

ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

В период социально-экономических преобразований в России необходимы все-сторонняя информация о здоровье населения и эффективные меры смягчения отрицательных последствий длительной экономической нестабильности в стране. К решению данных вопросов привлечены различные специалисты: медики, психологи, социологи, демографы, педагоги, которые ведут свои исследования в одном направлении, но рассматривают здоровье населения с различных сторон. Здоровье является благом или ресурсом, от степени обладания которым зависит уровень удовлетворения практически всех потребностей. Здоровьем определяется возможность приобщения к труду и использование его как источника материального благосостояния. Поэтому здоровье важно рассматривать как важнейший показатель качества жизни, как высший приоритет в ряду других ценностей.

Для принятия адекватных мер, направленных на снижение неблагоприятных последствий реформ, проводятся научные исследования по оценке факторов, влияющих на здоровье. Вологодский научно-координационный центр РАН совместно с Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН, при поддержке администрации Вологодской области проводят динамическое исследование "Мониторинг качества населения, вступающего в XXI век" с целью выявления и анализа социально-экономических, медицинских факторов, определяющих качество молодого поколения. В рамках этого исследования проводится "Изучение условий формирования здорового поколения". Научное консультирование данного проекта осуществляет д.э.н. Бреева Е.Б. (ИСЭПН РАН).

Лонгитюдное (длительное) исследование социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье детей, в Вологодской области было начато в 1995 г. Объектом исследования являются все семьи, в которых родились дети с 15 по 30 мая 1995 г. (в городах областного подчинения - Вологде, Череповце, районных центрах - Кириллове, Великом Устюге, поселках городского типа - Вожеге, Кадуде). Результаты анализа полученных данных могут послужить основой рекомендаций, дающих определенные ориентиры социальной политике, в частности, установлению или корректировке шкалы приоритетов различных мероприятий по критерию здоро-

вья. А также помогут в создании необходимого психологического климата для изменения отношения к здоровью населения как властных структур, так и большей части жителей области.

Предыдущие этапы включали анализ условий жизни семьи новорожденных, здоровья детей первой недели жизни, первого месяца жизни, шести месяцев, одного года и двух лет жизни. Анализ и обобщение результатов этих исследований изложен в отчетах ВНКЦ РАН, изданных в 1996, 1997 годах.

В данной работе подведены итоги очередного этапа НИР, который предусматривал анализ условий жизни семьи, здоровья детей трех лет, их нервно-психического и физического развития.

При анализе динамических изменений характеристик здоровья и влияющих на него условий использовались данные только о тех семьях, связь с которыми сохранилась до 1998 года.

Появление ребенка - это ответственный и, одновременно, очень трудный момент в жизни семьи. Особенные трудности вызывает изменение материального положения семьи. В то же время нельзя не отметить расслоение исследуемых семей по признаку имущественного благополучия. Если в одних семьях в обиход входят посудомоечные машины, компьютеры, видеокамеры, автомобили, то в других семьях нет таких необходимых предметов обихода как телевизор, холодильник, мебельный гарнитур, стиральная машина (это семьи с низким материальным уровнем, среди них есть даже такие, душевой доход которых составляет 30 - 60 рублей).

Тенденцию расслоения семей по признаку имущественного благополучия подтверждают и сведения о доходах семей (в 1998 году): минимальный отмеченный респондентами месячный доход - 62 рубля, максимальный - 4850 рублей. Даже учитывая некоторую неточность полученной информации о доходах, связанную с методикой исследования, тенденция социальной дифференциации явно прослеживается.

Рождение ребенка оказало отрицательное влияние на финансовое благополучие семьи, что отражает средний доход на одного члена семьи: если за месяц до рождения ребенка (1995 год) соотношение среднедушевого денежного дохода и прожиточного минимума составило 107 %, то по истечении 1 года после рождения ребенка соотношение среднедушевого денежного дохода и прожиточного минимума снизилось до 63,7 %. В 1998 году (детям 3 года) соотношение среднедушевого денежного дохода и прожиточного минимума составило 86,6 %. Возросшие цены, нестабильность выплат

заработной платы и денежных пособий, высокая плата в детских садах, а 80,3 % наблюдаемых детей посещают детские дошкольные учреждения, особенно усугубили положение малообеспеченных семей.

| Оценка | Годы | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
| Денег хватает, чтобы не экономить на том, что нравится | - | 1,2 | 1,3 | - |
| Денег хватает на все текущие расходы, но без излишеств | 26,5 | 20,9 | 20,8 | 22,5 |
| Денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности | 53,1 | 33,7 | 44,2 | 38,0 |
| Приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания | 12,2 | 44,2 | 27,3 | 29,6 |
| Затрудняюсь ответить | 8,2 | - | 6,5 | 9,8 |

Оценочные же характеристики доходов семей, уровня удовлетворения жизненно необходимых потребностей сохранили относительную стабильность в 1998 году в сравнении с 1997 годом (табл.1). Возможными

причинами стабильности оценок являются: 1 - дифференциация семей по доходам (соотношение обеспеченных и малообеспеченных семей, при общем снижении материального достатка, остается примерно одинаковым); 2 - негативные оценки дохода приблизились к критическому уровню (64,0 % семей в 1997 году и 68,7 % семей в 1998 году оценивают свои доходы как недостаточные или совершенно недостаточные) и их незначительные изменения создают мнимую стабилизацию.

Совокупные доходы семьи определяют качество ее питания. Снижение доходов значительной части обследуемых семей (к маю 1998 г. 50,8 % семей имели среднедушевой

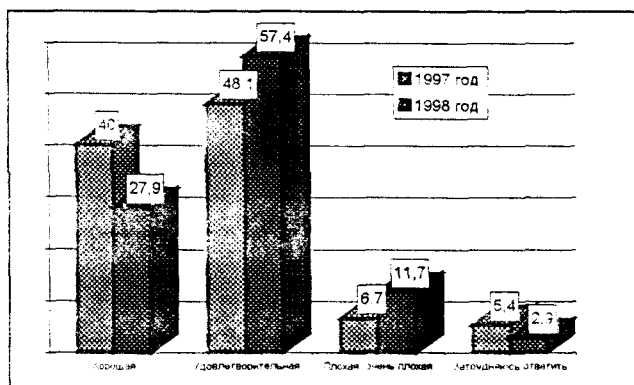


Рисунок 1 Оценка обеспеченности ребенка продуктами питания (в % от общего количества)

48,1 % родителей - удовлетворительная, и лишь 6,5 % семей указали на неудовлетворительную обеспеченность ребенка продуктами питания (рис.1). В 1998 году вдвое сократилась доля семей, считающих, что ребенок в полной мере обеспечен необходимыми

средней доход ниже установленного прожиточного минимума) отразилось на обеспеченности продуктами питания ребенка. В ходе исследования выявлена тенденция ухудшения обеспеченности продуктами питания детей с увеличением их возраста. В 1997 году 40 % родителей отметили, что обеспеченность ребенка продуктами питания хорошая,

ми продуктами питания, а доля семей, давших неудовлетворительную оценку обеспеченности ребенка продуктами питания, вдвое увеличилась.

Одной из целей нашей работы является наблюдение за изменениями характеристик здоровья исследуемой группы детей. Важной характеристикой здоровья детей является степень сопротивляемости организма, которая выявляется по подверженности заболеваниям.

| Распределение детей по группам здоровья (в % от числа опрошенных) | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|--------|
| Группа здоровья | Возраст ребенка | | | |
| | новорожд. | 1 год | 2 года | 3 года |
| 1 группа | 8,3 | 1,4 | 0 | 0 |
| 2А группа (здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний) | 59,7 | 20,8 | 14,5 | 5,6 |
| 2Б группа (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения) | 29,2 | 70,8 | 72,5 | 79,2 |
| 3 группа (дети, имеющие хронические заболевания в компенсированном состоянии) | 2,8 | 5,6 | 11,6 | 15,3 |
| 4 группа (дети, с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации) | 0 | 1,4 | 1,4 | 0 |

Анализируя состояние здоровья обследуемых детей можно отметить следующее: здоровых детей, имеющих первую группу здоровья, родилось крайне мало - всего 8,3 %; большинство новорожденных детей (59,7 %) относится к группе здо-

ровья 2А, т. е. - это дети с наименьшим риском ухудшения здоровья, в том числе дети, имеющие неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом или социальном анамнезе. За год количество здоровых детей (1 группа) сократилось почти в 5 раз, а число детей, имеющих **вторую** группу здоровья, увеличилось почти в 2,5 раза, удвоилось количество детей с хроническими заболеваниями (3 группа здоровья). Такие изменения в здоровье детей в течение первого года жизни свидетельствуют о том, насколько сложно происходит процесс адаптации ребенка к окружающей среде, не всегда благоприятной для чувствительного детского организма.

Дальнейшие наблюдения за изменениями здоровья обследуемых детей выявили следующие тенденции: сокращение количества детей в группах здоровья 1 и 2А; нарастание числа детей во 2 группе здоровья и стремительное увеличение детей с хроническими заболеваниями (табл. 2).

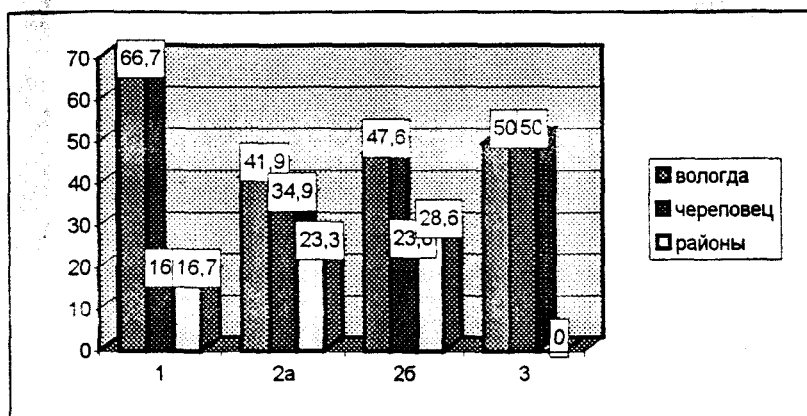


Рисунок 2. Здоровье новорожденных детей в региональном разрезе (в % от числа детей в возрасте 3 года)

Анализ здоровья детей в региональном разрезе показывает, что более здоровые дети рождаются в г. Вологде и г. Череповце (рис. 2).

Но к трем годам наиболее благоприятная ситуация по здоровью детей складывается в районах.

В районных городах и поселках доля трехлетних детей, имеющих хронические заболевания, меньше в 5 раз. В г. Череповце все наблюдаемые дети в возрасте трех лет отнесены к 2 и 3 группам здоровья. В г. Вологде в 3 раза больше доля детей, имеющих группу здоровья 2А, чем в районных городах и поселках. Детей со второй группой здоровья (рис. 3) в г. Вологде больше, чем в районах и Череповце, в 1,5 раза.

После выявления заболеваний, определения степени их тяжести можно выделить отрицательные факторы, которые могли бы способствовать развитию данных заболеваний или отягощать их.

Одни факторы, влияющие на здоровье младенцев, действуют еще до рождения ребенка, другие - оказывают свое действие много позже.

Очевидно, что неблагоприятные условия труда будущей матери, нервное напряжение в период вынашивания ребенка, неблагоприятное течение

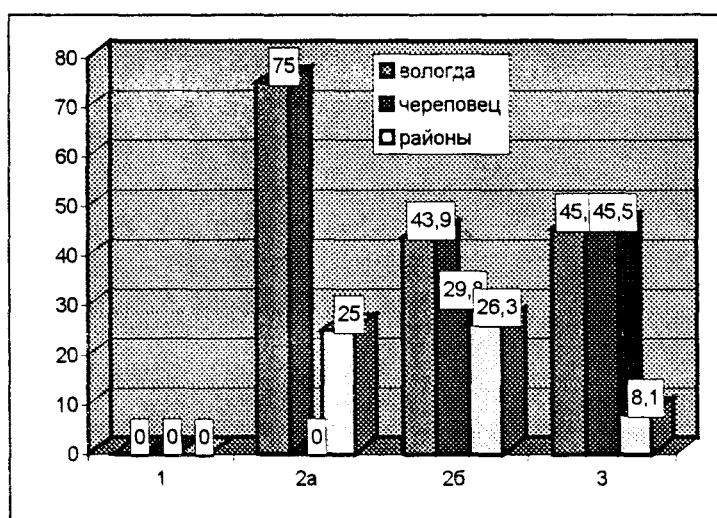


Рисунок 3. Здоровье новорожденных детей в региональном разрезе (в % от числа детей в возрасте 3 года)

беременности оказывают отрицательное влияние на здоровье будущего ребенка.

Вредные привычки (пристрастие к алкоголю, курение) способствуют развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности. Все дети, матери которых курили во время беременности, уже в возрасте 1 года имели функциональные отклонения, половина из них часто и

длительно болели. У курящих во время беременности матерей за период наблюдения неболевших детей не было.

Здоровье малыша несомненно зависит еще и от того, как часто до рождения этого ребенка женщина искусственно прерывала беременность. Врачи утверждают, что женщина, перенесшая 2-3 аборта, резко рискует родить неполноценного малыша (Баранов А.А. Приложение к НГ «Круг жизни», № 3, март, 1998 год). Как показывают результаты нашего исследования, наиболее ярко проявляется отрицательное действие многократно прерываемой беременности на детей в возрасте до 1 года.

Здоровье, рост и гармоничное развитие ребенка зависят от характера питания. В последние годы отмечается явная тенденция к сокращению естественного вскармливания младенцев. В нашем исследовании более половины детей уже с трех месяцев переводится на смешанное питание и искусственное вскармливание, а среди младенцев после 6 месяцев этот показатель составляет почти 81,9 %, к одному году количество детей, получающих молоко матери, сокращается до 7,2 %. Это отражается на здоровье детей, ярче всего проявляется у детей в возрасте 1 года (коэффициент Пирсона, показывающий тесноту связи между указанными параметрами, равен 0,631).

| Таблица 3 | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|--------|------|--------|------|
| Обеспеченность ребенка продуктами питания (в % от общего количества) | | | | | | |
| Обеспеченность ребенка продуктами питания | Здоровье ребенка по возрастам | | | | | |
| | 1 год | | 2 года | | 3 года | |
| | R 1 | R 2 | R 1 | R 2 | R 1 | R 2 |
| Хорошая, удовлетворительная | 91,1 | 86,4 | 90,0 | 84,4 | 100 | 85,1 |
| Плохая, очень плохая | 6,1 | 4,5 | 10,0 | 12,0 | 0 | 12,0 |
| Затрудняюсь ответить | 2,8 | 9,1 | 0 | 3,6 | 0 | 3,0 |
| R 1 - группа с наименьшим риском ухудшения здоровья R 2 - дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания | | | | | | |

Для состояния здоровья детей более старшего возраста важно, чтобы они получали разнообразную и сбалансированную пищу. Снижение реальных доходов граждан привело к существенному ухудшению питания в семьях, особенно таких, которые живут на фиксированную заработную плату.

И прежде всего страдают дети самого раннего возраста, среди которых удельный вес детей с проявлениями анемии составляет 19,5 %, аллергического диатеза - 14,3 %. Наиболее дефицитными, по оценке большинства родителей (1998 г.), в питании детей являются мясо (20 %), фрукты (20 %), рыба (10 %), но есть семьи, в которых детям не хватает даже хлебобулочных изделий (8,8 %). Данные таб-

лицы 3 подтверждают отрицательное влияние недостаточной обеспеченности ребенка продуктами питания на здоровье детей.

Еще одним важным фактором, действующим на здоровье ребенка, являются экологические условия в районе проживания. Мы полагаем только оценочными характеристиками экологических условий по месту жительства наблюдаемых семей, но и эти сведения дают возможность выявить существующие тенденции. Причем, чем старше ребенок, тем ярче выражено негативное действие загрязненного воздуха и плохого качества воды (табл. 4).

| Таблица 4 | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|-------|------|--------|------|--------|------|
| Влияние экологических условий места проживания на здоровье ребенка (в % от общего количества) | | | | | | | | |
| Экологические условия | Здоровье ребенка по возрастам | | | | | | | |
| | новорожд | | 1 год | | 2 года | | 3 года | |
| | R 1 | R 2 | R 1 | R 2 | R 1 | R 2 | R 1 | R 2 |
| ПЛОХОЕ КАЧЕСТВО ВОДЫ | | | | | | | | |
| нет | 67,4 | 32,6 | 26,3 | 73,7 | 16,2 | 83,8 | 6,3 | 93,8 |
| есть | 75,0 | 25,0 | 20,0 | 80,0 | 0 | 100 | 0 | 100 |
| ЗАГРЯЗНЕННЫЙ ВОЗДУХ | | | | | | | | |
| нет | 69,0 | 31,0 | 29,5 | 70,5 | 16,4 | 83,6 | 6,0 | 94,0 |
| есть | 66,7 | 33,3 | 16,0 | 84,0 | 10,0 | 90,0 | 4,8 | 95,2 |
| R 1 - группа с наименьшим риском ухудшения здоровья | | | | | | | | |
| R 2 - дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания | | | | | | | | |

Таим образом, из анализа следует, что действующие на здоровье ребенка многочисленные факторы можно разделить на две группы. Отрицательное действие одних факторов, таких как: частое искусственное прерывание беременностей, болезненные состояния будущей матери, курение во время беременности, неблагоприятные условия труда беременной женщины, более ярко проявляется в перинатальный период. Влияние же: неблагоприятных экологических условий места жительства, плохой обеспеченности ребенка продуктами питания, неблагоприятного психологического климата в семье проявляется в более поздний период.

1. Проведенный этап исследования подтвердил его методологическую и методическую обоснованность, заключенную в разработках предшествующих лет. Доказано, что примененный инструментарий позволяет определить пограничные показатели процессов, связанных с оценкой здоровья детей от их рождения и в последующий трехлетний период развития. Выявлена возможность на основе принятого инструментария изучать факторы, влияющие на здоровье детей, взаимосвязь показателей детского здоровья с социально-экономическими и демографическими явлениями.

2. Установлено, что в Вологодской области имеется достаточно выраженная зависимость здоровья и развития детей раннего возраста от негативных процессов, имеющих место в ходе реализации социально - экономического курса, взятого в стране после 1991 года. Трудности в реализации улучшения материального благополучия молодых семей, а во многих семьях его ухудшение, негативно отражается на показателях детского здоровья.

3. Конкретным выражением вышеперечисленных процессов является тенденция снижения важных антропометрических показателей у детей в возрасте 1-3 лет.

Результаты статистической обработки средних величин длины тела детей показывают, что Вологодская область за последние 7 лет переместилась из зоны высокого роста в зону среднего роста. Средний рост детей по результатам нашего исследования к одному году составил 75,2 см (норма для зоны высокого роста: 77-81 см.; норма для зоны среднего роста: 73-79 см.), а к двум годам - 85,46 см. (норма для зоны высокого роста: 85-90 см.; норма для зоны среднего роста: 82-88 см.)

4. Здоровье детей за короткий промежуток (3 года) существенно меняется в негативном направлении - к трем годам характеристики здоровья наблюдаемых детей ухудшились.

Происходит сокращение количества детей в группах здоровья 1 и 2А. Более того, к 3 годам детей с 1 группой здоровья не зафиксировано. Идет нарастание числа детей во 2 группе здоровья и стремительное увеличение детей с хроническими заболеваниями. К году доля детей с хроническими заболеваниями увеличилась в 2,5 раза. К 2 годам число детей, имеющих хронические заболевания, удвоилось. А к трем годам - увеличилось еще в 1,3 раза.

5. Выявлены существенные различия, выражающиеся как в возрастных изменениях характеристик здоровья, так и в географии заболеваний. Более здоровые дети рождаются в крупных городах - Вологде и Череповце. Но к трем годам наиболее благоприятная ситуация по здоровью детей складывается в малых городах, поселках, селах. В них доля трехлетних детей, имеющих хронические заболевания, становится меньше в 5 раз, чем в крупных индустриальных центрах. В г. Череповце все наблюдаемые дети в возрасте трех лет имеют вторую и третью группы здоровья. В г. Вологде в 3 раза больше доля детей, имеющих группу здоровья 2А, чем в районных городах и поселках. Детей со второй группой здоровья в г. Вологде больше, чем в районах, а в Череповце их больше в 1,5 раза.

6. Полученные в ходе исследования результаты позволяют утверждать, что наибольшее отрицательное влияние на здоровье ребенка оказывают следующие факторы:

— Наличие заболеваний и патологических состояний у матерей до беременности, в период беременности, в родах, отрицательно влияющих на здоровье плода и младенца; особенно велико негативное влияние заболеваний сердца у будущей матери (все дети, родившиеся у матерей с такой патологией, имели функциональные отклонения, сохранившиеся до 3 лет).

— Вредные привычки родителей (пристрастие к алкоголю, курение) способствуют развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности. Все дети, матери которых курили во время беременности, уже в возрасте 1 года имели функциональные отклонения, половина из них часто и длительно болели.

— Наличие у матерей в период беременности различного рода неблагоприятных условий: шума, вибрации, вредных химических веществ. Наиболее же неблагоприятным является действие радиации. У всех матерей, указавших наличие таких условий на рабочем месте, дети родились с функциональными отклонениями, сохранившимися до 3 лет.

— Неблагоприятные условия жизни младенцев после выписки из родильного дома, такие как: неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия и уход, неполноценное питание, в том числе искусственное вскармливание. Доля детей, имеющих функциональные отклонения среди вскармливаемых искусственно, в 1,5-1,7 раза выше в сравнении с теми, кто получал материнское молоко.

— Среднедушевой доход менее прожиточного минимума, лимитирующий качество питания и уровень бытовой обустроенности. В семьях, имеющих среднемесячный доход ниже прожиточного минимума, как правило, обеспеченность ребенка продуктами питания плохая либо удовлетворительная, а 80 % детей имеют функциональные отклонения.

6. Вместе с тем, выявленные факторы отрицательного влияния на здоровье детей вполне поддаются управлению, и следовательно, они могут быть исправлены или подкорректированы с тем, чтобы здоровье детей не ухудшалось. Это могут сделать семья, общество, государство.

7. На основе результатов исследования рекомендуется органам власти и управления, общественным организациям для повышения уровня здоровья вступающего в жизнь поколения сосредоточить усилия своей деятельности на следующих направлениях:

— Разъяснять населению суть и причины кризиса здоровья.

— Необходимо поднять уровень профилактической медицины и пропаганды здорового образа жизни, используя при этом средства массовой информации, возможности медицинских и образовательных учреждений, общественные объединения и другие средства. Необходимы постоянные рубрики в газетах, специальные телерадиопрограммы, посвященные вопросам здоровья, освещающие деятельность исполнительной власти в этом направлении. Без здорового образа жизни и участия населения в проведении оздоровительных мероприятий успех невозможен.

— С целью уменьшения риска возникновения врожденных и наследственных заболеваний необходимо наладить работу сети генетических консультаций. Необходимо проводить полное, глубокое, квалифицированное обследование каждой женщины, вставшей на учет по беременности и планирующей роды, для определения состояния ее здоровья, прогнозирования возможных осложнений во время беременности для женщины и ее ребенка и разработки конкретных рекомендаций по ее наблюдению на весь срок беременности. Особое внимание должно быть при этом обращено на малые города, райцентры, сельские поселения. Надо пропагандировать среди беременных женщин естественное вскармливание младенцев, наладить профилактическую работу в данном направлении.

— Разработать систему мер и механизмы их реализации для того, чтобы дать возможность малообеспеченным семьям, в которых воспитываются дети до 3 лет, получать необходимый набор продуктов питания, т.к. потом затраченные средства на восстановление здоровья детей будут значительно больше.

8. Многие из этих направлений предусмотрены в разработанных за последние годы региональных программах. В Вологодской области имеются, в частности, программы «Дети Вологодчины», «Материнство и детство». Необходимо усилить контроль за их выполнением со стороны представительных и исполнительных органов, профсоюзов, общественности.

9. Учитывая актуальность проводимого исследования, его большое перспективное значение, органам власти и управления области необходимо обеспечить финансирование начатых работ, совместно с научными учредителями-исполнителями уточнить последующее содержание научных исследований с тем, чтобы активнее влиять на формирование поколения XXI века.