

А. А. Шабунова

зав. лабораторией ВНКЦ ЦЭМИ РАН

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – ДЕЛО ОБЩЕЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ)

Дети составляют почти четверть населения России. Значительна не только численность, но и роль, которую играет в жизни страны эта группа населения. Дети – главный, определяющий элемент развития России. От их состояния зависят количественные и качественные характеристики не только сегодняшнего, но и будущего населения. В детском возрасте формируются физическое и психическое здоровье, культурный, нравственный и интеллектуальный потенциал. Понимание этого предполагает огромную ответственность государства при решении социально-экономических проблем семей с детьми, максимальный учет их интересов. Поэтому так важно создать благоприятную среду для роста и развития каждого ребенка¹.

В последнее время вопросы о здоровье детей регулярно обсуждаются на различных уровнях государственной власти. В послании Президента РФ Федеральному собранию (2000 г.) сделано серьезное заявление о том, что социальная политика должна представлять не только помощь нуждающимся, но и инвестиции в будущее человека: в его здоровье, профессиональное и культурное развитие. Исходя из этого декларировался приоритет развития здравоохранения, образования и культуры². Благодаря этому на региональном уровне произошло оживление финансирования ряда программ, направленных на поддержание здоровья населения, в том числе таких, как областная целевая программа «Безопасное материнство и детство» на 2000 – 2001 гг. Важнейшим шагом стало принятие в 2000 г. политического документа «Вологодская область – Здоровье-21: долгосроч-

ная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», где целый раздел посвящен здоровью детей. Приоритетность проблем детского здоровья была отмечена участниками международной конференции «Здоровое начало жизни» (Вологда, март 2001 г.), целью которой было придание большего значения проблемам здорового начала жизни в рамках региональной политики и различных программ по охране и укреплению здоровья населения.

В данной статье представлены основные итоги мониторинга подрастающего поколения за период с 1995 г. по 2001 г., характеризующие здоровье детей в возрасте 6 месяцев, 3 и 6 лет, а также наиболее значимые факторы, влияющие на его формирование.

Прежде всего следует отметить, что в 1995 г. Вологодским научно-координационным центром и администрацией Вологодской области было принято решение организовать мониторинг условий формирования подрастающего поколения с целью получения полной достоверной информации об изменении здоровья детей, факторах, имеющих наиболее значительное влияние на его формирование. При этом предполагался системный анализ информации и выявление существующих тенденций, что помогло бы в принятии обоснованных, взвешенных и своевременных решений при разработке планов развития региона.

При методологической поддержке и помощи ученых ИСЭПН РАН под руководством Н.М. Римашевской в информационную основу мониторинга заложены не только данные официальной статистики, но и результаты социологического исследования когорт семей, в которых воспитываются дети. Также было оговорено, что наблюдение за здоровьем и развитием детей будет

¹ Бреева Е.Б. Дети в современном обществе. – М., 1999 – 216 с.

² Шорников А.Г., Герасимов В.М. Послания Президента РФ Федеральному собранию как основа определения внутренней политики на принципах разграничения предметов ведения и полномочий Федерации и ее субъектов.

продолжаться от момента рождения до вступления ими в самостоятельную жизнь.

Таблица 1

Периодичность проводимого исследования

Год начала исследования	Период начала исследования	Количество обследуемых семей
1995	15 мая – 30 мая	100
1998	1 марта – 25 марта	200
2001	1 марта – 25 марта	200

Первая когорта была выбрана в 1995 г. (в исследовании задействованы все семьи, в которых родились дети с 15 по 30 мая 1995 г. в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожега). К настоящему времени в мониторинг включены уже три когорты семей (табл. 1), что расширяет возможности для анализа и выявления тенденций в изменении здоровья детей и факторов, обуславливающих данные процессы. Получение полной своевременной информации позволяет властным структурам принимать более взвешенные решения в области охраны и укрепления здоровья детей.

Наиболее чувствительными и ранимыми в человеческой популяции являются де-

ти. Ввиду несовершенства защитных структур организма они быстрее всего реагируют на происходящие социальные, экономические и экологические изменения. В то же время дети составляют важнейший резерв страны, который в недалеком будущем будет определять ее благополучие, уровень духовного развития, состояние культуры и науки.

Наиболее острыми в настоящий период представляются проблемы рождаемости, младенческой и детской смертности, распространенности хронических болезней у детей и детской инвалидности.

Общий коэффициент рождаемости (рис. 1) на территории Вологодской области сократился с 14,8 на 1000 населения в 1989 г. до 8,6:1000 в 2000 г. (в РФ – с 17,2 на 1000 жителей в 1987 г. до 8,3:1000 в 1999 г.). Такой уровень рождаемости не обеспечивает простого воспроизводства населения. За последние 10 лет численность детей до 14 лет в области сократилась вдвое: с 312 тыс. в 1992 г. до 138 тыс. в 2000 г. Произошло также снижение доли детей в общей численности населения области: с 23% в 1992 г. до 10% в 2000 г. Это приведет к постарению населения и уменьшению трудоспособных групп.

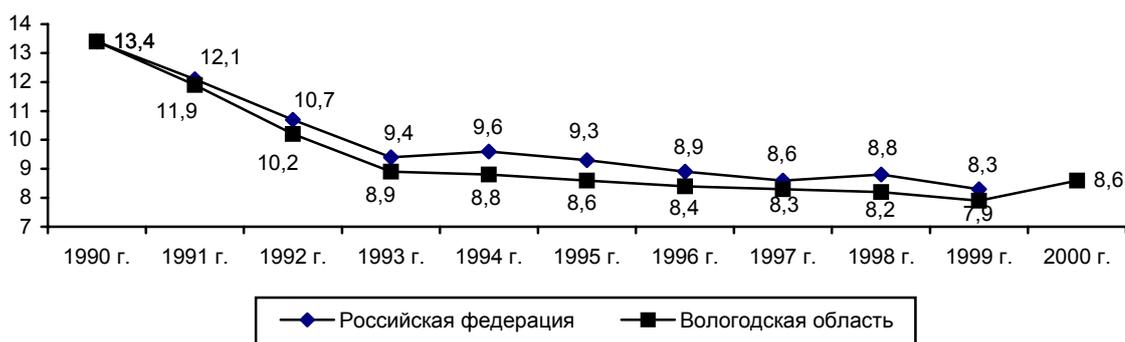


Рис. 1. Динамика общего коэффициента рождаемости (на 1000 жителей)

Источник: Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г. – Вологда, 2000.

В то же время уровень младенческой смертности в Вологодской области оставался относительно стабильным и составил в 2000 г. 15,9 случаев на 1000 родившихся. Данный показатель практически не меняет-

ся начиная с 1991 г., за исключением 1994 г., когда его уровень составил 21 на 1000 (рис. 2)³. Показатель младенческой

³ Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г. – Вологда, 2000.

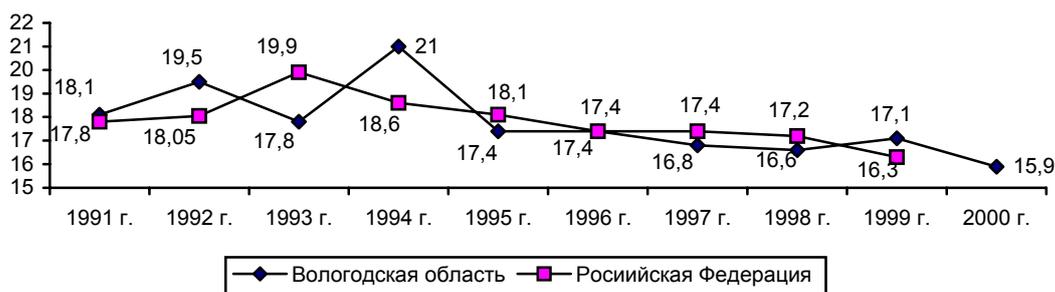


Рис. 2. Динамика младенческой смертности (на 1000 родившихся живыми)

Источник: Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г. – Вологда, 2000.

смертности в России⁴ составил в 1991 г. 17,8 на 1000 родившихся живыми, в 1999 г. – 16,3:1000. Для справки следует указать, что в экономически развитых странах этот показатель не превышает 9 случаев смертей на 1000 родившихся⁵.

Уменьшаясь в количестве, детское население региона претерпевает качественные изменения и, к сожалению, не в лучшую сторону. В последнее десятилетие наблюдается ухудшение показателей здоровья детей.

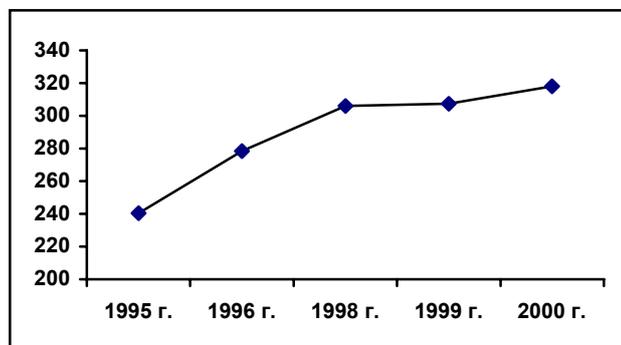


Рис. 3. Показатель диспансеризации детей от 0 до 14 лет (по Вологодской области)

Источник: Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области за 1996–2000 гг. – Вологда: УЗАВо Бюро медицинской статистики.

Увеличивается распространенность хронических заболеваний, о чем можно судить по уровню диспансеризации детского населения. Согласно данным медицинской статистики, доля детей, состоявших на диспансерном наблюдении, увеличилась с 240

на 1000 детей в 1995 г. до 318 на 1000 детей в 2000 г., т.е. каждый третий ребенок состоял на диспансерном учете (рис. 3).

Регистрация детской инвалидности, введенная в России в 1979 г., показала, что на каждые 10 тыс. детей до 15 лет приходилось 17 детей-инвалидов. За 20 лет этот показатель увеличился в 10 раз (160,7), а в 2002 г. предполагается его увеличение еще в 2 раза⁶. По данным региональной статистики, в 1999 г. было зарегистрировано 220 инвалидов на каждые 10 тыс. детей (рис. 4).

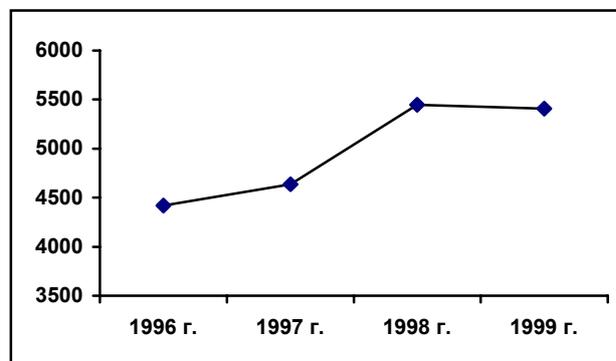


Рис. 4. Число детей-инвалидов от 0 до 14 лет (по Вологодской области)

Одной из важнейших характеристик общественного здоровья является заболеваемость. На территории Вологодской области заболеваемость детей имеет негативные тенденции роста и превышает аналогичные показатели по РФ (рис. 5). В целом по области заболеваемость среди детей с диагнозом, установленным впервые в жизни, в 1999 г. составила 173 005 на 100 тыс. и возросла на 25% к уровню 1995 г.

⁴ Вельтишев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 1.

⁵ Стратегия управления муниципальными образованиями / Коллектив авторов под научн. рук. д.э.н. В.А. Ильина, А.С. Якуничева. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2000. – 115 с.

⁶ Тюлькова С.А. Опыт работы отделения для детей раннего возраста // Народонаселение. – № 4. – 2000.

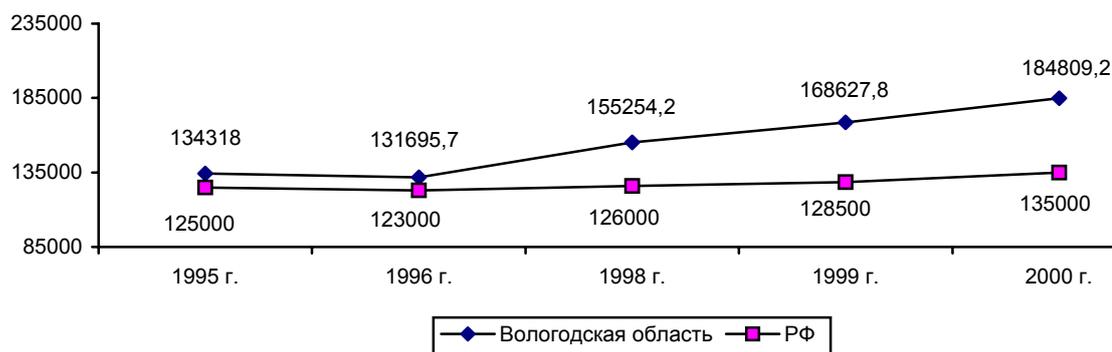


Рис. 5. Уровни заболеваемости детей на 100 000 детского населения в 1995 – 1999 гг.

Источники: Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г. – Вологда, 2000; Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области за 2000 г. – Вологда: УЗАВо Бюро медицинской статистики, 2001.

Таковы обобщенные статистические данные о здоровье детей в Вологодской области. Рассмотрим теперь результаты социологической части мониторинга, что позволит углубить и расширить данные о здоровье детей и факторах, формирующих его.

Для оценки здоровья детей, участвующих в исследовании, нами использовалась комплексная оценка по группам здоровья. В соответствии с ней дети распределялись по 5 группам: 1 – здоровые, 2 – здоровые с некоторыми функциональными отклонениями, 3 – больные хроническими заболеваниями в компенсированном состоянии, 4 – больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, 5 – больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации. Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно, однако достаточно информативно и целесообразно как при однократном, так и динамическом наблюдении.

Согласно данным исследования, **продолжается ухудшение здоровья новорожденных детей.** Об этом свидетельствуют уменьшение доли детей, отнесенных к первой группе здоровья (8% – в 1995 году, по 6% – в 1998 и 2001 гг.) и значительное увеличение доли новорожденных, имеющих какие-либо функциональные отклонения и высокий риск возникновения хронических заболеваний (группа 2Б). В когорте 1998 г. доля таких детей увеличилась в 1,5 раза в сравнении с когортой 1995 г.; в 2001 г. также отмечено увеличение доли новорожденных, отнесенных ко второй группе здоровья, в 1,3 раза в сравнении с когортой 1998 г. (табл. 2). Характеризуя здоровье детей в возрасте 6 месяцев, следует особо отметить увеличение в 2 раза доли детей, имеющих хронические заболевания (с 6% в 1998 г. до 13% в 2001 г.), при незначительном увеличении доли детей с хорошим здоровьем (группы 1 и 2А).

Таблица 2

Распределение новорожденных детей по группам здоровья (в % от числа опрошенных)

Группы здоровья	Год обследования детей					
	Новорожденные дети			Дети в возрасте 6 мес.		
	1995 г.	1998 г.	2001 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.
1 группа (здоровые дети)	8,3	5,5	5,8	5,6	2,1	3,6
2А группа (дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)	59,7	39,2	31,9	20,8	18,1	25,8
2Б группа (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)	29,2	46,2	58,5	69,4	73,6	57,2
3,4 группы (дети, имеющие хронические заболевания)	2,8	9	3,8	4,2	6,3	13,4

Анализ здоровья детей в региональном разрезе в каждой из выбранных когорт показывает, что здоровье детей, родившихся в Череповце, несколько хуже, чем в Вологде и районных городах и поселках. При относительно равных долях здоровых детей во

всех точках опроса число новорожденных, имеющих хронические заболевания, в Череповце в 2 раза превышает данный показатель в Вологде и районных городах (табл. 3).

Таблица 3

Распределение новорожденных детей по группам здоровья в территориальном разрезе
(в % от общего количества)

Варианты ответов	Годы	Вологда	Череповец	Районы
1 группа – здоровые дети	2001	5,5	5,9	6,3
	1998	3,8	7,7	3,3
	1995	12,1	4,5	5,9
2 группа (дети, имеющие функциональные отклонения и осложнения в гинекологическом и социальном анамнезе)	2001	91,3	88,1	93,8
	1998	92,3	79,2	86,7
	1995	84,8	90,9	94,1
3, 4 группы (дети, имеющие хронические заболевания)	2001	3,2	6,0	0
	1998	3,9	13,2	10,0
	1995	3,0	4,5	0

Анализируя структуру заболеваемости обследуемых детей, можно отметить следующее: наиболее распространенными среди новорожденных шестимесячных детей являются осложнения, возникшие при родах, и врожденные аномалии (37%). Именно в этот период выявляются многие заболевания и состояния, связанные с патологией внутриутробного развития и развития ребенка в первые дни жизни.

Анализ статистической информации и данных исследования показывает, что в исследуемый период, с 1995 г. по

2001 г., продолжается ухудшение здоровья новорожденных детей на территории Вологодской области.

Динамический анализ здоровья трехлетних детей в исследуемых когортах показал некоторое ухудшение здоровья детей когорты 1998 года рождения в сравнении с первой когортой (табл. 4). Это проявляется в уменьшении доли здоровых детей (1гр. + 2А гр.) с 6 до 2%. При этом доля детей, имеющих хронические заболевания, остается стабильной.

Таблица 4

Распределение детей по группам здоровья (в % от числа опрошенных)

Группы здоровья	Возраст ребенка, год начала обследования										
	Новорожденные		1 год		2 года		3 года		4 года	5 лет	6 лет
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1995	1995
1 группа (здоровые дети)	8,3	5,5	1,4	1,3	0,0	2,0	0,0	1,5	14,5	14,1	14,8
2А группа (дети с минимальным риском формирования хронических заболеваний)	59,7	39,2	20,8	14,0	14,5	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0
2Б группа (дети, имеющие функциональные отклонения)	29,2	46,2	70,8	72,7	72,5	81,9	79,2	83,5	68,1	66,2	67,2
3, 4 группы (дети, имеющие хронические заболевания)	2,8	9	7	12	13	16,1	15,3	15,1	16,3	19,7	18,0

В то же время данные исследования позволяют сделать вывод о том, что к 6 годам здоровье наблюдаемых детей несколько стабилизируется. Доля детей, отнесенных к первой группе здоровья, стабильна на протяжении 3 лет наблюдения (с 4 до 6 лет) и составляет 14%. Не происходит значительного увеличения и доли детей, имеющих хроническую патологию (16–18%). Это, вероятно, является следствием физиологических процессов, происходящих в организме детей.

Здоровье трехлетних детей, наблюдаемых в Череповце, заметно хуже, чем в Вологде и районных городах и поселках. Доля детей с первой группой здоровья в Череповце (5%) значительно меньше, чем в Вологде (14%) и районах (17%); доля детей, имеющих хронические заболевания, в крупных городах (14% в Вологде, 11% в Череповце) втрое превышает долю детей с хронической патологией на селе (4%).

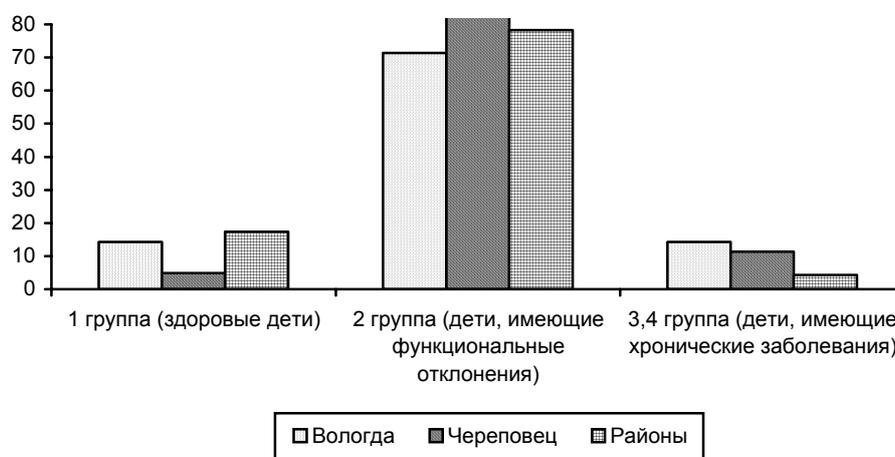


Рис. 6. Группы здоровья детей в территориальном разрезе (в % от числа детей в возрасте 3 лет)

Здоровье шестилетних детей в районных городах и поселках крепче, чем в крупных городах (табл. 5). Доля детей,

имеющих первую группу здоровья, в районах в 2,5 раза больше, чем в городах (5% в сравнении с 2% в Череповце).

Таблица 5

Распределение детей по группам здоровья в территориальном разрезе (в % от общего количества, когорта 1995 г.)

Здоровье детей в возрасте трех лет	Вологда	Череповец	Районы
1 группа (здоровые дети)	0,0	1,6	4,8
2Б группа (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)	84,3	83,6	81,0
3 группа (дети, имеющие хронические заболевания в компенсированном состоянии)	15,7	14,8	14,3

Обобщая сведения о кратности заболеваний (числе заболеваний в течение года у каждого ребенка), детей можно отнести к следующим группам: не болели, болели эпизодически (1-3 раза), болели часто (4

раза и более), болели очень часто (6 раз и более).

Наряду с положительной динамикой числа неболяющих детей в возрасте 3 лет (рис. 7) нельзя не отметить увеличение в полтора раза доли часто болеющих детей (с

16 до 28%). В возрастном промежутке от трех до шести лет наблюдается тенденция *стабилизации здоровья детей*, с уменьшением доли очень часто болеющих детей к пяти годам. Возможной причиной этого являются физиологические изменения в организме детей (укрепление иммунной системы).

По данным экспертной оценки педиатров, 74% трехлетних детей (когорта 1998 г.) развиваются в соответствии с возрастными

особенностями, 7% имеют дефицит массы тела, 5% – отставание в нервно-психическом развитии. Среди обследуемых шестилетних детей (когорта 1995 г.) физическое развитие соответствует возрасту у 71%. Вместе с тем 10% имеют дефицит массы тела, 5% – выраженные задержки нервно-психического развития. На наш взгляд, данные настораживающие, т.к. нынешние дети шестилетнего возраста через год придут в школы.

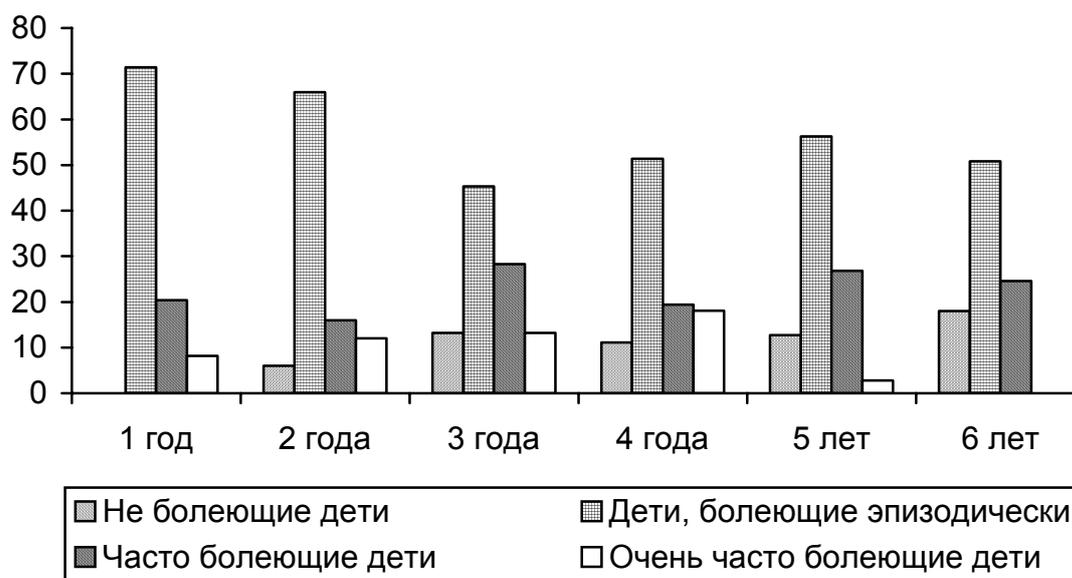


Рис. 7. Динамика кратности заболеваний детей к шестилетнему возрасту (в % от числа опрошиваемых)

С позиций современной концепции факторов риска решающая роль в формировании хронических заболеваний и предрасположенности к ним принадлежит условиям и образу жизни семьи. Отрицательная динамика таких сторон жизни семей, как низкий достаток, пристрастие родителей к алкоголю и курению, неудовлетворительные условия труда матери в период беременности, неблагоприятные экологические условия в месте постоянного проживания, увеличивают риск развития заболеваний у детей.

– *Низкий достаток семьи.* Среднедушевой доход менее прожиточного минимума ограничивает возможности семей во вложении средств в развитие и укрепление здоровья детей. По данным социологиче-

ского мониторинга, проводимого ВНЦК ЦЭМИ РАН, в Вологодской области доля семей с несовершеннолетними детьми, имеющих среднедушевой доход ниже прожиточного минимума, составила в 1998 г. – 69%, в 2001 г. – 55%.

– *Курение матери способствует развитию у детей функциональных отклонений.* Распространенность курения среди беременных женщин значительно возросла (с 3% в 1995 г. до 14% в 2001 г.).

– *Частое употребление родителями алкогольных напитков оказывает негативное влияние на здоровье новорожденных.* Все дети, матери которых отметили, что употребляют спиртные напитки 1 раз в неделю, относились к группе с высоким риском ухудшения состояния здоровья. Данные мониторинга выявили увеличение доли

родителей, употреблявших алкогольные напитки хотя бы раз в неделю (среди матерей – с 0,5% в 1995 г. до 1,5% в 2001 г.; среди отцов – с 4% в 1995 г. до 7% в 2001 г.).

– *Наличие неблагоприятных условий на рабочем месте женщины в период беременности.* Наиболее значительное влияние на здоровье новорожденных оказывают работа с токсичными химическими веществами, чрезмерная запыленность на рабочем месте, действие радиации. По данным мониторинга, доля женщин, работающих в условиях, не соответствующих санитарным нормам, стабильно высока на протяжении всех лет исследования.

Согласно результатам мониторинга и статистическим данным, растет число женщин, имеющих заболевания и патологические состояния во время беременности. Наиболее распространенным остается низкий показатель гемоглобина.

– *Плохое здоровье родителей оказывает негативное воздействие на здоровье новорожденных.* Дети, отцы или матери которых оценили свое здоровье как «плохое», относились ко 2 и 3 группам здоровья, то есть имели хроническую патологию либо высокий риск ее развития. Данный фактор в ближайшем будущем может стать значительно более влиятельным в связи с ухудшением состояния здоровья подростков –

потенциальных родителей, распространением в подростковой среде курения, наркомании, злоупотребления спиртными напитками.

Наибольшее отрицательное влияние на здоровье ребенка в дошкольном и дошкольном возрасте оказывают следующие факторы:

1. Низкий уровень жизни семьи.

Среднедушевой доход менее прожиточного минимума ограничивает возможности семей во вложении средств в развитие и укрепление здоровья детей. Согласно результатам исследования, произошедшее в 2001 г. улучшение материального уровня населения не привело к кардинальному изменению ситуации. Но даже малое увеличение доходов позволило улучшить качество питания детей. Так, в когорте 1995 г. доля семей, оценивших обеспеченность детей продуктами питания ниже удовлетворительной, снизилась с 17% в 1999 г. до 8% в 2001 г. (табл. 6). Это является положительным моментом в формировании здоровья детей, поскольку при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют (в когорте 1998 г. среди детей с плохой обеспеченностью продуктами питания нет неболяющих). В когорте 1998 г. 40% трехлетних детей с плохой обеспеченностью продуктами питания имели хронические заболевания.

Таблица 6

Оценка обеспеченности ребенка продуктами питания (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Годы опроса, когорты 1995 г.				
	1997	1998	1999	2000	2001
Хорошая	40,0	27,9	22,5	28,2	34,4
Удовлетворительная	48,1	57,4	57,7	53,5	55,7
Плохая и очень плохая	6,7	11,7	16,9	7,0	8,2
	Годы опроса, когорты 1998 г.				
	1999	2000	2001		
Хорошая	40,0	39,9	39,8		
Удовлетворительная	53,3	46,6	51,9		
Плохая и очень плохая	4,7	9,5	6,0		

2. Ослабленное здоровье детей в первый год жизни усиливает риск формирования хронических заболеваний в более старшем возрасте. Половина детей из группы часто болеющих (4 заболевания в год и более) на первом и втором году жизни становятся хронически больными в возрасте 5-6 лет. Насколько крепким и здоровым появится малыш на свет, во многом зависит от того, как складываются обстоятельства в период, предшествующий рождению ребенка. Наиболее важными, на наш взгляд, являются: условия труда родителей, вредные привычки родителей, уровень здоровья родителей, отклонение в здоровье женщины во время беременности, характер протекания родов.

Так, например, в исследовании отмечено увеличение доли куривших во время беременности женщин. В 1998 г. 28% обследуемых матерей до наступления беременности курили, в то время как в 1995 г. доля куривших респонденток составляла 22%. У куривших во время беременности матерей за период наблюдения неболеющих детей не было. У 14% женщин, куривших до беременности, дети к 4 годам имели хронические заболевания. В когорте 1998 г. у куривших во время беременности матерей доля здоровых детей в возрасте трех лет вдвое меньше, чем у некуривших.

3. Важным фактором, влияющим на формирование детского здоровья, являются **экологические условия в районе прожи-**

вания. Мы располагаем только оценочными характеристиками экологических условий по месту жительства наблюдаемых семей, но и эти сведения дают возможность выявить существующие тенденции. Загрязненный воздух, плохое качество питьевой воды оказывают негативное влияние на здоровье ребенка. При длительном воздействии загрязненного воздуха уменьшается доля здоровых детей: с 33% (в возрасте 4-х лет) до 12% (в возрасте 6 лет).

Проведенный анализ выявил территориальные различия: доля шестилетних детей, проживающих в микрорайонах с загрязненным воздухом и имеющих хронические заболевания, в Череповце в полтора раза выше, чем в Вологде (71% против 50%).

4. **Невысокий уровень медицинской активности родителей**, неумение, а иногда и нежелание части семей приложить необходимые усилия для укрепления здоровья ребенка доступными средствами и способами. Низкий уровень знаний в семьях по уходу и воспитанию ребенка в соответствии с возрастными нормами препятствует укреплению здоровья детей. Например, в обеих когортах в каждой четвертой семье не проводилось закаливание детей. Анализ показал (табл. 7), что среди закаленных в 1,5 – 2 раза больше детей с крепким здоровьем – 1 группы (в когорте 1995 г. 25% против 40%, в когорте 1998 г. – 9% против 15%).

Таблица 7

Влияние проведения закаливания на кратность заболеваний у детей в возрасте 3 лет
(в % от числа обследуемых, когорта 1998 г.)

Проведение закаливания	Кратность заболеваний у детей		
	Не болели	Болели эпизодически	Болели часто
Ежедневно	14,3	17,0	8,6
3-4 раза в неделю	14,3	4,5	8,6
1-2 раза в неделю	28,6	14,8	17,1
Редко	28,6	27,3	25,7
Не проводилось	14,3	30,7	37,1

Сопоставление родительского и докторского видения мероприятий, необходимых для укрепления здоровья ребенка (в % от числа обследуемых)

Наименование мероприятий	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.	
	врачи	родители	врачи	родители
Организация санаторно-курортного лечения	45,9	39,3	47,4	36,1
Организация консультаций у специалистов	36,1	26,2	28,8	33,1
Обеспечение бесплатными лекарствами	24,6	32,8	25,6	31,6
Организация диетпитания	18,0	1,6	22,6	4,5
Моральная помощь	16,4	13,1	15,0	7,5

Во многих семьях не сложилась правильная модель бережного отношения к своему здоровью и здоровью ребенка. Этот вывод наглядно подтверждается сравнением докторского и родительского видения мероприятий, необходимых для укрепления здоровья ребенка (табл. 8). Если в организации санаторно-курортного лечения и приобретении бесплатных лекарств мнения врачей и родителей сходны, то в вопросах организации диетпитания, своевременных консультаций квалифицированных специалистов (мероприятий не очень дорогих, но эффективных) суждения семей и педиатров значительно разнятся. По мнению докторов, организация диетпитания необходима 18 – 23% детей, родители видят его необходимость лишь в 2 – 5% семей.

Выявленные в итоге наблюдения 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 должно быть основной обязанностью законодательной и исполнительной власти, как на федеральном, так и на местном уровне.

Приоритетные направления региональной социальной политики, направленной на сохранение и укрепление здоровья детей, по нашему мнению, могли бы быть осуществлены через разработку и реализацию следующих мероприятий:

1. Повышение уровня жизни населения в регионе путем обеспечения стабильного роста реальных доходов населения (5–10% в год). Сокращение доли населения с доходами ниже величины прожиточного минимума до 10%, что позволит расширить возможности семей вкладывать деньги в развитие, воспитание и оздоровление детей.

2. Совершенствование системы адресной помощи социально не защищенным семьям через оказание им помощи на основе учета среднедушевого дохода, социального статуса и уровня здоровья детей. Это будет способствовать поддержанию материального статуса нуждающихся семей, в которых воспитываются дети.

3. Разработка областной целевой программы по сохранению и укреплению здоровья детей дошкольного возраста, в которую были бы включены следующие моменты:

– Реализация мероприятий в рамках Концепции «Вологодская область – Здоровье-21».

– Организация обязательного повсеместного ежегодного биохимического обследования и обследования врачами-специалистами детей преддошкольного и дошкольного возрастов.

– Проведение комплекса мероприятий по профилактике дефицита кальция у детей.

– Улучшение питания в детских дошкольных учреждениях.

– Организация циклов занятий с детьми по привитию им ответственного отношения к своему здоровью, обучению основным элементарным приемам гигиенических процедур. Закаливание в детских дошкольных учреждениях.

Разработка и реализация подобной программы способствовала бы своевременному выявлению и предупреждению заболеваний у детей; снижению частоты заболеваний опорно-двигательного аппарата у подростков; овладению детьми навыками здорового образа жизни.

4. Разработка комплекса мероприятий по повышению медицинской активности и грамотности населения. Вот некоторые направления такой работы:

- Социально-гигиеническое просвещение родителей.
- Развитие традиций спортивно-массовых мероприятий с участием широких масс (возможно, на базе предприятий).
- Активизация работы «Комнат здорового ребенка» в детских поликлиниках, с

организацией консультаций по оздоровлению и развитию детей дошкольного возраста.

- Развитие сети центров «Дошколенок» с комплексными программами по умственному и физическому развитию детей и санитарно-гигиеническому просвещению родителей. Особенное внимание при этом необходимо уделить районным городам и поселкам, сельской местности.

5. Организация научных исследований, направленных на разработку эффективных мер по укреплению здоровья детей, что способствовало бы определению реального уровня здоровья детей дошкольного возраста и эффективности мер, направленных на улучшение здоровья детей в регионе.

Это только наш взгляд на затронутые проблемы. Реализация рекомендуемых мероприятий будет способствовать укреплению здоровья детей.