. Особенно различались показатели распространенности патологических симптомов со стороны органов дыхания, хотя доли детей, у которых отмечали кашель за это время, по крайней мере в течение 2-х дней, достаточно близки (78,4 % – среди здоровых, 89,1 % – среди больных). Среди здоровых детей во время длительного более 2-х дней кашля, практически с той же частотой наблюдалась высокая температура, что и в других группах детей (6,3 %, 9,3 % и 7,2 % соответственно).

Однако распространенность нескольких эпизодов кашля за этот период (3 раза и более за исследуемый период) чаще наблюдалась среди больных детей, на что указали более 60 % матерей (среди здоровых 28,3 %).

У больных детей за последние 1,5 года жизни отмечены приступы загроюдинного свистящего дыхания (22,0 %), среди здоровых и практически здоровых – это отмечено в единичных случаях; зудящие кожные высыпания на сгибах отмечена у 21,7 % больных детей, среди здоровых этот симптом отмечался у 7,4 %, среди практически здоровых – у 15,1 %; у 7,2 % больных детей эти высыпания сохранялись и к 3 годам (имелись в последнее время).

На разные реакции организма ребенка (например, покраснение или зуд), связанные с употреблением каких-либо продуктов, указывали родители 18,5 % здоровых детей, 33,6 % – детей практически здоровых и более 40 % (42,1 %) больных детей, т. е. явление это достаточно распространенное, оно более выражено в группе больных детей, и в среднем у каждого третьего ребенка отмечены патологические реакции аллергического типа на употребление продуктов питания.

По данным опроса матерей до исполнения ребенку трех лет часть из них перенесли то или иное инфекционное заболевание. Особо частую восприимчивость к инфекциям проявляют больные дети – среди них каждый пятый перенес какое-либо инфекционное заболевание.

В то же время нельзя не отметить, что такие заболевания как ветряная оспа, паротит распространены с одинаковой частотой среди детей с различными оценками здоровья.

Особое значение в формировании здоровья должно быть уделено детскому травматизму. Прежде всего, это характеризует уход за ребенком в семье, внимание к нему, отражает уровни заболеваемости, общий психологический климат в семье, организацию жизни семьи.

Травматизм достаточно распространен в этом возрасте, несмотря на то, что матери в основном не работают и должны посвящать себя наблюдению, обеспечению более внимательного ухода за своим ребенком. До 10 % детей имели в течение года различные травмы, в большей мере различные повреждения отмечены в группе детей с выраженными отклонениями здоровья (табл.2.2), при этом до 40 % матерей детей с низкой оценкой здоровья (37,4 %) отметили, что они роняли своего ребенка, да и среди здоровых таких матерей более 10 %. Таким образом, в отношении профилактики травматизма работа должна проводиться во всех семьях, но группа детей с выраженными отклонениями в здоровье – это категория особого риска.

**Таблица 2.2**

**Особенности распространенности различных видов травматизма в разных группах (по оценке матери) детей (%)**

| Несчастные случаи                | Без отклонений в здоровье | Практически здоровые | С выраженными отклонениями в здоровье | Коэффициент Стьюдента (t) |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Роняли ребенка                   | 11,7                      | 15,3                 | 37,4                                  | 4,3                       |
| Проглатывал посторонние предметы | 0,6                       | 3,7                  | 10,8                                  | 2,9                       |
| Другие повреждения               | 3,7                       | 4,6                  | 6,0                                   | 0,8                       |

Таким образом, в течение последних полутора лет дети с низкими оценками здоровья имели большую распространенность практически всех отклонений в состоянии здоровья не только по сравнению со здоровыми, но и с практически здоровыми детьми, т. е. этот контингент заслуживает углубленного исследования формирования здоровья на всех этапах развития и выявления повреждающих механизмов и факторов, в том числе социальных.

Состояние здоровья ребенка в 3 года связано с состоянием здоровья матери во время беременности – матери детей с выраженными отклонениями в здоровье достоверно чаще болели в период беременности краснухой, чаще отмечали ухудшение состояния здоровья в последние 4 недели беременности.

После родов матери этих детей так же чаще отмечали как более выраженное снижение самооценки здоровья, так и значительно реже проходили врачебное обследование в медицинских учреждениях (58,3 % матерей здоровых детей и только 29,3 % с выраженными отклонениями в здоровье).

Значительная часть (29,4 %) матерей больных детей (среди здоровых 4,2 %) отмечала, что по возвращению с ребенком из роддома они имели значительно большие трудности, чем предполагали до родов, т. е. не были готовы к осуществлению ухода за ребенком и не получали достаточной помощи от близких людей. Очевидно, что это указывает в том числе на недоработки акушерской службы, которая в дородовой период должна подготовить молодую мать к уходу за ребенком и за собой после возвращения в семью. На неподготовленность матерей к последующему уходу за ребенком указывали и другие авторы (Н.Н. Хуторская, 2000). Необходимо в связи с этим заново оценить насколько эффективно функционирование в современных условиях так называемых школ материнства, которые достаточно часто работают на коммерческой основе.

В семьях больных детей чаще отмечались и социальные проблемы (проблемы с работой отца ребенка чаще, чем у здоровых, отцы больных детей были студентами и др.).

Отличались семьи и по набору различных психологических проблем – в семьях больных детей реже отмечались нежные, любящие отношения между родителями, чаще неразделенные переживания матери, другие виды психологического дискомфорта.

Подробное изучение в данном исследовании семей детей с выраженными и тревожащими родителей проблемами здоровья в социальном и социально-психологическом аспекте показывает, что медицинские работники могут внести определенный вклад в коррекцию этой ситуации, но в большей мере, по-видимому, в этот период требуется психологическая помощь, прежде всего, матери.

Современная семья может быть охарактеризована состоянием здоровья родителей (в большинстве случаев, до 63,8 %, оценки здоровья матери отца совпадают), уровнем материального благосостояния, его динамикой и самооценкой материальных возможностей, соотносимой с уровнем индивидуальных потребностей, отношением к ним, состоянием взаимоотношений в семье между родителями, что может проявляться в разных вариантах психологического дискомфорта.

При сравнении распределения по группам здоровья детей, воспитывающихся в разных семьях (табл.2.3), установлены особенности состояния здоровья детей в зависимости от материального благополучия и психологического климата семей, в которых они воспитываются.

**Таблица 2.3**

**Особенности состояния здоровья детей в связи с состоянием здоровья родителей, материальными возможностями и психологическим климатом семьи (%)**

| Здоровье родителей                          | Состояние здоровья детей | Относительное материальное благополучие      |                                      | Наличие материальных проблем                 |                                      |
|---------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
|                                             |                          | благоприятный психологический климат в семье | проблемы во взаимоотношениях в семье | благоприятный психологический климат в семье | проблемы во взаимоотношениях в семье |
| Хорошее здоровье обоих родителей            | Хорошее                  | 57,1                                         | ...                                  | 50,0                                         | ...                                  |
|                                             | Удовлетворительное       | 39,3                                         | ...                                  | 37,5                                         | ...                                  |
|                                             | Плохое                   | 3,6                                          | ...                                  | 12,5                                         | ...                                  |
| Удовлетворительное здоровье обоих родителей | Хорошее                  | 27,2                                         | 26,3                                 | 23,0                                         | 17,4                                 |
|                                             | Удовлетворительное       | 65,0                                         | 52,6                                 | 65,5                                         | 55,6                                 |
|                                             | Плохое                   | 7,8                                          | 21,1                                 | 11,5                                         | 27,0                                 |
| Плохое здоровье обоих родителей             | Хорошее                  | ...                                          | ...                                  | ...                                          | 22,3                                 |
|                                             | Удовлетворительное       | ...                                          | ...                                  | ...                                          | 44,3                                 |
|                                             | Плохое                   | ...                                          | ...                                  | ...                                          | 33,4                                 |

... – единичные случаи.

При самом благоприятном сочетании факторов (хорошее состояние здоровья родителей, относительное материальное благополучие и отсутствие психологических проблем в семье) выявляется минимальная доля детей с серьезными отклонениями в здоровье (3,6 %). Это можно рассматривать как неизбежную популяционную частоту распространенности отклонений.

Именно хорошее состояние здоровья родителей определяет существенное (статистически значимое,  $t > 3$ ) повышение доли детей с хорошим здоровьем, почти вдвое превышающим соответствующий уровень, отмеченный даже при благоприятных сочетаниях условий жизни и удовлетворительного здоровья обоих родителей ребенка. Как популяционную характеристику доли здоровых детей, без каких бы то ни было, даже эпизодических отклонений в здоровье, можно рассматривать 23–27 %.

При одинаковых оценках здоровья родителей доля детей с плохим состоянием здоровья увеличивается под воздействием социально-экономических и психологических факторов.

На данных материалах (табл. 2.3) определяются значимые ( $t > 2$ ) различия в долях детей с низкой оценкой здоровья, воспитывающихся в семьях с удовлетворительным здоровьем родителей и наличием (27,0 %) или отсутствием материальных и психологических проблем (7,8 %). Можно отметить также тенденцию к большей частоте отклонений в здоровье, формирующихся

у детей, воспитывающихся в семьях, где имеются психологические проблемы по сравнению с материальными, однако, они статистически незначимы при данном числе наблюдений.

При сочетании неблагоприятных факторов – плохое состояние здоровья обоих родителей, наличие материальных и психологических проблем в семье – более трети детей имеют выраженные отклонения в здоровье.

Среди всех больных (иногда или почти всегда серьезно болен) детей около 80 % (78,3 %) – принадлежит к семьям с различными материальными или психологическими проблемами. Таким образом, без необходимой помощи общества эта группа семей не может обеспечить полноценное лечение своего ребенка. Наслоение психологических проблем в сочетании с материальными, фактически, диктует необходимость не только социальной поддержки, но и обязательной психологической помощи контингенту больных детей. Необходимо отметить, что эта группа не велика (13,4 % + 1,3 от всего контингента детей) и соответствующие затраты не являются для общества непосильными. Данные показывают так же, что психологическая помощь необходима и другим группам детей (табл.2.4).

На протяжении периода наблюдения проводилась оценка состояния здоровья детей на момент обследования (опросы родителей). Учитывая, что таким обследованиям дети в ходе лонгитудинального исследования подвергались неоднократно, можно проследить динамические сдвиги в состоянии их здоровья, оценить долю детей как сохранивших оценки здоровья, определенные при первом обследовании, так и изменивших состояние своего здоровья как в лучшую, так и в худшую стороны.

**Таблица 2.4**  
**Состояние здоровья детей и условия жизни (%)**

| Состояние здоровья ребенка             | Проживают в условиях материальных и психологических проблем | в том числе:          |                          |                                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                        |                                                             | материальные проблемы | психологические проблемы | сочетание и материальных, и психологических проблем |
| вполне здоров, нет проблем             | 47,3                                                        | 25,8                  | 7,5                      | 14,0                                                |
| здоров, но есть небольшие проблемы     | 56,7                                                        | 30,8                  | 6,5                      | 19,4                                                |
| иногда или почти всегда серьезно болен | 78,3                                                        | 26,1                  | 8,7                      | 43,5                                                |

Эта разнонаправленная динамика, прослеженная при сравнении распределения детей по категориям здоровья в 6 недель (исходное состояние) и 3 года (табл. 2.5) может быть связана с воздействием тех или иных факторов, которые способствовали как позитивным, так и негативным изменениям.

**Таблица 2.5 Динамика состояния здоровья детей (по оценке матери) (%)**

| Оценка здоровья ребенка в возрасте 6 недель | Динамика оценки здоровья к возрасту 3 года: |                    |                   |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|-------------------|
|                                             | не изменилось                               | улучшилось         | ухудшилось        |
| Хорошее                                     | 29,7                                        | —                  | 70,3 <sup>*</sup> |
| Удовлетворительное                          | 70,4                                        | 25,6               | 4,1               |
| Плохое                                      | 6,4                                         | 93,6 <sup>**</sup> | —                 |

<sup>\*</sup>) в т. ч. ухудшилось до уровня плохого здоровья у 2,8 %.

<sup>\*\*</sup>) в т. ч. улучшилось до уровня хорошего здоровья у 7,9 %.

В зависимости от состояния здоровья ребенка на первом этапе исследования в 6-недельном возрасте в течение первых 3-х лет жизни происходили различные сдвиги в состоянии здоровья, которые фактически перемещали наблюдаемых детей из группы в группу.

Наиболее устойчивой и наиболее многочисленной была группа детей с удовлетворительным здоровьем. 70 % детей из ее состава сохранили свои оценки, в каждом четвертом случае

эти оценки были улучшены и здоровье детей расценивалось как очень хорошее без проблем. Лишь небольшая часть из этой группы детей (4 %) ухудшили свои оценки.

В группе детей с хорошим здоровьем в 6-недельном возрасте сохранили свои оценки около трети наблюдаемого контингента, но у основной части состояние здоровья ухудшилось, и к 3 годам оценка могла расцениваться только как удовлетворительная, при этом около 3 % детей резко ухудшили свои оценки, в силу каких-то причин перешли из группы детей с хорошим в группу с плохим здоровьем, появились выраженные проблемы здоровья, заболевания или ребенок постоянно недомогал.

Наконец, третья группа детей, состояние здоровья которых было расценено родителями в 6 недель как плохое, демонстрирует, что в определенных условиях имеет место выраженное улучшение здоровья. В группе тех, у кого изначально были отмечены низкие оценки, к 3 годам осталось лишь 6,4 % детей, что фактически характеризует биологический уровень проблемных организмов в популяции, которые, по-видимому, имеют такие биологические особенности, которые невозможно скорректировать внешними факторами, в т. ч. медицинскими мерами.

Характерно, что несмотря на множество неблагоприятных факторов, усугубляющих состояние здоровья детей 3-ей группы, их подавляющая часть улучшила уровень своего здоровья в период от 6 недель до 3-х лет. Очевидно, это были в основном не болезни, а состояния и отклонения свойственные этому периоду развития. Подготовленность к рождению и воспитание ребенка, внимание и материнский уход, как правило, оказываются вполне достаточными, чтобы облегчить проявление этих состояний и восстановить здоровье ребенка. Однако нередко в педиатрической практике трудности развития в раннем возрасте регистрируются как болезни и весь период детства может проходить в среднем с 2,5–3 заболеваниями ребенка в год с соответствующим нарастанием интенсивности лечения, в то время как большинство этих детей практически здоровы, по мнению их родителей, и необходимы лишь отдельные коррективы их состояния и нормализация условий жизни ребенка. Это некоторое смещение в восприятии отдельных болезненных состояний раннего возраста предполагает существенное усиление атмосферы семейного благополучия, социально-психологической поддержки матери и ребенка со стороны окружающих и, в первую очередь отца, что, безусловно, положительно сказывается на укреплении здоровья нового поколения. При этом лишь небольшая группа детей действительно нуждается в систематическом лечении тяжелых по своему характеру заболеваний, и в этом отношении все более внимания должно уделяться современным методам управления объемами медицинской помощи именно этой группе больных, потребляющих в несколько раз больше ресурсов здравоохранения, чем другие дети.

Негативная динамика (ухудшение) в здоровье детей достоверно связана с рядом учтенных в исследовании факторов, среди которых важное значение имеют как состояние здоровья родителей, так и социальные, материальные и психологические проблемы в семье (табл.2.6).

**Таблица 2.6**

**Особенности распространенности некоторых факторов в семьях с разной динамикой здоровья ребенка на протяжении 3-х лет (%)**

| Факторы                                                | Состояние здоровья ребенка за период наблюдения |            | Коэффициент Стьюдента (t) |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------|---------------------------|
|                                                        | улучшилось                                      | ухудшилось |                           |
| <b>Состояние здоровья родителей:</b>                   |                                                 |            |                           |
| — хорошее состояние здоровья матери и отца             | 27,2                                            | 15,2       | 1,8                       |
| — головные боли у матери                               | 46,8                                            | 78,2       | 3,9                       |
| — отдельные заболевания отца (радикулит, боли в спине) | 14,9                                            | 36,9       | 2,7                       |
| <b>Психологические характеристики:</b>                 |                                                 |            |                           |
| — вспыльчивость, несдержанность отца                   | 42,5                                            | 69,6       | 3,2                       |
| — грубость отца с детьми                               | 8,5                                             | 21,7       | 2,0                       |
| — депрессия, тревожное состояние у отца                | 8,4                                             | 17,4       | 1,8                       |
| — проблемы психологического состояния матери, в т.ч.   | 34,0                                            | 58,7       | 2,8                       |
| — чувство депрессии, подавленности                     | 12,8                                            | 36,9       | 3,0                       |
| <b>Социальные и экономические проблемы семьи:</b>      |                                                 |            |                           |
| — потеря работы или неприятия на работе у отца         | 24,7                                            | 43,6       | 1,6                       |
| — финансовые затруднения в последние 1,5 года.         | 38,3                                            | 54,4       | 1,8                       |

Особенности организации жизни ребенка в семье, в т. ч. особенности контактов с родителями (особенно с отцом) свидетельствуют о том, что больные и ухудшившие здоровье дети больше предоставлены себе (больше смотрят телевизор), чаще разлучены с родителями и оставляются под наблюдение других людей, особенно редки подвижные игры с отцом.

Важным фактором является ускоренный выход матери на работу, как в связи с финансовыми проблемами, так и по такой причине как желание матери больше быть вне дома. На эту причину указала каждая пятая женщина.

Основным элементом, который может повлиять на здоровье ребенка и его динамику, наряду с психологическим климатом в семье, несомненно, оказывает влияние организации питания ребенка в семье и состав продуктов в его рационе. На основании опроса матерей дети, ухудшившие состояние здоровья, чаще других получают консервированную пищу, среди них чаще отмечают как переедание, так и большие проблемы и трудности с кормлением.

Учитывая международный характер исследования, было проведено сравнение некоторых характеристик здоровья и условий жизни детей с соответствующими данными других стран Европы.

Несмотря на обеспечение в странах стандартизации подходов к сбору материалов, разработка их проводилась в каждой стране по индивидуальной программе и сопоставление может быть проведено лишь по небольшому перечню параметров, в основном с данными, полученными в Великобритании (г. Авон).

Результаты сравнения показывают, прежде всего, выраженные особенности возрастного состава матерей в России и в Великобритании: если в Англии более 40 % матерей родили детей после 30 лет, то в России – основная часть матерей находилась в возрасте моложе 25 лет. Отмечена достаточная близость частоты ряда патологических отклонений, возникающих у детей в разных странах, при более высоких показателях смертности в нашей стране.

Отмечается достаточная близость частоты контактов детей нашей страны и Великобритании с медицинской службой, за исключением частоты контактов с врачом на дому, что более распространено в нашей стране.

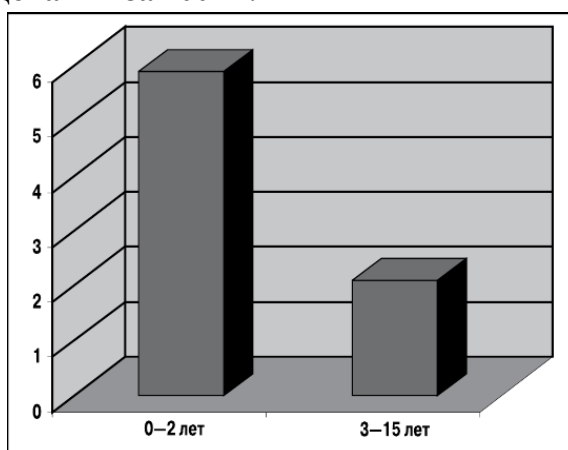
Как показывают результаты опроса матерей, более 10 посещений в течение последнего года (т. е. возраста от 2 до 3 лет) в поликлинику сделали 3 % здоровых детей, 5,8 % практически здоровых детей и 20 % больных детей. Ни разу не приходили в поликлинику за это время соответственно 27,2 % здоровых, 15,9 % практически здоровых и 8,4 % больных детей, а еще 14,8 %, 11,9 % и 6 % соответственно выделенным группам здоровья посетили поликлинику 1 раз в течение года. На дом не вызывали врача ни разу лишь 3,6 % больных детей (18,5 % здоровых), 10 и более раз врач посещал детей на дому 18 % больных детей (среди здоровых и практически здоровых – это единичные случаи). Тем не менее по данным официальной статистики, среднее число посещений на одного ребенка более 10, а в некоторых территориях достигает 20 (19,3) посещений на 1 ребенка в год (З.А. Хисамутдинова, 2003), что требует оценки медицинского содержания этих регистрируемых контактов.

В течение года 18–25 % детей ни разу не были осмотрены профилактически. Естественно, доля таких детей больше среди здоровых (25 %), они реже контактируют с медицинскими учреждениями, и, соответственно, реже осматриваются, а это необходимо, т. к. формирование здоровья начинается с этого возраста. В то же время подавляющее большинство детей, независимо от состояния здоровья, осматриваются наблюдающими за ними медицинскими работниками ежегодно, выполняется большое число профилактических посещений (рис. 2.1). Необходима переоценка профессионального содержания этих контактов и конкретных установок (рекомендаций) по осуществлению профилактических мероприятий в семье, которые предоставляются в ходе этих контактов родителям ребенка: насколько они отвечают требованиям времени, понятны родителям и могут быть выполнены в условиях реальной жизни семьи.

В целом необходимо подчеркнуть, что подавляющее большинство детей независимо от состояния их здоровья, контактирует с детскими учреждениями, не выпадает из поля зрения медицинских работников, в связи с этим необходимо выявление тех позиций в состоянии здоровья ребенка, которые врачи-педиатры могут регулировать медицинскими мерами. Это активная профилактическая работа, коррекция возникающих патологических состояний, исходя из представлений современной науки с целью прежде всего предупреждения хронизации возникающих острых состояний, а также целенаправленная деятельность по предупреждению обострений и осложнений.

**Рисунок 2.1**

**Среднее количество контактов (на 1-го ребенка в течение года) по поводу профилактических обследований за 2001 г.**



CNN, March, 5, 2001. Household changes can reduce asthma in children.

Сопоставимые в количественном отношении уровни распространенности патологических симптомов и изучаемых заболеваний в разных странах при высоких уровнях смертности детей в России поднимают вопрос о проблемах и качестве медицинского обеспечения этого контингента населения. Например, по данным СДС выявлены высокие уровни распространенности бронхиальной астмы среди детей – 6 %<sup>4</sup>, причем по данным этого исследования не бедность является фактором риска в развитии этой патологии. В наших исследованиях, не говоря уже о данных официальной статистики, распространенность этой патологии значительно ниже, а смертность детей от болезней органов дыхания существенно выше.

По данным В.К.Таточенко (2003), распространенность основных видов патологии у наших детей вполне сопоставима с зарубежными данными, но по уровню и качеству лечения и реабилитации этих детей наше здравоохранение существенно отстает.

Очевидно, что более высокие уровни смертности детей в нашей стране (табл.2.7) связаны в том числе с деятельностью системы здравоохранения и ее возможностями по обеспече-

нию адекватной коррекции патологических состояний. Так, высокие показатели смертности от врожденных пороков развития можно рассматривать и как следствие проблем с диагностическим оснащением соответствующих служб, и низкой распространенности радикальных хирургических методов, требующих современной аппаратуры и высокой квалификации специалистов.

**Таблица 2.7**

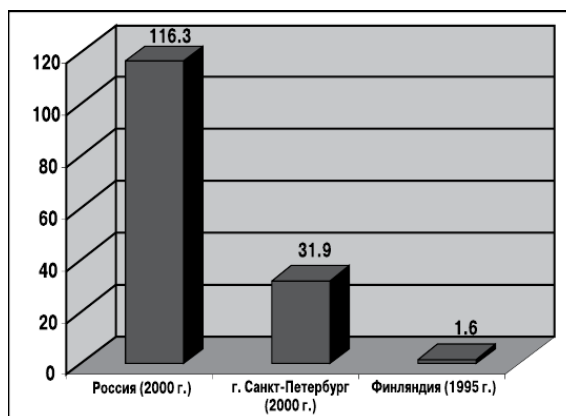
**Смертность детей в возрасте 1–4 года в 1995 г. \*) (на 100000 детей данного возраста)**

| Причины смерти                                      | Пол | Россия | Великобритания<br>(Англия и Уэльс) |
|-----------------------------------------------------|-----|--------|------------------------------------|
| Все причины                                         | м   | 122,3  | 27,9                               |
|                                                     | д   | 96,1   | 24,9                               |
| Менингококковая инфекция                            | м   | 3,2    | 2,4                                |
|                                                     | д   | 2,6    | 1,8                                |
| Злокачественные новообразования                     | м   | 8,9    | 3,1                                |
|                                                     | д   | 7,2    | 2,2                                |
| Острые инфекции верхних дыхательных путей           | м   | 5,9    | 0,1                                |
|                                                     | д   | 5,1    | 0,1                                |
| Пневмония                                           | м   | 9,0    | 0,8                                |
|                                                     | д   | 7,8    | 1,3                                |
| Врожденные аномалии сердца и системы кровообращения | м   | 5,7    | 2,7                                |
|                                                     | д   | 5,7    | 1,4                                |

\*) Год проведения исследования.

**Рисунок 2.2**

**Младенческая смертность от пневмоний (на 100000 детей, родившихся живыми)**



*Источник:* Смертность населения РФ, 1999, 2000 гг. Статистические материалы, Минздрав РФ.

Особого внимания требуют высокие уровни смертности детей в нашей стране от острых респираторных заболеваний, пневмоний, которые в возрасте 1—14 лет рассматриваются как безусловно предотвратимые. Несмотря на некоторое снижение в последние годы, смертность детей от болезней органов дыхания по-прежнему является проблемой, в том числе характеризует качество деятельности педиатрической службы.

Так, трудно представить себе, что заболеваемость наших детей пневмониями в 100 раз выше, чем у детей Финляндии. В.К. Таточенко (1994) приводит данные, что болеют до 2 % детей (0,5–1,5 %) также как и в других странах.

Однако умирают дети в возрасте до 1 года в среднем по России в 100 раз, и даже в С.-Петербурге, близком как по клинко-географическим характеристикам, уровню образования и культуры, численности населения к Финляндии, в 30 раз чаще, чем в этой стране (рис. 2.2).

На наш взгляд, это может быть связано главным образом с особенностями применяемых в нашей педиатрической практике средств для курации этой патологии. Более того, почти половина среди умерших детей заболели в стационаре, где они находились по поводу других, чаще острых респираторных заболеваний. По мнению В.К. Таточенко, это требует ряда мер в организации стационарного лечения: сокращение госпитализации до 1–3 суток, выделение отдельных палат для требующих длительного лечения больных, расширения показаний для лечения на дому.

В детском возрасте чрезвычайно высоки уровни смертности от инфекций по сравнению с развитыми странами. Эта тенденция прослеживается (мониторится) в течение длительного времени, но даже в раннем возрасте, среди инфекций как причины младенческой смертности статистически выделяются главным образом только кишечные инфекции и сепсис, а подавляющая часть инфекций не идентифицируется, представляется в статистике в обобщенной группе, не является стимулом к активной работе по их предотвращению и коррекции. Это прямая задача для санэпиднадзора – решить вопрос о возможности управления приводящими к смерти инфекциями, по крайней мере в крупных городах страны.

## Социально-психологические проблемы и здоровье женщин

Последние годы являются неблагоприятными в демографической ситуации Российской Федерации за послевоенное время. Общая численность населения сокращается, основные показатели естественного движения населения имеют негативные тенденции, подтверждаются неблагоприятные прогнозы. Все это находится в соответствии с закономерностями демографического поведения населения, отмеченными ранее в других странах в периоды экономических кризисов и социально-политической нестабильности, действием общемировой тенденции к снижению рождаемости.

В результате этого остро встают вопросы защиты жизненных интересов населения как в сохранении численности, так и в обеспечении качества жизни, при этом особое внимание должно быть уделено женщинам, которым принадлежит ведущая роль в формировании здоровья будущих поколений населения России.

Результаты наших исследований свидетельствуют о высоком психологическом напряжении и социальном пессимизме женщин, которые не могут не сказаться на организации их жизни, жизни их семей, количественных и качественных характеристиках воспроизводства населения.

В 1996–1999 гг. лишь каждая 7-я женщина (13,2 %) относилась к своему будущему с оптимизмом, 42 % женщин отмечают обеспокоенность перспективами своей жизни. Причем по сравнению с мужчинами высокая доля обеспокоенных своим будущим отмечается во всех возрастных группах женщин.

При этом доля женщин полностью удовлетворенных своей настоящей жизнью ничтожна (3,6 %), а каждая третья испытывает ощущение неудовлетворенности. Материалы анкетирования показали, что неудовлетворенность своей настоящей жизнью связана, прежде всего, с материальными и психологическими проблемами, в связи с работой, семейными взаимоотношениями, ощущением одиночества, забытости и ненужности. Среди лиц, неудовлетворенных своей настоящей жизнью можно отметить появление негативных характеристик здоровья в более молодом возрасте, чем среди тех, кто испытывает чувство удовлетворенности.

Существенно отличается распределение самооценок здоровья и среди молодых. Среди лиц в возрасте 25–34 года, отмечающих неблагополучие в своей настоящей жизни и неудовлетворенность ею, фактически выявляется распределение оценок здоровья обратное зарегистрированным в группе у лиц с противоположной, благополучной характеристикой (табл. 2.8) и соответствует показателям старшей возрастной группы, что еще раз свидетельствует об ускорении процессов возрастных изменений в худших условиях.

Биологические процессы женского организма отражаются в показателях возраста наступления менархе и менопаузы, которые как свидетельствуют результаты исследований в большой мере социально обусловлены – в худших условиях жизни отмечены позднее половое созревание и раннее угасание половой функции.

**Таблица 2.8**

**Распределение женщин 25–34 года с разной самооценкой здоровья в зависимости от удовлетворенности своей настоящей жизнью (%)**

| Самооценка здоровья | Удовлетворена своей жизнью | Не удовлетворена своей жизнью |
|---------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Хорошее             | 22,7                       | 3,7                           |
| Удовлетворительное  | 73,2                       | 76,5                          |
| Плохое              | 4,1                        | 19,8                          |
| Всего               | 100,0                      | 100,0                         |

Рождение детей – основная биологическая функция женщины. Наши материалы показывают, что в современных условиях фактически наблюдается несовпадение оптимального, с точки зрения женщины, числа детей в семье с действительным, т. е. не реализованы личные возможности участия в воспроизводстве. Кроме того, имеется тенденция к полному отказу от рождения детей или откладыванию рождений.

Интересно отметить, что женщины пенсионного возраста в 10 % случаев считают, что в семье не должно быть детей, в других возрастных группах этого не наблюдается. Однако на вопрос: «Сколько Вы хотите иметь детей?» в 7–10 % случаев женщины независимо от возраста указывают, что не хотят иметь детей, причем среди жительниц крупного города таких ответов значительно больше.

На реализацию желания иметь большее число детей, чем в действительности оказывают влияние, по мнению женщин, в основном такие факторы, как недостаток материальных средств, плохие жилищные условия, неблагоприятные отношения в семье, в меньшей степени состояние здоровья женщины.

В то же время, ни одна из женщин, не имевших детей, отказавшихся от рождения ребенка из-за проблем материальной обеспеченности, профессиональной деятельности, достигнув определенных успехов на профессиональном поприще, не испытывала чувства удовлетворенности супружеством, семьей, т. е. не ощущала полноценности жизни. Вместе с тем, нельзя не заметить, что в мире отмечается тенденция – при признании семьи одной из ведущих жизненных ценностей, происходит трансформация семьи, значительна и продолжает увеличиваться доля лиц, согласных с мнением, что брак – это пережиток. В ряде стран Европы доля таких лиц составляет 30 и более процентов, в России – 21,0 % (А.А. Митрикас, 2004). Более того, до 40 % лиц в ряде стран (Швеция, Финляндия) поддерживают мнение, что для роста и развития ребенка необязательно иметь обоих родителей, т. е. ряд исследований свидетельствуют о девальвации традиционной формы совместной жизни – семьи, возникшей на основании заключения брака, самого представления о браке, формируются другие формы семейной жизни (В.Станкунене, 2004). Вместе с тем формируются силы, поддерживающие необходимость активного противодействия этой тенденции.

В современных условиях, в условиях низкой рождаемости в стране, необходимо бережное государственное отношение к каждой возникшей беременности.

Почти половина всех опрошенных женщин указали, что во время беременности перенесли стрессовые ситуации (45–53 % в городской и 27 % в сельской местности), в основном это конфликты в семье (30–40 %).

Субъективная оценка состояния здоровья женщин (рассматриваются все возрастные категории) тесно связана с взаимоотношениями в семье. В семьях с благоприятным микроклиматом 20,8 % женщин отмечают у себя плохое состояние здоровья, а в семьях с неблагоприятным микроклиматом, конфликтных таких женщин 42,9 %. Выявлены различия и в группах женщин по-разному относящихся к своему будущему. Так, в группе женщин, оптимистично относящихся к своему будущему, 14 % оценивают состояние своего здоровья как плохое, а среди тех, кого часто беспокоит свое будущее таких лиц 32,2 %. Различна доля лиц с плохим состоянием здоровья среди женщин с разным отношением к жизни, так среди удовлетворенных своей жизнью таких лиц 13,3 %, среди неудовлетворенных – 43,8 %.

Мировая литература, рассматривая с разных точек зрения вопросы формирования здоровья, накапливает данные, что именно развитие в раннем периоде детства определяет основные черты здоровья данного поколения в старших возрастах, включая особенности развития различных видов патологии, потенциальное долголетие (И.М.Воронцов, 1997; D.I.P.Barker, 1992) и передачу соответствующих качеств будущим поколениям. Появилось новое направление исследований – эпидемиология истории жизни (life course epidemiology). Изучение отдаленных последствий для здоровья физических и социальных воздействий в разные периоды

жизни, начиная с внутриутробного развития. Идея «биологического программирования» – в ряде случаев противопоставляется модели образа жизни во взрослом состоянии. В эпидемиологии истории жизни развиваются положения, что на протяжении всей жизни (развитие и старение – непрерывный процесс от рождения до смерти) различные биологические и социальные факторы, в т. ч. особенности образа жизни, независимо куммулятивно или интерактивно воздействуют на здоровье во взрослом состоянии (D.Kuh и др., 2003), развиваются соответствующие методы и критерии для анализа имеющихся и накапливающихся данных.

В результате наших исследований получены данные, подтверждающие определенную связь внутриутробного развития, веса при рождении и некоторых параметров здоровья в старших возрастах: среди детей, родившихся с весом менее 3-х кг в школьном возрасте отмечается большая доля детей с низкими значениями BMI (до 15) и меньшая с высокими параметрами, среди детей с весом при рождении более 4-х кг, напротив, существенно больше доля лиц опережающих сверстников по росту, с высокими (>20) значениями BMI, ниже возраст менархе у девочек, отмечены лучшие характеристики здоровья (например, не болели в течение года 5,3 % среди родившихся крупными и 17,8 % детей в противоположной по весу при рождении группе).

Наши материалы показывают также, что именно трудности, в т. ч. и материального характера, перенесенные в период детства сказываются более существенно на состоянии здоровья взрослых (среди перенесших такие лишения в детстве женщин здоровых лиц – 2,4 %, с низкой самооценкой здоровья – 23,8 %), чем перенесенные в период получения образования, т. е. в более старшем возрасте (соответствующие показатели равны 11,5 % и 14,8 %). Эта зависимость прослеживается и в других группах. Приведенные данные – очередное подтверждение необходимости обеспечения полноценных условий жизни современному поколению детей, начиная с раннего возраста, так как это будет сказываться на состоянии здоровья в течение всей последующей жизни.

В нашей стране осуществлялось вовлечение женщин в активную производственную и общественную деятельность, что вместе с относительно низким уровнем зарплаты мужчин делало женщину относительно материально независимой от мужа и позволяло ей воспитывать детей одной. Большинство разводов стало происходить по инициативе женщин.

Замужество резко меняло жизнь молодой женщины, далеко не все и не всегда были к этому готовы. После начала семейной жизни 62–69 % женщин пришлось отказаться от различных интересов, увлечений, при этом 80–83 % ссылаются на недостаток времени, 27–35 % на усталость, в результате чего нет сил на те увлечения, которыми когда-то занимались.

Вместе с тем, по результатам опроса более половины (56–58 %) мужчин положительно относятся к профессиональному росту своих жен, не стремятся его ограничивать.

По данным опроса, значительная часть женщин (82–94 %) отмечают трудности в организации семейного быта. В большей мере (62–77 %) эти проблемы связаны с загруженностью по ведению домашнего хозяйства, в 43–46 % – с загруженностью на работе, в 25–28 % случаев с состоянием здоровья, в 9 % – с алкоголизмом супруга, т. е. во многих вопросах жизнеобеспечения семьи женщина остается наедине с реальными, в том числе материальными проблемами семьи.

На возвращение женщин на работу после рождения ребенка, прежде всего, оказывают воздействие экономические факторы. Чем выше доход семьи, измеряемый заработком мужа, тем продолжительнее период, в течение которого женщина не работает после рождения ребенка. Из других факторов следует указать образование (чем более образована женщина, тем быстрее она возвращается на работу), количество и возраст детей, безработица (чем выше уровень безработицы, тем позже женщина возвращается на работу), условия предоставления отпуска по беременности и родам. В то же время каждая пятая (19 %) женщина, находящаяся в отпуске по уходу за ребенком до года, стремится выйти на работу даже в условиях матери-

ально благополучной семьи, объясняя это желанием «быть вне дома», расширить сферу своих интересов.

Занятость замужних женщин, жилищные и материальные проблемы, отсутствие или недостаточность социальных служб создают потенциальную напряженность в семьях, а также являются факторами, влияющими на решение о количестве детей, а при их рождении – на качество ухода и воспитания.

Таким образом, основная цель каждого общества заключается в том, чтобы создать условия, при которых каждая семья могла бы иметь желаемое количество детей.

### 3. Состояние здоровья и ценностные ориентации современной молодежи

Подростки – особый контингент в составе населения, состояние здоровья которого является барометром как социального благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода детства, так и предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы.

С точки зрения оценки состояния здоровья этого контингента, важны как медицинские заключения, так как этот контингент с достаточной регулярностью должен наблюдаться в медицинских учреждениях, так и особую значимость приобретают самооценки своего здоровья, самоощущение, так как это возраст наибольшей устойчивости организма, наименьших статистических показателей заболеваемости и смертности.

Субъективные оценки подростков в отношении здоровья, а так же оценки материальных условий жизни, современных социальных проблем и ценностных ориентаций молодежи были изучены путем опроса (опрошено 289 человек в возрасте 16–19 лет в 4 городах страны).

Субъективные оценки здоровья подростков нельзя назвать высокими. Так, как отличное (наиболее высокая оценка по пятибалльной схеме) свое здоровье оценили менее 10 % молодежи, практически так же, как и в следующей более старшей возрастной группе. Имеются и заслуживающие внимания смещения по сравнению с известными закономерностями. Так известно, что среди женщин во всех возрастах меньше лиц с высокими и больше тех, кто имеет заниженные оценки здоровья по сравнению с мужчинами. В данной возрастной группе лица мужского пола чаще имеют как более высокие, так и более низкие оценки здоровья, на плохое здоровье указывают 8 % молодых людей, что для этого возраста достаточно много<sup>5</sup>. Эти показатели практически соответствуют распространенности низких самооценок здоровья у подростков США, опрошенных в 1995 г., из семей с низким экономическим положением (B.Starfield et al., 2002).

4–6 % молодежи отмечает у себя боли в сердце, около 20 % – кашель в течение дня, боли в суставах, около 30 % – снижение зрения (среди девушек 35 %), при этом очками пользуются до 20 % молодежи), нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры у 7 %), а такой симптом как головные боли отмечают большинство – 65,5 % (72,8 % девушек).

Спектр отмеченной при опросе патологии и существенная доля лиц, считающих себя больными тем или иным заболеванием, указывает на значительную патологическую пораженность этой возрастной группы. В той или иной мере задеты все системы – практически у каждого пятого отмечаются симптомы патологии органов пищеварения, а 2 % юношей указывает на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, около 8 % отмечает болезни почек и мочевыводящих путей, 5–7% хронические заболевания органов дыхания, 6 % девушек – гинекологические заболевания (табл.3.1).

**Таблица 3.1 Особенности распространенности патологии (по самооценке) (%)**

---

<sup>5</sup> Здесь необходимо учитывать и то, что наиболее здоровые юноши из этого контингента в возрасте старше 18 лет могут быть на военной службе.

| Заболевания                         | Юноши | Девушки |
|-------------------------------------|-------|---------|
| Гипертоническая болезнь             | 4,1   | 1,9     |
| Хронический бронхит                 | 5,1   | 7,4     |
| Сахарный диабет                     | 2,1   | 1,2     |
| Гастрит, дуоденит                   | 13,4  | 21,6    |
| Язвенная болезнь                    | 2,1   | 1,2     |
| Холецистит                          | 1,0   | 1,2     |
| Гинекологические заболевания        | -     | 6,2     |
| Болезни почек и мочевыводящих путей | 7,2   | 8,0     |
| Неврозы                             | 2,1   | 2,5     |
| Болезни суставов                    | 2,0   | 5,6     |

3% (среди юношей 4 %) указывают на наличие повышенного артериального давления, и даже гипертонической болезни.

Не отметили у себя каких-либо хронических заболеваний около 60 %.

Несмотря на высокие уровни распространенности патологии лишь 17 % молодежи отмечает, что они состоят на диспансерном учете в медицинском учреждении, т. е. регулярного осмотру для подростка медицинского наблюдения не осуществляется, хотя очевидно, что именно в этом возрасте возможна эффективная коррекция патологических отклонений, своевременна и эффективна и профилактическая работа, тем более, что обращается ежегодно в поликлинику подавляющее большинство этого контингента (75 %).

Лишь половина подростков активно заботится о поддержании собственного здоровья, хотя здоровье как жизненную ценность отметили 76 %. Очень важно отметить, что среди юношей лиц с активной позицией больше (60 %), чем среди девушек. Учитывая более неблагоприятные характеристики состояния здоровья мужчин в более старших возрастах, необходимо всячески поддерживать это стремление к заботе о здоровье среди молодых мужчин, в том числе в ходе контактов с медицинскими учреждениями.

Подавляющее большинство лиц подросткового возраста (84 % девушек и 72 % юношей) указали, что они перенесли в течение года простудные заболевания, у 15 % были обострения хронических заболеваний, у 30 % – болели зубы, более 30 % молодых людей и около 10 % девушек в течение года имели различные травмы и отравления, при этом каждый десятый молодой человек отмечал, что у него был перелом. Это очень высокие уровни распространенности травматизма, должны быть выявлены причины и обстоятельства получения травм.

Подростковый возраст – период активного формирования и закрепления основных элементов образа жизни.

Как известно, особую обеспокоенность в обществе вызывает достаточно распространенная привычка к курению, она формируется и закрепляется в основном в течение данного возрастного периода. По данным опроса, 68 % молодых людей и около 30 % девушек курят, в том числе регулярно, соответственно 40 % и 8 %. Таким образом, необходимо констатировать, что распространенность курения среди молодежи высока, при этом при сохранении высокой доли курящих среди мужчин по сравнению с соответствующими показателями в странах Европы, курение среди девушек – достигает тех же высоких, характерных для женщин западных стран уровней. Некурящие среди нашей молодежи составляют около половины (24 % юношей и 62 % девушек). Не употребляющих алкоголь меньше половины (до 40 %) и доли их практически одинаковы как у юношей, так и у девушек. 7 % молодых людей указали, что употребляют алкоголь ежедневно или несколько раз в неделю (среди девушек 3 %), остальные по 1–2 раза в месяц или по выходным и праздничным дням. Эти цифры практически одинаковы для юношей и девушек, по-видимому, это стало атрибутом молодежного досуга. 15 % молодежи отмечают злоупотребление алкоголем в своей семье.

Лишь 40 % молодежи оценивает свое питание как хорошее, 4 % юношей и 10 % девушек как плохое, единицы (1,2 %) указывают на недоедание и голодание. В этот период формирование организма требует полного набора необходимых ингредиентов в питании, т. е. полноценности и достаточного разнообразия. В то же время наша молодежь в большинстве (60 %

в среднем, а среди юношей даже 75 %) ощущает недостаток мяса и мясных продуктов в рационе, фруктов, 63 % указали на недостаток кондитерских изделий и сладостей, интересно, что среди них больше юношей (74 %). Кстати, юноши чаще, чем девушки указывали на недостаток в рационе всех продуктов питания, по употреблению которых проводился опрос, различия эти статистически значимы и эти ограничения в питании, ощущение неполноценности, недостаточности, нереализованности элементарных физиологических потребностей организма в завершающем периоде роста и развития молодых мужчин – симптом социального неблагополучия. Лишь 14 % молодежи считают, что у них достаточно средств, чтобы питаться так как им хочется. Более того, в этом возрастном периоде становления человека активизированы и другие проблемы и требования, поэтому сокращаются расходы на питание у тех, кто имеет собственный бюджет – лишь 30 % тратят более 70 % на питание (т. е. себя ограничивают), как ни в одной другой возрастной группе населения.

При известном критическом отношении к оценке собственного веса в этом возрасте лишь 6,5 % указывают на его избыток, в два раза чаще молодежь указывает на недостаточный вес, а среди юношей – на свой недостаточный вес указывает каждый пятый (18,6 %), соответственно у значительной части молодых мужчин не могут сформироваться такие необходимые качества как сила, выносливость и т. п. Среди тех, кто оценил материальное положение своей семьи как низкое, доля юношей с недостаточным весом достигает почти 40 % (37,5 %), а учитывая, что материальное положение семей в последние годы не улучшается – это серьезная социальная проблема.

Немногим более половины юношей (55,6 %) считают, что они имеют достаточно времени для сна.

Конечно, эти взаимосвязанные характеристики и важные, заслуживающие общественного внимания элементы самооценки, по-видимому, являются проявлением не столько образа, сколько следствием условий жизни современной молодежи.

Все проблемы, несомненно, связаны с материальным благополучием населения. Важно и исследование взглядов современной молодежи на материальные условия, в которых проходит их жизнь, формируются представления, которые будут реализовываться в будущем.

Материальные проблемы семей, в которых воспитывались подростки, достаточно тревожны, так же как уровень жизни населения в целом.

Подростки по-разному оценили свое материальное положение. Больше половины (54,7 %) расценивают материальное положение своей семьи как среднее, каждый пятый – считает свою семью малообеспеченной и даже бедной и лишь каждый десятый (11 %) – обеспеченной и богатой, при этом девушки чаще дают более низкие оценки. Оценивая самоопределение подростков в связи с материальным положением семьи, необходимо представлять, что низкие оценки материальному положению своей семьи дают примерно столько же лиц, что и среди подростков США – каждый четвертый (Starfield B. et al., 2002), а по доле обеспеченных семей разительные различия – 11 % среди нашей молодежи и 44,8 % среди подростков США.

Уровень жизни семей (1999–2000 гг.) не является стабильным, устоявшимся. В значительно большей степени улучшение материального положения семьи в последний год отмечали дети из обеспеченных и богатых семей (более 50 %), в других группах 5–10 %, но ухудшение отмечали во всех группах, особенно в группе со средним достатком.

В среднем 14 % молодежи отмечает резкое ухудшение материального положения семьи за последний год.

Однако при этом резкое ухудшение материального положения семьи и личное восприятие этих изменений как стрессовой ситуации отметил каждый третий подросток из малообеспеченных семей (26–29 %) и лишь около 3 % – из обеспеченных и богатых (табл.3.2). В обеспеченных семьях существенно реже отмечали ухудшение материального положения, кроме того срабатывали механизмы защиты подрастающего поколения, которые не позволили им ощутить

на себе эти неблагоприятные перемены в жизни семьи. Это связано и с микроклиматом семьи. Конфликты существенно чаще отмечают дети из бедных семей (70 %) и каждый пятый из обеспеченных.

**Таблица 3.2**

**Доля лиц, отметивших резкое ухудшение материального положения семьи, воспринятое как стрессовая ситуация (%)**

| Пол     | Материальное положение семьи: |                   |                        |
|---------|-------------------------------|-------------------|------------------------|
|         | бедная и малообеспеченная     | среднего достатка | обеспеченная и богатая |
| Юноши   | 25,9                          | 14,3              | 3,6                    |
| Девушки | 29,3                          | 10,9              | 3,5                    |

Усиление психологических проблем, ощущение неудовлетворенности жизнью, потеря надежд характерны для подрастающего поколения и других стран. И в развитых, и в развивающихся странах растут показатели самых негативных характеристик – распространенности самоубийств среди молодежи (Отчет о состоянии здравоохранения в мире в 1995 г., Женева).

Конечно, основным элементом жизни, который связан с особенностями материального положения семьи, является возможность обеспечения полноценного питания. Около 60 % молодежи из бедных семей считают, что у них недостаточно на это средств (в обеспеченных семьях 3,6 %).

У подростков из семей с низким материальным достатком в 2–2,5 раза выше доля юношей с недостаточным весом, с низкой оценкой здоровья по сравнению даже с теми, кто оценил материальное положение своей семьи как среднее, хуже и другие характеристики. Самооценка распространенности разных хронических, длительно протекающих болезней у наших подростков из обеспеченных семей практически не отличается от этих характеристик, выявленных у школьников за рубежом, где они отмечались в 22,3–22,6 % случаев (H.Sweeting, P.West, 2002).

**Таблица 3.3**

**Особенности некоторых характеристик здоровья в группах подростков в зависимости от материального положения семьи (%)**

| Характеристики здоровья           | Материальное положение семьи (по самооценке) |                   |                        |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|------------------------|
|                                   | бедная и малообеспеченная                    | среднего достатка | обеспеченная и богатая |
| Наличие хронических болезней      | 48,1                                         | 43,0              | 21,3                   |
| <b>В течение года:</b>            |                                              |                   |                        |
| — обострение хронических болезней | 18,5                                         | 16,7              | 7,1                    |
| — заболевания зубов и полости рта | 37,0                                         | 32,2              | 21,4                   |
| <b>Доля лиц:</b>                  |                                              |                   |                        |
| — с низкой оценкой здоровья       | 12,9                                         | 4,0               | 3,6                    |
| — с недостаточным весом,          | 18,5                                         | 12,6              | 14,3                   |
| — в том числе среди юношей        | 37,5                                         | 14,1              | 16,7                   |

Подростки из бедных семей чаще отмечают у себя наличие какого-либо хронического заболевания, причем доля лиц, страдающих хронической патологией снижается по мере улучшения социального статуса семьи. При этом некоторые показатели более близки в малообеспеченных и бедных семьях и семьях, отнесенных к среднему уровню, чем у подростков из обеспеченных и богатых семей. Это говорит о том, что самоотнесение себя к среднему уровню не во всех случаях оправдано, и для этой группы населения свойственны выраженные материальные проблемы, в том числе сказывающиеся на здоровье.

Среди подростков из семей с разным материальным достатком достаточно близки показатели распространенности хронического бронхита (поражены 6–7 % независимо от материального статуса семьи), близкие показатели распространенности болезней почек и мочеполовой системы. Среди подростков из обеспеченных семей имеет место тенденция к более высоким уровням распространенности тяжелых поражений кожи (экзема), но худшее состояние здо-

ровья отмечается среди подростков из бедных семей, где более высокая распространенность гипертонической болезни, заболеваний органов пищеварения (гастриты, дуодениты) и таких тяжелых заболеваний как сахарный диабет.

Низкие самооценки здоровья сопровождаются наличием снижающих качество жизни симптомов, большинство из которых более распространено в менее обеспеченных в материальном отношении группах подростков.

Особого внимания заслуживают такие симптомы, которые связаны с соматическими отклонениями и хроническими заболеваниями (боли в сердце, кашель), но важны и те, которые свидетельствуют о функциональных нарушениях, психологическом дискомфорте. Раздражительность, несдержанность, снижение памяти, чувство депрессии более выражены у молодежи из менее обеспеченных семей. Вместе с тем, такие состояния как головные боли, снижение зрения (хотя очки в меньшей мере требуются обеспеченным – 10,7 % и 18,5 % в других группах), снижение работоспособности практически одинаково распространено в отличающихся по экономическому положению группах населения, но высокая их частота во всех группах подростков требует рассмотрения всех аспектов природы их формирования (табл.3.4). По данным зарубежных исследователей, эти симптомы так же являются распространенным явлением среди подростков, так у юношей 15 лет головные боли отмечены у 63,4 %, у девушек этого возраста – 80,6 %, симптомы депрессии соответственно у 7,5 и 17,7 % (H.Sweeting, 2003), что также достаточно близко к показателям распространенности этой патологии среди нашей молодежи. Возможно это закономерные проявления переходного возраста. Высокая распространенность таких характеристик как раздражительность, несдержанность не только свидетельствует о необходимости коррекции этих состояний путем развития психологической службы, но и являются показателем социально-психологического напряжения в обществе, которая может усугубляться в условиях неразрешенности материальных проблем семей.

**Таблица 3.4**  
**Распространенность патологических симптомов в разных группах подростков (%)**

| Симптомы                                | Материальное положение семьи: |                   |                        |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------|
|                                         | бедная и малообеспеченная     | среднего достатка | обеспеченная и богатая |
| Боли в сердце                           | 4,8                           | 3,5               | 1,4                    |
| Кашель                                  | 25,9                          | 17,8              | 7,1                    |
| Головные боли                           | 66,7                          | 66,1              | 64,2                   |
| Невозможность сконцентрировать внимание | 7,4                           | 2,9               | 7,1                    |
| Раздражительность, несдержанность       | 27,8                          | 30,5              | 10,7                   |
| Чувство депрессии                       | 16,7                          | 12,6              | -                      |
| Снижение памяти                         | 18,2                          | 11,5              | 3,6                    |
| Снижение зрения                         | 24,3                          | 30,5              | 28,6                   |
| Снижение работоспособности              | 22,2                          | 20,1              | 32,1                   |
| Запоры                                  | 11,1                          | 6,9               | 3,6                    |
| Болезненное мочеиспускание              | 1,8                           | 1,7               | 3,6                    |

Вместе с тем наши дети и подростки дают далеко не лучшие оценки своему здоровью по сравнению со сверстниками из других стран. Особенно высокие уровни этих оценок отмечены у сверстников из Швеции. Среди детей этой страны отмечена и наибольшая доля тех, кто считает себя очень счастливым в своей жизни: среди 11-летних мальчиков – 64 %, девочек – 70 %, среди 15-летних – соответственно 38 % и 49 %. Российские дети по результатам этого исследования<sup>6</sup> обнаружили наиболее низкие оценки ощущения радости жизни – лишь 15 % мальчиков и 17 % девочек в 11 лет и всего 6–7 % среди детей 15 лет. Несмотря на то, что исследование было проведено по стандартизированной методике, можно думать о том, что это

<sup>6</sup> University of Copenhagen, 1998. Presentation at 4 Consultation to develop Common methods for Health Interview Surveys in Europe.

отражение в том числе особенностей нашего менталитета, который начинает формироваться в детском возрасте. Но близкие характеристики выявляются у детей из бывших союзных республик СССР, которые приняли участие в исследовании, а также из таких стран как Венгрия, Словакия, Чехия, что может свидетельствовать и о влиянии экономических факторов.

**Таблица 3.5**

**Доля детей с очень высокими самооценками здоровья среди школьников разных стран (%)**

| Страна            | 11 лет  |          | 15 лет  |          |
|-------------------|---------|----------|---------|----------|
|                   | девочки | мальчики | девочки | мальчики |
| Северная Ирландия | 16,0    | 23,0     | 8,0     | 17,0     |
| Польша            | 26,0    | 31,0     | 13,0    | 25,0     |
| Уэльс             | 19,0    | 33,0     | 13,0    | 31,0     |
| Латвия            | 28,0    | 34,0     | 17,0    | 32,0     |
| Россия            | 23,0    | 38,0     | 14,0    | 29,0     |
| Финляндия         | 39,0    | 46,0     | 37,0    | 46,0     |
| Германия          | 41,0    | 49,0     | 23,0    | 40,0     |
| Швеция            | 69,0    | 70,0     | 58,0    | 73,0     |

Интересно, что свое состояние здоровья жизненной неустроенностью объясняет 11,1 % молодежи из бедных семей, 5,7 % – из семей среднего достатка, на эту причину не указал ни один подросток, считающий свою семью обеспеченной. Заботу о своем здоровье при худшем его состоянии подростки из бедных семей проявляют значительно реже (менее 40 %), чем их более обеспеченные сверстники, где таких около 50 и более процентов, это может быть связано как с материальными возможностями семьи, так и с особенностями организации, уклада жизни семьи.

Оптимизм подростков проявляется и в том, что лишь единицы из них полагают, что откажутся от лечения в связи с тем, что невозможно будет оплатить лечение при возникновении различных заболеваний. Взрослое население, в том числе больные люди в 12–14 % отвечают, что они вынуждены будут отказаться от лечения в связи с отсутствием средств. Молодежь надеется, в том числе на помощь взрослых, родственников, в 12–15 % – на помощь организаций. Однако и здесь очевидно определенное влияние на представления молодежи материального положения семей, в которых они воспитываются: происходящие из обеспеченных семей полагают, что их эта проблема не коснется, никто не ответил, что при возникновении заболевания может встать вопрос об отказе от лечения по материальным соображениям, в средней группе – таких 3,5 %, а среди тех, кто принадлежит к бедным или к малообеспеченным, полагающих, что не хватит средств на лечение и придется от него отказаться более 10 %. Наоборот, тех кто полагает, что в случае необходимости может приобрести лекарства за любую цену – более 60 % среди обеспеченной молодежи, и всего лишь около 3 % среди тех, кто происходит из малообеспеченных и бедных семей. Следует принимать во внимание, что молодежь не представляет и не может представлять современных возможностей медицины, а также величины материальных затрат, которые требуются для обеспечения полноценного по современным представлениям лечения возникающей патологии.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.