

## ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕМЬИ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

*В основу статьи положены результаты исследований ИСЭРТ РАН по оценке влияния социально-экономических характеристик семьи на формирование здоровья детей Вологодской области. Авторами выявлены основные проблемы семьи и степень их негативного воздействия на детское здоровье.*

*Вологодская область, трансформации института семьи, полная и неполная семьи, микроклимат семьи, доходы семьи, образование родителей, здоровье ребёнка.*

Важным условием формирования личности ребёнка является институт семьи, который в последние десятилетия трансформируется под воздействием исторических изменений, смены общественного строя [4]. Трансформации института семьи в России на современном этапе частично совпадают с аналогичными процессами в развитых в экономическом отношении странах: происходит увеличение количества разводов, внебрачных рождений, развиваются альтернативные формы семейных отношений (незарегистрированный брак), изменяются ролевые нагрузки в семье.

Эти же процессы характеризуют и развитие института семьи в большинстве стран мира. В России ситуация осложняется тяжёлым экономическим

положением многих семей, что отрицательно влияет на качество выполняемых ими функций [2].

Одна из важных функций семьи – формирование здоровья и здоровьесберегающей среды, так как основы здоровья закладываются в семье. Семья же является и основной социальной средой обитания и развития человека, особенно в детском возрасте. Поэтому изучение характера и направленности влияния семьи на формирование здоровья детей приобретает наибольшую актуальность.

Это один из аспектов изучения в работе «Мониторинг условий формирования здорового поколения», которая выполняется, начиная с 1995 г., на базе Института социально-экономического развития территорий Российской академии наук (бывший ВНКЦ ЦЭМИ РАН)

\* Работа осуществлена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 08-03-00495а).

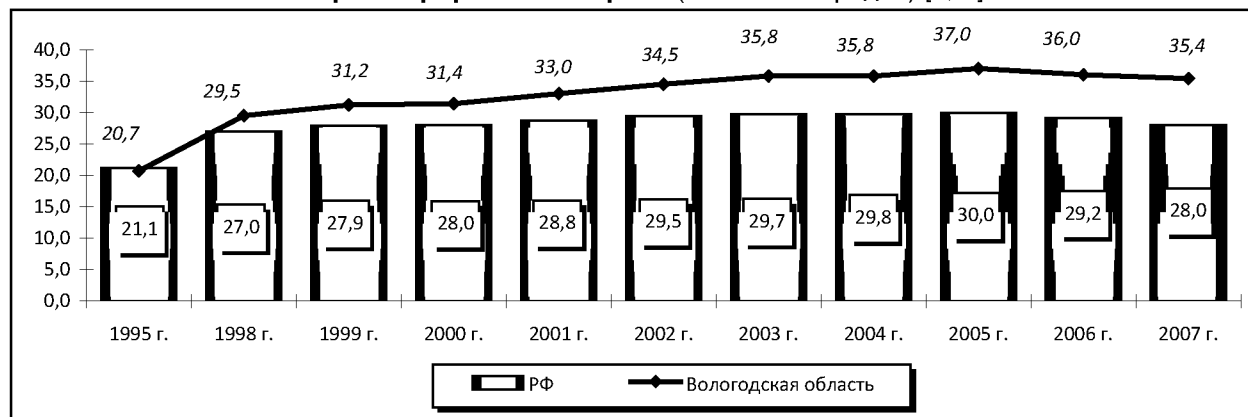


АРТЕМЕНКО Валентина Валерьевна  
аспирант ИСЭРТ РАН



ШАБУНОВА Александра Анатольевна  
кандидат экономических наук,  
зав. отделом ИСЭРТ РАН

Рисунок 1. Число детей, родившихся у женщин, не состоявших в зарегистрированном браке (в % от всех родов) [5, 6]



при поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области<sup>1</sup>. Анализ данных, полученных в исследовании, позволил выделить характеристики семьи, в большей степени оказывающие влияние на состояние здоровья и уровень развития детей. Это такие характеристики, как:

- состав семьи (полная или неполная семья);
- доходы семьи и питание ребёнка;
- образование родителей.

Важным условием формирования личности ребёнка выступает состав семьи. По этому критерию выделяют полные и неполные семьи. К первой группе причисляются семьи, в которых есть муж, жена и ребёнок (дети), ко второй – семьи, состоящие из одного родителя с одним или несколькими несовершеннолетними детьми [3].

Неполные семьи возникают в результате рождения ребёнка вне брака, смерти одного из родителей, расторжения брака (развод) или раздельного проживания родителей [7].

Судя по статистическим данным, в период с 1995 по 2005 г. наблюдается рост доли детей, рождённых вне брака, в РФ на 9%, в Вологодской области на 16%

<sup>1</sup> В рамках мониторинга обследуются семьи и дети, родившиеся в мае 1995 г., марте 1998 г., марте 2001 г. и марте 2004 г. Исследование проводится с помощью ежегодного анкетного опроса с целью оценки здоровья детей, уровня их развития, качества питания, доходов семьи, жилищных условий, взаимоотношений в семье и др. Основная анкета содержит две части, одну из которых заполняют родители, другую – участковые педиатры.

(рис. 1). В Вологодской области с 1998 г. отмечается более высокий, чем в РФ, удельный вес числа детей, родившихся у женщин, не состоявших в зарегистрированном браке. Так, данный показатель в 2007 г. составлял в регионе 35% против 28% по России в целом.

Начиная с 2003 г. уровень разводов в Вологодской области выше, чем в РФ (рис. 2). Число разводов в области в 2006 г. составляло 5 случаев на 1 тыс. населения, в 2007 г. – 5,4. Это в два раза больше, чем в 1998 г. (2,6 случая).

Данные мониторинга общественного мнения<sup>2</sup> в Вологодской области, проводимого ИСЭРТ РАН, свидетельствуют о росте числа неполных семей (рис. 3). Их удельный вес в период с 2002 по 2009 г. увеличился с 42 до 44% соответственно. Согласно анализу результатов «Мониторинга условий формирования здорового поколения», характеристики здоровья детей, проживающих в полных и неполных семьях, имеют различия.

<sup>2</sup> Опросы общественного мнения проводятся 6 раз в год в городах Вологде, Череповце и в восьми районах области (Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском и Шекнинском). Объем выборочной совокупности составляет 1500 человек в возрасте 18 лет и старше (объем генеральной совокупности – 994 616 чел.). Выборка репрезентативная. Величина случайной ошибки выборки не превышает 3% при доверительном интервале 4–5%. Социологическое исследование осуществляется с использованием установленной в ИСЭРТ РАН методики опроса. Метод опроса – анкетирование по месту жительства респондентов.

Рисунок 2. Зарегистрировано разводов (на 1 тыс. населения) [5, 6]

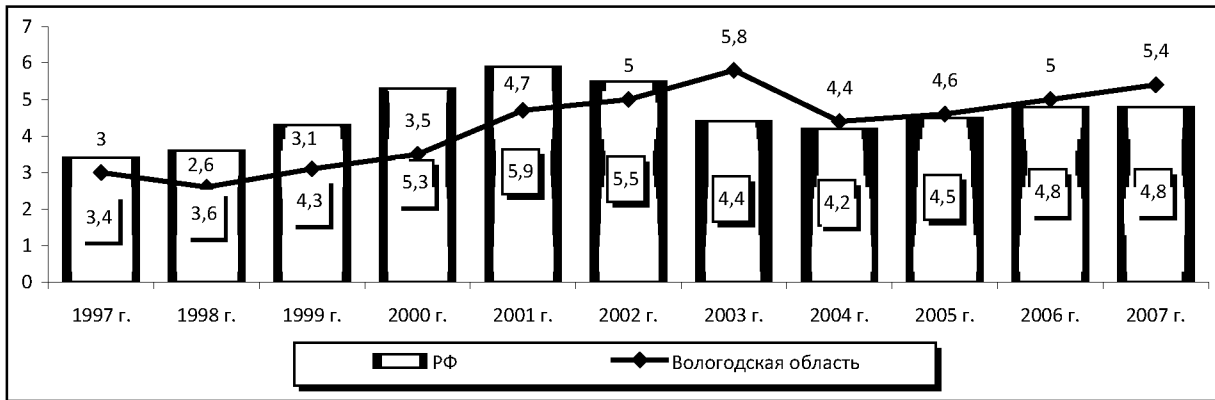
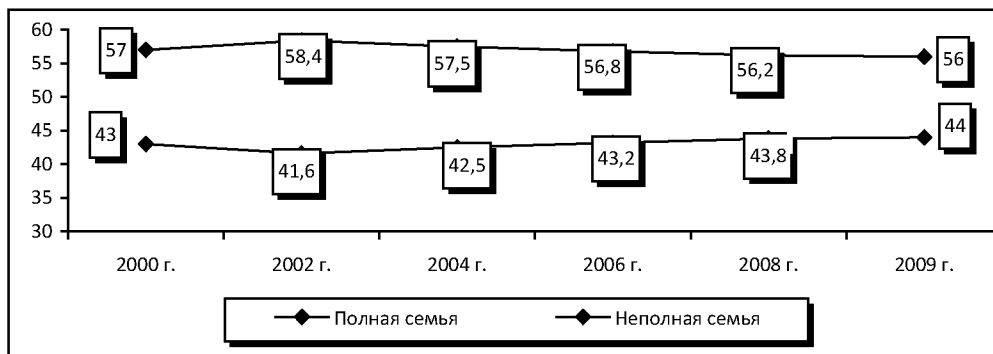


Рисунок 3. Доля полных и неполных семей с несовершеннолетними детьми в динамике за 2000 – 2009 гг. (в % от числа опрошенных)



Источник: данные мониторинга общественного мнения ИСЭРТ РАН, 2000 – 2009 г.

Таблица 1. Распределение детей по группам здоровья в зависимости от состава семьи (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)

Группы здоровья детей	Возраст детей					
	1 год		7 лет		13 лет	
	Полная семья	Неполная семья	Полная семья	Неполная семья	Полная семья	Неполная семья
1 – здоровые дети	23,0	18,2	14,3	10,0	23,0	10,3
2 – дети с функциональными отклонениями	73,0	63,6	64,2	65,0	54,1	51,7
3 – дети с хроническими заболеваниями	4,1	18,2	21,5	25,0	23,0	37,9

Здоровье детей в полных семьях лучше, чем в неполных. Судя по результатам исследования (табл. 1), в возрастном периоде от 1 года до 13 лет включительно доля здоровых детей в полных семьях не изменяется (она составляет 23%), в неполных – снижается (с 18 до 10%). Детей с хроническими заболеваниями в возрасте 13 лет в полных семьях в два раза меньше, чем в неполных (23% против 38%).

Нами установлено влияние состава семьи на активность витаминизации

детей (табл. 2). В полных семьях более распространена традиция дополнять рацион детей витаминами. Так, более трети родителей в полных семьях дают детям витамины регулярно (37% в семьях с 13-летними детьми), в неполных семьях – всего одна пятая численности родителей (21% в семьях с 13-летними детьми).

Различные аспекты функционирования семьи оказывают влияние на состояние здоровья и благополучие детей опосредованно – через социально-пси-

**Таблица 2. Зависимость витаминизации детей от состава семьи (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)**

Ответы на вопрос: «Даёте ли Вы ребёнку витамины?»	Полная семья		Неполная семья	
	1 год	13 лет	1 год	13 лет
Да, регулярно	<b>72,0</b>	<b>36,5</b>	<b>63,6</b>	<b>20,7</b>
Да, иногда	-	55,4	-	62,1
Нет	<b>28,0</b>	<b>8,1</b>	<b>36,4</b>	<b>13,8</b>

**Таблица 3. Характер взаимоотношений в семьях с разным составом (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)**

Состав семьи	Характеристика взаимоотношений в семье					
	Дружные без ссор		Дружные с редкими ссорами		Частые ссоры	
	7 лет	13 лет	7 лет	13 лет	7 лет	13 лет
Полная семья	23,1	14,3	71,8	81,8	2,6	3,9
Неполная	16,7	10,3	83,3	79,3	0,0	10,3

**Таблица 4. Влияние взаимоотношений в семье на здоровье ребёнка (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)**

Группы здоровья детей	Дружные без ссор		Дружные с редкими ссорами		Частые ссоры
	7 лет	13 лет	7 лет	13 лет	13 лет
1 – здоровые дети	8,3	28,6	6,1	16,5	0,0
2 – дети с функциональными отклонениями	75,0	50,0	63,6	52,7	57,1
3 – дети с хроническими заболеваниями	16,7	21,4	30,3	30,8	42,9

психологические факторы, в том числе и семейный микроклимат. А. Маслоу рассматривал родительские ссоры, случаи физического оскорбления, разлуку, развод и смерть в семье в качестве моментов, особенно вредных для благополучия ребёнка [10].

По данным нашего исследования, 49% родителей отметили, что между ними и детьми часто или иногда возникают ссоры и бывают периоды напряжённых отношений. Основным фактором, определяющим такое положение, являются взаимоотношения в семье в целом.

С одной стороны, в большинстве семей (86%) с нормальными взаимоотношениями взрослых членов семьи наблюдаются и хорошие взаимоотношения с ребёнком. С другой стороны, в большей части семей (72%), в которых отмечается напряжённость в отношениях, имеются сложности и во взаимоотношениях с ребёнком.

Установлено, что напряжённые, конфликтные взаимоотношения чаще харак-

терны для неполных семей с 13-летними детьми (10%; табл. 3). В общем числе полных семей выше доля «дружных семей без ссор» (23% в семьях с детьми семи лет и 14% в семьях с детьми 13 лет), чем в неполных (17 и 10% соответственно).

Напряжённые отношения в семье, ссоры влияют на состояние здоровья детей. Так, в «дружных без ссор» семьях увеличивается доля здоровых детей (с 8 до 29% за период от 7 до 13 лет), в семьях же с «частыми ссорами» все 7-летние здоровые дети к 13 годам имеют различные заболевания (табл. 4). Наибольший удельный вес детей с хроническими заболеваниями отмечается в семьях с частыми ссорами и напряжёнными взаимоотношениями (43 против 21% в дружных семьях).

Все вышесказанное свидетельствует о влиянии состава семьи на здоровье детей. Это обусловлено факторами риска для здоровья ребёнка, воспитываемого в неполной семье. Данные факторы, в свою

Таблица 5. Распределение по наличию в семье детей респондентов, у которых есть опасения, что в ближайшее время их или членов их семьи затронут следующие явления (в % от числа опрошенных)

Наличие несовершеннолетних детей	Февраль 2009 г.	Июнь 2009 г.
Задержки заработной платы и социальных выплат (пенсий, пособий, стипендий и т. п.)		
Есть дети	74,5	74,4
Нет детей	67,7	71,4
Уменьшение (урезание) заработной платы и социальных выплат		
Есть дети	77,4	75,7
Нет детей	69,3	72,6
Сокращение, увольнение с предприятия, на котором Вы работаете		
Есть дети	61,9	65,2
Нет детей	46,7	55,1
Закрытие (приостановка) предприятия, на котором Вы работаете		
Есть дети	53,2	58,2
Нет детей	38,0	47,8

Источник: данные опросов общественного мнения ИСЭРТ РАН в феврале и июне 2009 г.

очередь, связаны с социально-бытовой и жилищной неустроенностью семьи из-за материального недостатка либо дополнительной трудовой занятости матери, а также низкой медицинской активности семьи.

Значительную роль в формировании здоровья детей играет материальное положение семьи, которое оказывает опосредованное воздействие. Хотя высокие доходы не являются автоматически залогом хорошего здоровья, но они позволяют обеспечить определённый набор материальных благ, способствующих сохранению и укреплению потенциала здоровья. Низкий уровень доходов обуславливает невысокую покупательную способность семьи, что сказывается на качестве питания детей, возможностях приобретения для них лекарств и витаминов, оздоровления в санаторно-курортных условиях и т. д. Если большая часть дохода используется только на приобретение минимально необходимого набора продуктов и самые неотложные платежи, то семья не в состоянии удовлетворить другие свои потребности (социальные, медицинские, образовательные, культурные, рекреационные).

Мировой финансовый кризис, затронувший Россию, негативно отразился на

семьях. По результатам опросов общественного мнения, проведённых ИСЭРТ РАН в феврале и июне 2009 г., в семьях с детьми выше удельный вес тех, кто опасается потери работы, задержек и уменьшения заработной платы и социальных выплат (табл. 5).

Уровень среднедушевых доходов наиболее обеспеченных семей, воспитывающих несовершеннолетних детей, в среднем в 6 раз больше соответствующего показателя в группе наименее обеспеченных семей (табл. 6). Распределение семей по уровню среднедушевых доходов показало, что от 46 до 36% неполных семей с детьми в возрасте от 1 года до 13 лет включительно являются наименее обеспеченными, полных семей – соответственно 16 и 15%. Удельный вес наиболее обеспеченных среди полных семей составляет от 21 до 23%, среди неполных – всего от 9 до 14% соответственно.

Анализ покупательной способности доходов домохозяйств показывает, что только среди полных семей есть семьи, которым денег вполне достаточно для удовлетворения своих потребностей (от 1 до 5% против 0% в неполных семьях). Среди неполных семей по сравнению с полными больше доля тех, которым денег не хватает

Таблица 6. Зависимость уровня доходов семьи от её состава (дети 1995 г. р., в % от числа опрошенных)

20% наименее обеспеченных			60% среднеобеспеченных			20% наиболее обеспеченных		
Возраст детей								
1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет
Полная семья								
15,5	18,9	14,8	63,4	56,8	62,3	21,1	24,3	23,0
Неполная семья								
45,5	20,0	36,4	45,5	80,0	50,0	9,1	0,0	13,6
Уровень среднедушевого дохода, руб.								
408,4	593,0	2 615,2	1 108,0	1 565,2	5 176,2	2 449,1	3 244,4	13 911,8

Таблица 7. Зависимость покупательной способности семьи от её состава (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)

Денег вполне достаточно для удовлетворения потребностей семьи			Денег достаточно для покупки продуктов питания и одежды, но крупные покупки приходится откладывать на потом			Денег хватает только на продукты питания			Денег не хватает даже на продукты питания		
Возраст детей											
1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет
Полная семья											
1,3	2,7	5,3	22,7	64,9	80,3	33,3	27,0	13,2	42,7	5,4	1,3
Неполная семья											
0,0	0,0	0,0	9,1	28,6	71,4	36,4	42,9	21,4	54,5	28,6	7,1
Уровень среднедушевого дохода, руб.											
1 150,0	2 245,8	14 666,7	1 808,2	1 500,0	6 823,6	1 327,1	1 077,5	3 513,3	890,9	457,5	3 736,0

даже на продукты питания. Уровень среднедушевых доходов в группе семей, которым денег вполне достаточно для удовлетворения своих потребностей, в среднем в 3 раза выше, чем в группе с недостатком денег даже на продукты питания (табл. 7).

Компенсировать семье недостаток материальных средств призвано государственное ежемесячное пособие на ребёнка [9]. Размер пособия устанавливается в законодательном порядке. Так, в 2008 г. пособие составляло 150 руб. на одного ребёнка, для малообеспеченных семей – 300 руб.

Размер данного пособия явно недостаточен для улучшения материального положения семьи. Повышение уровня среднедушевого дохода малообеспеченной семьи (по данным исследования – 2 615,2 руб.; см. табл. 6) на величину пособия не позволяет ей сравнять свой доход даже с прожиточным минимумом, составлявшим в Вологодской области 5 321 руб. в третьем квартале 2009 г.

Результаты исследования подтверждают также взаимосвязь между здоровьем детей и уровнем дохода их семей (табл. 8).

Удельный вес здоровых детей в возрастном периоде от 1 года до 13 лет включительно снизился в группе 20% наименее обеспеченных семей на 27 п. п. (с 33 до 6%), в группе же 20% наиболее обеспеченных семей он увеличился на 5 п. п. (с 13 до 18%).

«Стартовая позиция» детей с хроническими заболеваниями в возрасте 1 год во всех группах была примерно одинаковой – от 6 до 7%. К 13 годам доля детей с хроническими заболеваниями в группе наименее обеспеченных семей составила 29%, наиболее обеспеченных – 18%. Такой разрыв объясняется тем, что в малообеспеченных семьях больше степень риска возникновения хронических заболеваний. Это связано с недостатком денежных средств в семье, что нередко обуславливает ограничение потребности ребёнка в продуктах питания, дорогостоящих лекарствах,

посещении платных специалистов, а также невозможность оздоравливать ребёнка в санаториях и профилакториях.

Достаточные для нормальной жизни доходы являются лишь условием для реализации ответственного отношения родителей к своему здоровью и здоровью своих детей. Уровень благосостояния ещё не гарантирует грамотной организации питания ребёнка. Анализ показал, что есть малообеспеченные семьи, в которых родители в ущерб себе стараются обеспечить детям здоровое питание: покупают им фрукты, мясо, овощи. В то же время в некоторых богатых семьях родители из-за сильной занятости на работе не уделяют должного внимания питанию детей.

В группе 20% наименее обеспеченных семей доля отметивших плохую обеспеченность детей продуктами питания от двух до шести раз больше, чем в группах среднеобеспеченных и наиболее обеспеченных (табл. 9).

В семьях с высоким достатком причинами плохой обеспеченности детей продуктами питания названы отказ ребёнка от употребления некоторых продуктов (35%), нехватка времени на приготовление пищи (18%), плохая организация

питания в школе (12%), ограничение в употреблении некоторых продуктов, связанное с состоянием здоровья ребёнка (6%; табл. 10). Что касается групп семей с низким и средним уровнем доходов, то здесь преобладали такие причины, как недостаток денег на приобретение продуктов питания (18 и 14% соответственно), ограничение в употреблении продуктов в связи с отклонениями в состоянии здоровья ребёнка (по 8%).

Плохое питание детей и связанная с этим недостаточная обеспеченность их микроэлементами и витаминами, по данным ВОЗ, может приводить к таким последствиям, как снижение иммунитета, нарушение физического и психического развития [1].

Данные исследования подтверждают важность качества организации питания для здоровья детей (табл. 11). При хорошей организации питания удельный вес здоровых детей в возрастном периоде от 7 до 13 лет включительно увеличился с 12 до 22%, доля детей, которые не болели, – с 20 до 46%. В семьях, отметивших плохую организацию питания ребёнка, вырос удельный вес детей с хроническими заболеваниями (с 28 до 32%) и часто болеющих (с 0 до 8%).

Таблица 8. Зависимость здоровья детей от материального положения семьи (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)

Группы семей по уровню среднедушевого дохода	Группы здоровья детей								
	1 – здоровые дети			2 – дети с функциональными отклонениями			3 – дети с хроническими заболеваниями		
	Возраст детей								
	1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет
20% наименее обеспеченных	33,3	11,1	5,9	60,0	77,8	64,7	<b>6,7</b>	11,1	<b>29,4</b>
60% среднеобеспеченных	24,0	23,4	23,1	70,0	63,9	46,2	6,0	12,7	30,8
20% наиболее обеспеченных	12,5	0,0	17,6	81,3	88,9	64,7	<b>6,3</b>	11,1	<b>17,6</b>

Таблица 9. Обеспеченность продуктами питания ребёнка в зависимости от материального положения семьи (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)

Обеспеченность ребёнка продуктами питания	20% наименее обеспеченных			60% среднеобеспеченных			20% наиболее обеспеченных		
	1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет	1 год	7 лет	13 лет
Хорошая	25,0	0,0	23,5	47,9	30,8	32,7	62,5	88,9	52,9
Удовлетворительная	62,5	87,5	76,5	50,0	65,4	67,3	31,3	11,1	47,1
Плохая, очень плохая	12,5	12,5	0,0	2,1	3,8	0,0	6,3	0,0	0,0

Таблица 10. Причины плохой обеспеченности ребёнка продуктами питания в зависимости от материального положения семьи (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных; 2008 г.)

Причины плохой обеспеченности ребёнка продуктами питания	20% наименее обеспеченных	60% средне-обеспеченных	20% наиболее обеспеченных
Не хватает времени на приготовление пищи	0,0	0,0	17,6
В школе питание организовано плохо	17,6	26,9	11,8
Вынуждены ограничивать ребёнка в некоторых продуктах питания в связи с отклонениями в состоянии его здоровья	7,9	7,7	5,9
Вынуждены ограничивать ребёнка в некоторых продуктах питания в связи с недостатком денег на их приобретение	17,9	14,2	0,0
Ребёнок отказывается от употребления некоторых продуктов питания	33,0	48,2	35,3

Таблица 11. Зависимость здоровья детей от организации их питания (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)

Показатели здоровья детей	Организация питания ребёнка			
	7 лет		13 лет	
Группы здоровья	Хорошая	Плохая	Хорошая	Плохая
1 – здоровые дети	11,8	8,0	21,9	10,0
2 – дети с функциональными отклонениями	58,8	64,0	50,0	58,0
3 – дети с хроническими заболеваниями	29,4	28,0	28,1	32,0
Кратность заболеваний	Хорошая	Плохая	Хорошая	Плохая
Не болел	20,0	23,5	46,0	24,5
Эпизодически	64,0	76,5	52,4	65,3
Часто	16,0	0,0	1,6	8,2
Физическое развитие	Хорошая	Плохая	Хорошая	Плохая
Нормальное	87,5	82,4	82,5	86,0
Дефицит массы тела	12,5	11,8	4,8	10,0
Избыток массы тела	0,0	5,9	12,7	4,0

Сбалансированное питание является залогом нормального физического развития детского организма. Недостаток питания приводит к дефициту массы детей: так, в группе с плохой организацией питания доля 13-летних детей с дефицитом массы тела в 2 раза больше, чем в группе с хорошим питанием. В то же время в семьях с хорошей организацией питания в среднем в 3 раза больше доля детей, у которых наблюдается избыток массы тела. Это свидетельствует о несбалансированности питания детей.

Важным фактором, влияющим на формирование физического потенциала ребёнка, является образование родителей.

Этому есть два объяснения:

1. Хороший уровень образования определяет более ответственное отношение людей к здоровью своему и своих детей.

2. Образованные родители более грамотны в вопросах профилактики и лечения заболеваний детей, их воспитания, формирования у них определённых поведенческих и ценностных установок, что положительно сказывается на становлении всей системы способностей, знаний, реакций ребёнка [8].

Ранняя выявляемость заболеваний у детей во многом зависит от своевременности обращения к врачам-специалистам.

Анализ медицинской активности родителей показал, что 78% родителей с высшим образованием (в сравнении с 60% родителей с незаконченным средним образованием) всегда обращаются к врачам в случае острых заболеваний либо обострения хронических заболеваний у ребёнка. Семьи, своевременно обращающиеся к врачу при первых признаках болезни,



своевременно и полностью выполняют и все его рекомендации. Родители, которые пытаются лечить ребёнка сами или обращаются к врачу уже при тяжёлом состоянии ребёнка, чаще имеют среднее или незаконченное среднее образование. В целом же медицинская активность родителей по мере взросления ребёнка падает. Так, если 84% родителей 7-летних детей всегда обращаются к врачам при острых заболеваниях ребёнка и обострениях хронических заболеваний, то к 13 годам число таких родителей снижается до 69% (табл. 12).

Результаты исследования дают основание заключить, что образование матери влияет и на организацию питания ребёнка (табл. 13). Доля матерей, которые соблюдают комплекс мер, требующих более значительных усилий со стороны семьи, в

два раза больше в группе респонденток с высшим образованием, чем в группе с незаконченным средним.

Если среди матерей с высшим образованием доля тех, кто соблюдает режим питания детей, составляет 38%, то среди матерей, имеющих незаконченное среднее образование, она не превышает 10%.

Отметим, что около половины всех респонденток, имеющих высшее образование, в качестве меры профилактики называют регулярное употребление витаминов, в то время как в группе со средним образованием этот показатель составляет более чем 25%, а матери с незаконченным средним образованием вообще не используют витамины в питании ребёнка.

Кроме того, как свидетельствуют результаты опроса, родители, получившие

Таблица 12. Распределение ответов на вопрос: «Всегда ли при острых заболеваниях ребёнка или обострениях хронического заболевания Вы обращаетесь к медикам?» – в зависимости от образования матери (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Среднее по опросу		Образование матери		
	7 лет	13 лет	Высшее	Среднее	Незаконченное среднее
Всегда	84,0	69,3	77,5	66,7	60,0
Не всегда, сначала пытаемся лечить ребёнка сами	14,0	23,7	20,0	24,6	30,0
Только при тяжёлых состояниях ребёнка	2,0	3,5	0,0	5,3	10,0

Таблица 13. Организация питания в зависимости от образования матери (дети 1995 г. р.; в % от числа опрошенных; 2008 г.)

Организация питания	Вариант ответа	Образование матери		
		Высшее	Среднее	Незаконченное среднее
Меры, требующие значительных усилий со стороны семьи	Соблюдаем режим питания, правила приёма пищи	<b>37,5</b>	36,8	<b>10,0</b>
	Учитываем содержание белков, жиров, углеводов	12,5	12,3	10,0
	Соблюдаем оздоровительную диету	7,5	5,3	10,0
	Регулярно даём ребёнку витамины	<b>47,5</b>	24,6	0,0
	Доля семей, применяющих хотя бы одну меру	72,5	57,9	30,0
Меры, требующие незначительных усилий со стороны семьи	Стараемся употреблять больше овощей и фруктов	57,5	57,9	70,0
	Стараемся употреблять больше морепродуктов	15,0	10,5	10,0
	Используем йодированную соль	<b>57,5</b>	40,4	<b>10,0</b>
	Следим за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов	<b>80,0</b>	64,9	<b>40,0</b>
	Стараемся употреблять натуральные продукты (без добавок, красителей и т. п.)	<b>62,5</b>	66,7	<b>40,0</b>
	Употребляем продукты надёжных, проверенных производителей	<b>57,5</b>	36,8	<b>10,0</b>
	Доля семей, применяющих хотя бы одну меру	92,5	94,8	90,0

высшее образование, более ответственно подходят к оценке качества употребляемых продуктов (следят за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов, выбирают продукты надёжных, проверенных производителей, отдают предпочтение натуральным продуктам без красителей и других добавок), чем родители с незаконченным средним образованием.

Что касается семей, соблюдающих оздоровительную диету детей, то их удельный вес является незначительным независимо от образования родителей. Это связано с трудностями в организации диетпитания, которое требует значительных затрат времени, денежных средств и усилий со стороны семьи. Данное обстоятельство вызывает тревогу, так как диетическое питание лежит в основе сохра-

нения и укрепления здоровья детей и взрослых.

Резюмируя вышесказанное, отметим, что социально-экономические характеристики семьи – её состав и доходы, питание ребёнка, образование родителей – оказывают влияние на формирование здоровья детей. Для повышения его качества, в связи с выявленными неблагоприятными факторами, на наш взгляд, целесообразно сосредоточить усилия на таких направлениях, как повышение эффективности государственной семейной политики в сфере создания условий для снижения доли неполных семей; увеличение дохода семей с детьми, проживающих за чертой бедности, до уровня прожиточного минимума; повышение социально-гигиенической грамотности и медицинской активности родителей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Второй план действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ: комплексный подход к борьбе с хроническими и острыми болезнями [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0507r.pdf>
2. Галецкий, В. Встретит ли институт семьи XXII век? [Электронный ресурс] / В. Галецкий. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0237/analit05.php>
3. Гурко, Т.А. Родительство: социологический аспект / Т.А. Гурко. – М., 2003.
4. Гурко, Т.А. Трансформация института современной семьи / Т.А. Гурко // Социологические исследования. – 1995. – №10. – С. 95.
5. Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат, 2009. – 67 с.
6. Демографический ежегодник России. 2008: стат. сб. / Росстат, 2008. – 557 с.
7. Дивицына, Н.Ф. Семьеведение: учебное пособие / Н.Ф. Дивицына. – М.: ВЛАДОС-Пресс, 2006. – 325 с.
8. Добрынин, А.И. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования / А.И. Добрынин, С.А. Дятлов, Е.Д. Цыренова. – СПб.: Наука, 1999. – 309 с.
9. Закон об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Вологодской области от 29.12.2003 №982-03 (в ред. Закона Вологодской области от 27.06.2008 № 1803-ОЗ).
10. Маслихина, Н.В. Роль семьи в формировании личности ребёнка [Электронный ресурс] / Н.В. Маслихина // Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса: теория и практика. – Вып. 1. – Режим доступа: <http://www.egpu.ru/lib/elib/Data/Content/128253526169062500/Default.aspx>