

СЕМЬЯ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ НА РУБЕЖЕ ХХІ ВЕКА

Семья - малая социальная группа общества, основанная на супружеском союзе и родственных связях (муж и жена, родители и дети, другие родственники), на совместном ведении общего хозяйства и взаимной моральной ответственности.

Общеизвестно мнение специалистов разных научных направлений относительно роли семьи как основного института в воспитании детей, в формировании их здоровья. Семья оказывает влияние на всю жизнь человека, но наиболее значительна ее роль в самом начале жизненного пути, когда закладываются здоровье, социальные основы личности.

Однако российская семья сегодня переживает очень сложную ситуацию, когда резкие изменения социальных условий, экономическое неблагополучие, неустроенность бытовых условий создают серьезные негативные тенденции .

Настоящее сообщение освещает результаты когортного исследования здоровья и развития детей первого года жизни и их семей, которое проводят ВНКЦ РАН и ИСЭПН РАН под руководством д.э.н. Римашевской Н.М. Объектом исследования стали дети, родившиеся в Вологодской области с 15 по 31 мая 1995 года, и их семьи.

За отобранной группой с момента рождения было установлено динамическое наблюдение по специальной программе, которая предусматривает сбор информации о физическом и психомоторном развитии, заболеваемости детей; а также характеристику их семей. (Часть анкеты, относящаяся к характеристике семьи заполнялась самими родителями в доверительной беседе с педиатром.)

Итак, что же представляют собой семьи, в которых растут и развиваются дети, участвовавшие в исследовании ? Как отражаются характеристики семьи на здоровье малышей ? (Анализируются материалы, полученные от рождения ребенка до момента исполнения ему одного года.)

Семейный состав

Большинство детей (75,5 %) родилось в полных семьях, причем около 1/3 семей (28 % от их общего числа) достаточно молодые - их браки были зарегистрированы в 1990-1995 гг., 24,5 % семей - неполные. Примерно половина семей уже имеет детей: 36,7 % семей - одного ребенка, 10,2 % - двух детей, 2,1 % - трех детей.

Демографический тип семьи и ее возраст оказывают влияние на здоровье детей. Заболеваемость детей выше в неполных семьях. Уже в возрасте 6 месяцев дети в таких семьях имели стопроцентную заболеваемость, что в 1,1 раза превышает показатели в полных семьях (табл.1).

Таблица 1

Зависимость заболеваемости от демографического типа семьи (в % от общего количества)

Демографический тип семьи	Доля больных и здоровых детей по возрастам							
	Здоровые				Больные			
	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год
1 тип - простая	88,9	61,1	12,2	-	11,1	38,9	87,8	100
2,3,4 тип - сложные	91,9	52,8	12,1	-	8,7	47,2	87,9	100
5,7 тип - неполные	66,7	16,7	-	-	33,3	83,3	100	100

Результаты исследования показывают, что доля больных детей в возрасте 1 недели в молодых семьях в 1,4 раза выше, чем в семьях, возраст которых более 2 лет. Такая же зависимость прослеживается и в контрольной отметке 6 месяцев: здоровых детей примерно вдвое больше в семьях с возрастом свыше 2 лет.

Образование родителей

Большинство молодых родителей (почти 50 %) имеют среднее специальное образование. Высшее образование имеют лишь 9,5 % женщин и 5 % мужчин. Такое же примерно соотношение родителей, имеющих незаконченное высшее образование.

Таблица 2

Образование родителей обследуемых семей
(в % от общего количества)

Образование родителей	Родители	
	мать	отец
высшее	8,5	5,0
незаконченное высшее	8,5	7,5
среднее специальное	53,2	57,5
среднее общее	21,3	10,0
ПТУ со средним образованием	6,4	15,0
ПТУ без среднего образования	-	2,0
Незаконченное среднее	2,1	2,5

В течение первого года жизни у женщин, имеющих среднее специальное, высшее и н/высшее образование дети болели чаще чем у тех, которые имеют иной уровень образования. Наиболее низкий процент заболеваемости у детей, матери которых имеют общее среднее образование и выпускниц ПТУ.

Этот факт можно объяснить двояко: либо женщины, имеющие среднее специальное, н/высшее образование повышали уровень образования, что неблагоприятно отразилось на здоровье матери и ребенка, а также на качестве ухода за ребенком; либо можно предположить, что матери, имеющие более высокий уровень образования, чаще обращались за медицинской помощью и болезнь была документально зафиксирована (табл.3).

Таблица 3

Зависимость заболеваемости детей от образования матери
(в % от общего количества)

Образование матери	Доля больных и здоровых детей по возрастам							
	Здоровые				Больные			
	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год
высшее, н/высшее	84,2	42,1	12,5	-	15,8	57,9	87,5	100
среднее специальное	95,7	63,0	15,2	-	4,3	37,0	92,7	100
среднее общее и ПТУ	82,9	52,9	15,2	-	17,1	47,1	84,8	100

Трудовая деятельность родителей

Характеризуя обследуемые семьи, нельзя не коснуться трудовой деятельности родителей. Большинство будущих матерей и отцов (74,5% женщин и 97,5% мужчин) работали. Причинами меньшей занятости женщин по сравнению с мужчинами явились: во-первых, их учеба - 14,9% (среди мужчин училось всего 2,5%), во-вторых, 6,4% женщин - безработные, в-третьих, 14,9% - добровольно незанятые. Наиболее распространенными отраслями деятельности будущих родителей являются: промышленность, торговля, транспорт, образование, здравоохранение, милиция (табл. 4). Появление в семье ребенка отразилось на трудовой деятельности родителей. К моменту исполнения детям одного года большинство матерей (86%) находились в отпуске по уходу за ребенком, работали лишь 5,8% женщин; в то же время 69,8% отцов работали, 5,8% мужчин - безработные.

Таблица 4

Отрасль деятельности родителей ребенка (в % от общего количества)

Отрасль деятельности	Родители	
	Мать	Отец
промышленность	11,0	23,0
транспорт и связь	2,0	14,0
образование и культура	12,0	3,0
торговля и общепит	13,0	7,0
здравоохранение	11,0	2,0
армия, милиция	2,0	11,0
другое	49,0	40,0

Говоря об условиях работы будущих родителей, следует отметить, что лишь незначительная часть женщин - 10% и 5% мужчин работали в нормальных условиях. Все остальные работали во вредных условиях. Для женщин наиболее характерными были: психическое напряжение (44,7%), шум (21,3%), загазованность (14,9%), работа в 2-3 смены (14,9%). Для мужчин - психическое напряжение (50%), шум (42,5%), большая физическая нагрузка (35%), запыленность и загазованность (соответственно по 25%), работа в ночное время (15%). Влияние условий труда родителей на здоровье детей отражено в табл. 5.

Влияние условий труда родителей на здоровье новорожденных
(в % от общего количества)

Характеристика условий труда родителей	Доля больных детей в первую неделю жизни
Психическое напряжение	10,8
Работа в две смены	12,5
Запыленность	10,3
Загазованность	10,1
Шум	9,1
Большая физическая нагрузка	10,0
Работа в ночное время	33,3

Из анализируемых нами неблагоприятных условий труда наибольшее влияние на здоровье ребенка оказывают работа в две смены и работа в ночное время.

Благосостояние семей

Имущество семьи является одним из показателей ее благосостояния. В обследованной нами совокупности семей все семьи были обеспечены лишь телевизорами. С остальным имуществом дела обстояли значительно хуже. Так, холодильники имели 87,2% семей, стиральные машины-87,2%, магнитофоны-85,7%, швейные машины-61,6%, мебельные гарнитуры-52,3%, пылесосы-58,1%, дачу-55,1%, автомобиль-32,6%, музыкальный центр-30,6%, произведения искусства-4,7%, компьютеры-7,1%, библиотеку-12,9%. Имущественное положение семей за год изменилось незначительно. Рождение ребенка изменило такой показатель благосостояния семьи, как средний доход семьи на одного человека: если за месяц до рождения ребенка средний доход на человека был 276,4 тыс. руб., то по истечении 1 года после рождения ребенка средний доход на человека составлял уже 240 тыс. руб. (при среднем прожиточном минимуме 312 тыс. руб.). Соответственно изменилась и оценка возможности удовлетворения своих потребностей. Значительно увеличилось (в 3,6 раза) количество семей, которым приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания. Сократилось (в 1,6 раза) число семей, которым хватает денег только на ежедневные расходы; семей, которым хватает денег на все текущие расходы, но без излишеств - в 1,2 раза. Вместе с тем в 1996 году появились семьи, имеющие столько средств, чтобы не экономить на том, что нравится (рис. 1).

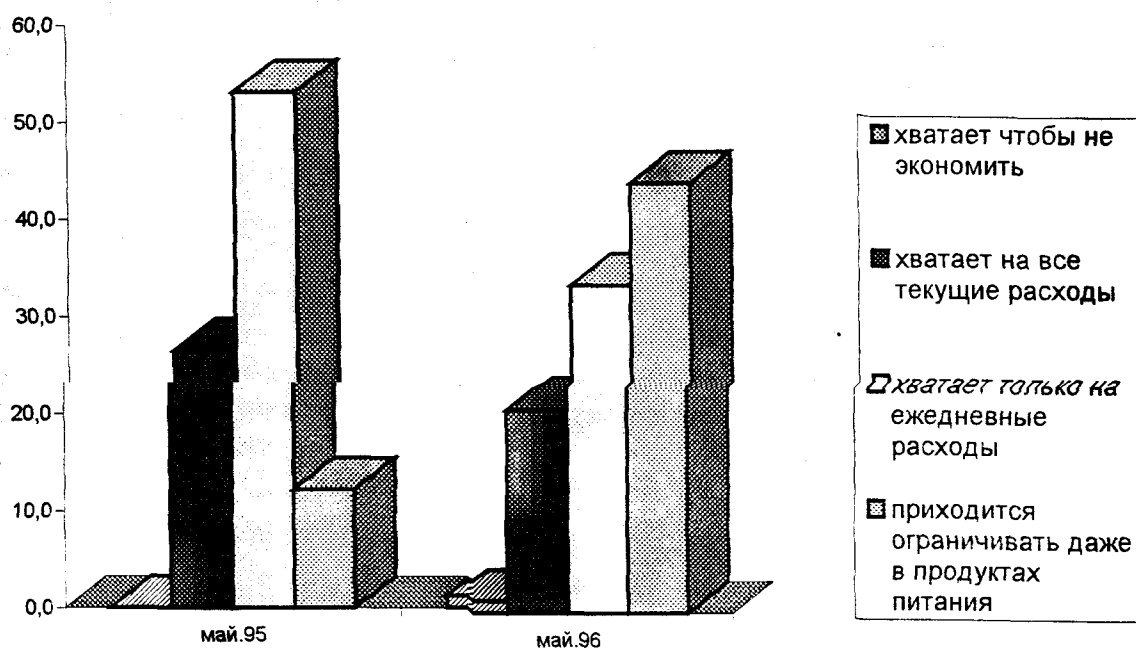


Рис. 1. Оценка удовлетворения потребностей семей.

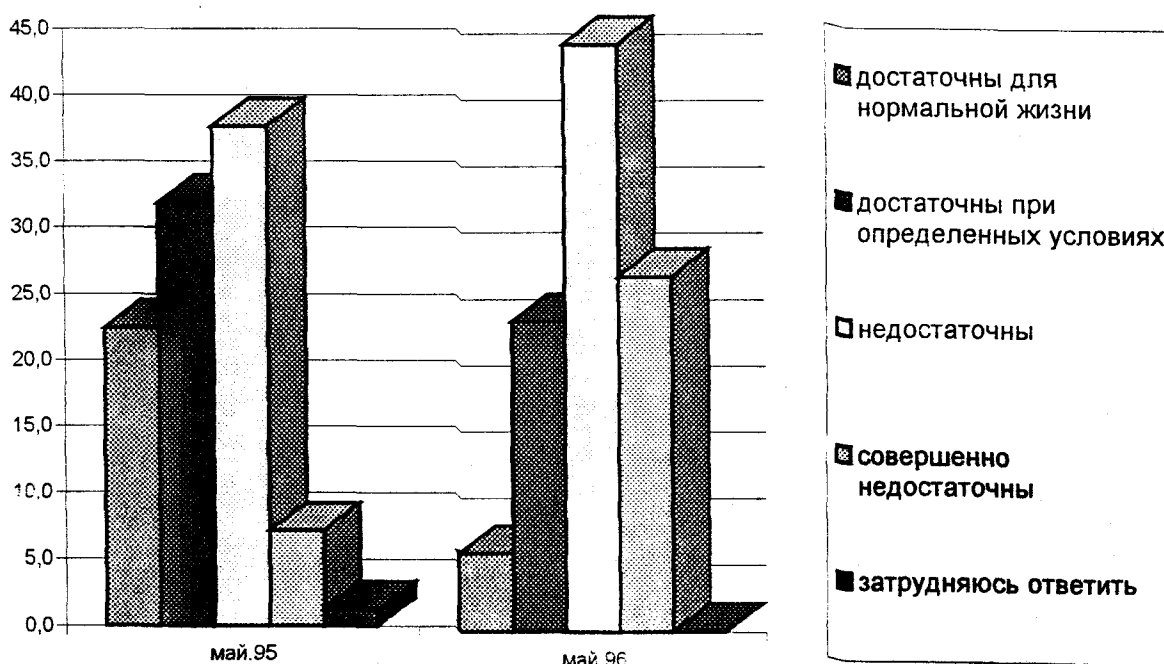


Рис. 2. Оценка доходов семей.

Соответственно изменилась и оценка доходов данной семьи (рис.2). Уменьшилось (в 3,9 раза) количество семей, полагающих, что их доходы достаточны для нормальной жизни, но параллельно значительно увеличилось число семей, доходы которых недостаточны и совершенно недостаточны (соответственно в 1,2 и в 3,8 раза).

Такой социальный фактор, как доход на члена семьи, оказывает немаловажное влияние и на здоровье новорожденных детей, и на их дальнейшее развитие. Большая часть болевших детей приходится на семьи с доходом на одного члена семьи ниже 260 тысяч рублей (при среднем прожиточном минимуме 312 тыс. руб.). Хотя к концу первого месяца жизни в семьях с доходом свыше 260 тыс. переболело в 3,4 раза меньше детей чем в семьях с меньшим доходом. К первому полугодию разница уменьшается до 1,3 раза.

Анализируя данные факты можно предположить, что в семьях с доходом свыше 260 тыс. руб. беременные женщины имели больше возможности для правильного и рационального питания, посещения квалифицированных специалистов, что положительно сказалось на здоровье их детей (табл.6).

Таблица 6

Влияние доходов семьи на здоровье детей
(в % от общего количества)

Доходы на члена семьи	Доля больных и здоровых детей по возрастам							
	Здоровые				Больные			
	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год
менее 130 тыс. руб.	85,7	55,6	16,0	-	14,3	44,4	84,0	100
от 131 до 260 тыс. руб.	86,7	51,1	2,3	-	13,3	48,9	97,7	100
свыше 260 тыс. руб.	95,8	66,7	26,3	-	4,2	33,3	73,7	100

Совокупные доходы семьи определяют и ее питание. Доля расходов на питание остается примерно одинаковой как в мае 1995 года, так и в мае 1996 года. Большинство семей тратит на питание 51-70 % от совокупного дохода семьи, но немало семей, которые тратят на питание от 86 % до 100 % ,а в некоторых семьях расходы на питание составляют до 30 % от совокупного дохода (в среднем по области 42 % от совокупного дохода).

Однако, имея очень скромные возможности, многие родители ответственно отнеслись к рождению ребенка. Анализируя данные по питанию детей мы получили следующие результаты: 36 % семей тратят на питание ребенка до 20 % от совокупного дохода семьи, 33,8 % семей - от 21 % до 40 %, 16,2 % семей - от 41 % до 60 %, а 7 % семей тратят на питание ребенка свыше 60 % от совокупного дохода семьи.

Жилищные условия семьи

Большинство обследуемых семей проживало в отдельных государственных квартирах - 62%, в собственном доме - 10%, в приватизированных и кооперативных квартирах - 12%, имели комнату в общежитии - 8%, в коммунальных квартирах и квартирах гостиничного типа - 4%, снимали жилье - 4%. После рождения ребенка жилищные условия изменили 19,8% семей.

К моменту исполнения детям одного года в отдельных государственных квартирах проживало 59%, в собственном доме - 12%, в приватизированных и кооперативных квартирах - 13%, имели комнату в общежитии - 7%, в коммунальных квартирах и квартирах гостиничного типа - 2%, снимали жилье - 7% семей.

В соответствии с этим изменяется и оценка жилищных условий респондентами. Увеличилось число семей, считающих свои жилищные условия хорошими, в 1,1 раза, вместе с тем число семей, считающих жилищные условия плохими, уменьшилось в 1,25 раза (табл. 7).

Таблица 7

Оценка жилищных условий (в % от общего количества)

Оценка	Годы	
	май 1995 г.	май 1996 г.
хорошие	28,0	31,5
удовлетворительные	63,0	60,7
плохие	7,0	5,6
очень плохие	2,0	2,2

Жилищные условия семьи оказывают немаловажное влияние на адаптацию детей первого года жизни. Анализ заболеваемости детей по данному признаку показывает, что среди не болевших детей 72,8 % проживало в семьях, имеющих дом или квартиру, и лишь 27,3 % - в семьях, проживающих в общежитии. Это позволяет предположить, что наличие квартиры или собственного дома благоприятно сказывается на здоровье детей (табл. 8).

Таблица 8

Влияние жилищных условий на здоровье ребенка
(в % от общего количества)

Жилищные условия семьи	Доля больных и здоровых детей по возрастам							
	Здоровые				Больные			
	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год
комната в общежитии	86,7	40,0	-	-	13,3	60,0	100	100
отдельный дом или квартира	89,4	58,3	12,8	-	10,6	41,7	87,2	100

При оценке экологических условий места проживания более половины опрошенных семей назвали их удовлетворительными (56,2%), хорошие экологические условия отметили 30,3 % семей, а 13,5% семей считают, что экологические условия в месте проживания плохие.

Среди неблагоприятных факторов, влияющих на экологические условия места проживания, чаще всего отмечался повышенный уровень шума - 34 % семей, загрязненный воздух - 30 % семей, отсутствие зелени -25 % семей.

Экологические условия в месте проживания оказывают значительное влияние на адаптацию ребенка к внешней среде. В том случае, когда экологические условия места проживания неблагоприятные, уже к первой неделе заболеваемость детей оказалась в 1,86 раза выше. В контрольной отметке 6 месяцев мы видим, что дети, жилище которых располагается в плохих экологических условиях, имели стопроцентную заболеваемость (табл. 9).

Таблица 9

Влияние экологических условий в месте проживания на заболеваемость детей
(в % от общего количества)

Экологические условия в месте проживания	Доля больных и здоровых детей по возрастам							
	Здоровые				Больные			
	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год
хорошие	87,1	54,8	17,9	-	12,9	45,2	82,1	100
удовлетворительные	92,6	60,4	10,0	-	7,4	39,6	90,0	100
плохие	48,0	40,0	-	-	52,0	60,0	100	100

Говоря о жилищных условиях семьи, нельзя не упомянуть о жилищных условиях самого малыша. Большинство детей (77,4%) имели постоянное место в общей комнате с родителями, некоторые дети (9,2%) имели отдельную комнату, либо постоянное

место в общей комнате с другими членами семьи (9,5%), и лишь немногие (2,4%) не имели постоянного места.

Уход за ребенком

В большинстве семей обследуемой совокупности основная нагрузка по уходу за ребенком легла на мать, 97,7 % семей отмечают значимость матери по уходу за ребенком высшим баллом. Следующей по значимости является бабушка - 58,8 % семей отводят ей "главную роль". Работающим папам отводится лишь второе (45,3 %) и третье (17,4 %) место. Ни одна семья услугами няни не пользовалась.

Основной проблемой, отмечаемой родителями, является недостаток знаний у матери по уходу за ребенком.

Качество ухода, компетентность родителей в этом вопросе, а также количество уделяемого времени оказывают существенное влияние на уровень психомоторного развития ребенка.

Таблица 10

Зависимость скорости психомоторного развития от времени, уделяемого ребенку (в % от общего количества)

Параметры психомоторного развития	Сколько времени уделялось ребенку	
	менее 12 часов	более 12 часов
<i>В каком возрасте ребенок начал сидеть</i>		
до 7 месяцев	23,0	77,0
после 7 месяцев	36,9	63,1
<i>В каком возрасте ребенок начал ходить</i>		
до 10,5 месяцев	35,0	65,0
после 10,5 месяцев	20,8	79,2
<i>Понимание речи</i>		
нет	29,2	70,8
да	24,6	75,4
<i>Активная речь</i>		
нет	33,3	66,6
да	25,0	75,0

У детей, которым уделялось 12 и более часов в сутки, быстрее расширяется запас понимаемых слов, активная речь у этой группы детей преобладает над простым слушанием. Подобная тенденция просматривается и по результатам анализа двига-

тельной активности детей: малыши, с которыми подолгу занимались родители, раньше стали сидеть (77% в сравнении с 23%) и раньше научились ходить (65% в сравнении с 35%).

Таким образом, анализ полученных результатов дает основание утверждать, что семья, ее возраст, демографический тип, социально-экономические и бытовые условия семьи имеют значительное влияние на здоровье и развитие ребенка в очень важный для него период адаптации к окружающей среде.

Но тем не менее именно семья оказалась не защищенной в “суматохе” реформ. В 1995 г. по сравнению с 1993 г. среднедушевой доход снизился на 12 %.

Если в 1990 г. (стабильный год действия регулируемых розничных цен на товары и услуги) на питание российская семья расходовала всего 25 % семейного бюджета, то в 1995 г. - уже 42 % семейного бюджета (семьи, участвовавшие в исследовании тратили на питание от 30% до 100 % семейного бюджета). В то же время калорийность питания снизилась с 2510 ккал в 1990 г. до 2022 ккал в 1995 г.

Увеличилась доля расходов на оплату коммунальных услуг от 0,9% (1992 г.) до 4,3% (1995 г.). Тем не менее жилищная проблема решается с большим напряжением, сокращается число семей, получивших муниципальное жилье (в нашем исследовании всего 59 % семей проживают в отдельной государственной квартире).

Увеличилась доля расходов на медицинские услуги от 1,4 % (1992г.) до 2,9 % (1995 г.) Платная медицина не только сокращает семейный бюджет, но и становится порой препятствием на пути оздоровления как детей, так и родителей.

Это лишь некоторые проблемы, вставшие перед семьей в напряженное время перемен.

Накопленный нами материал пока недостаточен для выявления наиболее значимых для состояния здоровья и развития ребенка факторов и разработки конкретных рекомендаций.

Учитывая важность здоровья подрастающего поколения, можно говорить о перспективности и необходимости подобного рода региональных исследований в дальнейшем.