

## РОЛЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ\*

*В статье показана актуальность проблемы сохранения здоровья детей. Анализ статистических данных и результаты социологического исследования образа жизни детского населения показали, что за последнее десятилетие произошли значительные изменения в состоянии его здоровья, характеризующиеся ростом заболеваемости и увеличением распространённости поведенческих факторов риска. Автором предлагаются меры по сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения.*

*Здоровье, детское население, здоровый образ жизни, факторы.*

Основным источником роста национального богатства при переходе к постиндустриальной экономике являются нематериальные активы, важный компонент которых – человеческий капитал [13]. Основы человеческого капитала закладываются в детстве. В это же время формируется и здоровье человека, которое является одним из главных элементов человеческого капитала.

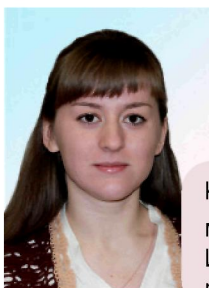
Особенно актуальны вопросы сохранения детского здоровья России, где в конце XX – начале XXI вв. сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, которая привела к сокращению численности населения, поколение детей лишь на 60% замещает поколение родителей [9].

Динамика изменения возрастной структуры населения показала, что за последние 11 лет (с 2000 по 2010 г.)

удельный вес детей в общей численности населения нашей страны сократился с 24 до 18% (табл. 1). Аналогичная ситуация складывается и в Вологодской области, где за указанный период доля детского населения (в возрасте от 0 до 17 лет) уменьшилась на 5 процентных пунктов (с 23 до 18%) [14].

Изменения в возрастной структуре заметно влияют на демографическую нагрузку населения в трудоспособном возрасте. В начале 1980-х годов в связи с повышением рождаемости нагрузка детьми и пожилыми резко отличалась в пользу детей, а в 2000 г. соотношение изменилось в пользу нагрузки пожилыми (табл. 2). Увеличение нагрузки пожилыми людьми отражает тенденцию постарения населения, что в дальнейшем может привести к углублению демографического кризиса в стране.

Ещё одним фактором риска современного детства является высокий уровень младенческой смертности, которая в Вологодской области (7,4) соответствует среднероссийскому значению (7,5). За период с 2000 по 2010 г. данный показатель снизился с 16 случаев на 1000 родившихся



КОПЕЙКИНА Наталья Александровна  
младший научный сотрудник  
ИСЭРТ РАН  
natali-kopeikina@mail.ru

\* Статья подготовлена в рамках проекта РФФИ «Теория демографического перехода в современной России» № 11-06-00122-а.

Таблица 1. Численность постоянного населения (на начало года)

Население	Тыс. чел.			В процентах к итогу		
	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.
<b>Российская Федерация</b>						
Всё население	146 890	143 474	141 914	100	100	100
В том числе в возрасте от 0 до 17 лет	34 583	29 054	25 980	23,5	20,3	18,3
<b>Вологодская область</b>						
Всё население	1299,6	1245,5	1 213,6	100	100	100
В том числе в возрасте от 0 до 17 лет	302,694	252,421	222,016	23,3	20,3	18,3

Источник: Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru>; расчёты автора.

Таблица 2. Коэффициент демографической нагрузки в РФ 1985 – 2050 гг. (на 100 человек трудоспособного населения)

Год	Коэффициент демографической нагрузки всеми нетрудоспособными	Коэффициент демографической нагрузки детьми	Коэффициент демографической нагрузки пожилыми
1985	57,6	35,7	21,9
1990	63,8	37,6	26,2
1995	61,1	34,2	26,9
2000	57,3	28,2	29,1
2005	46,8	21,2	25,6
2010	46,8	19,9	26,9
2020	59,4	21,7	37,7
2030	65,9	20,9	45,0
2040	76,5	21,9	54,6
2050	103	27,5	75,5

Источник: Database PRED 3.0. New York: UN, DESA, Population Division, 2002.

Таблица 3. Младенческая смертность (в возрасте до одного года, на 1000 родившихся живыми)

Территория	Год										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
РФ	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5
Вологодская область	15,8	17,5	13,9	12,6	10,9	11,6	8,6	9,0	7,7	7,8	7,4
ЕС	5,9	5,8	5,5	5,4	5,3	5,2	4,7	4,6	4,4	4,3	н.д.

Источники: Демографический ежегодник России. 2001, 2009, 2011: стат. сб. / Росстат. – М., 2001, 2009, 2010; Здоровье для всех: Европейская база данных ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who>

живыми до 7,4 случаев, что соответствует предельно допустимому значению, установленному Европейским бюро ВОЗ, а именно 10 детей на 1000 родившихся живыми (табл. 3). И хотя за последние годы наблюдаются позитивные изменения в динамике младенческой смертности, ситуацию нельзя считать удовлетворительной, поскольку её уровень в Российской Федерации остаётся почти в 2 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы (4,3 на 2009 г.).

Уменьшение численности и доли детей в общей структуре населения делает проблему сохранения здоровья подрастающего поколения особенно актуальной.

За последнее десятилетие произошли значительные изменения в состоянии здоровья детского населения, характеризующиеся ростом функциональных расстройств и хронических болезней, увеличением распространённости поведенческих факторов риска.

Анализ заболеваемости детского населения показал, что за период с 2000 по 2010 г. в России общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет выросла на 31%, увеличиваясь в среднем на 5% ежегодно (рисунк). Такая же тенденция прослеживается и в Вологодской области: общая заболеваемость детей выросла на 38%.

Рост заболеваемости детей ведёт к снижению потенциала их здоровья. В Вологодской области доля здоровых детей в 2009 г. составляла 10%, функциональные расстройства имели 63% детей, хроническую патологию – 27% [2].

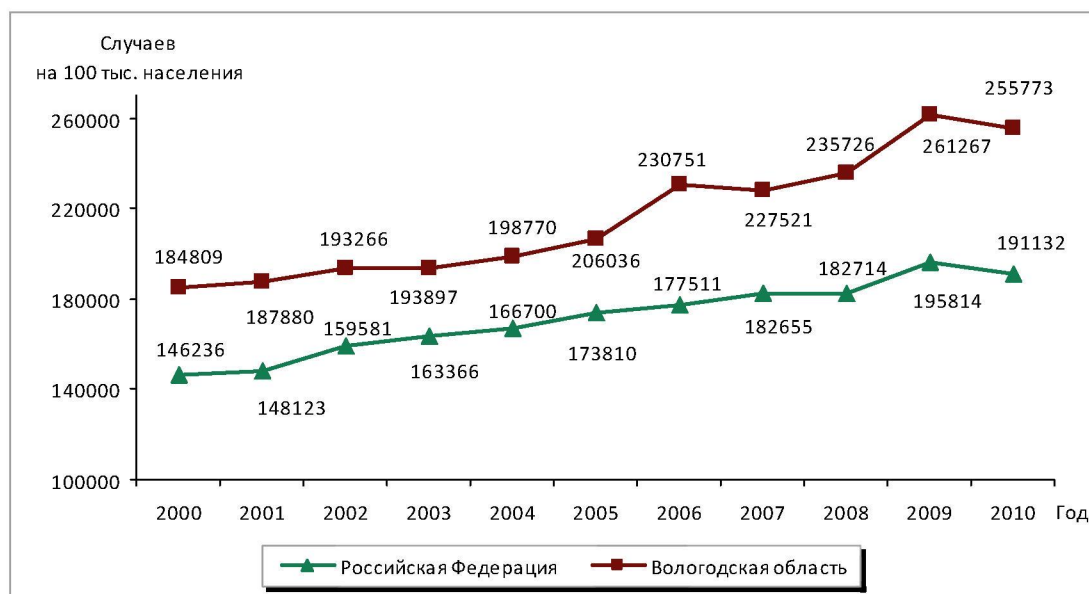
Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детского населения приводят к таким негативным социальным и экономическим последствиям, как неготовность к школьному обучению, неуспеваемость при обучении, невозможность в будущем полностью реализовать свой трудовой потенциал,

нарушение формирования репродуктивной функции, рождение больных поколений и др.

Исходя из этого, можно считать, что низкий уровень здоровья детей отражается на их развитии и показателях успеваемости. В 2009 г. результаты тестирования школьников по выявлению уровня грамотности в рамках международного мониторинга «PISA» показали, что Россия оказалась на 43 месте из 64 стран мира. Одарённых детей в стране было выявлено на треть меньше, чем в других странах, а крайне ограниченных в развитии – на треть больше [3].

Снижение численности здоровых детей подтверждается не только данными официальной статистики, но и результатами выборочных научных исследований. Анализ здоровья детского населения в Вологодской области основан на данных медико-социологического мониторинга «Изучение условий

Заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет



Источники: Здоровоохранение в России. 2011: стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 326 с.; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2010 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2011. – 127 с.

Таблица 4. Здоровье детей в возрасте 5, 8 и 10 лет (в % от опрошенных)

Группа здоровья	5 лет		8 лет		10 лет	
	1995 г. р.	2001 г. р.	1995 г. р.	2001 г. р.	1995 г. р.	2001 г. р.
I группа здоровья (здоровые дети)	14,1	10,6	10,2	9,9	23,8	10,9
II группа здоровья (здоровые дети с некоторыми функциональными отклонениями)	66,2	72,7	63,3	64,9	52,4	62,0
III, IV группы здоровья (дети, имеющие хронические заболевания)	19,7	16,6	26,5	25,2	23,8	27,2

Источник: Данные мониторинга условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2000 – 2011 гг.

формирования здорового поколения»<sup>1</sup>, проводимого Институтом социально-экономического развития территорий РАН с 1995 г. при методологическом руководстве Института социально-экономических проблем народонаселения РАН.

Результаты мониторинга свидетельствуют о том, что за 2000 – 2011 гг. изменилось в худшую сторону распределение детей на группы здоровья (табл. 4). Если в 1995 г. к I группе здоровья, т. е. к абсолютно здоровым, относилось 24% детей в возрасте 10 лет, то в 2011 г. – только 11%. Численность детей со II группой здоровья, т. е. с некоторыми функциональными отставаниями, выше у когорты исследуемых более позднего (2001) года рождения, нежели чем у рождённых в 1995 году. В 2011 г. численность детей в возрасте 10 лет, страдающих хроническими заболеваниями и относимых к III-IV группам здоровья, по сравнению с 10-летними детьми (1995 г. р.), на 3% выше. Согласно полученным результатам, происходит снижение потенциала здоровья от поколения к поколению, дети 1995 г. р. более здоровые, чем в последующих когортах.

<sup>1</sup> Мониторинг «Изучение условий формирования здорового поколения», который проводится в ИСЭРТ РАН с 1995 г. при методологическом руководстве ИСЭПН РАН. Для оценки здоровья и развития детей привлекаются медицинские работники. Исследование проводится в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, посёлке городского типа Вожеге. В исследовании участвуют все семьи, в которых родились дети в период с 15 по 30 мая 1995 г. (первая когорта) и с 1 по 20 марта 1998 г., 2001 г., 2004 г. (вторая – четвёртая когорты). Мониторинг предполагает использование комплексного инструментария, основу которого составляют социологические вопросники.

Многочисленные исследования показывают, что источник возникновения различий в здоровье взрослых нужно искать в их детстве [10]. Здоровье обусловлено комплексным воздействием различных факторов. Согласно модели экспертов ВОЗ, соотношение факторов, влияющих на здоровье, таково: социально-экономические условия и образ жизни – 50%; биологические свойства организма – 20%; внешняя среда, природные условия – 20%, здравоохранение – 10% [8]. Все факторы, влияющие на здоровье, взаимосвязаны между собой, а степень их влияния на здоровье неодинакова. Доминирующим является образ жизни, воздействие которого на здоровье в 2 – 2,5 раза выше, чем других факторов. Поэтому для укрепления и улучшения состояния здоровья детского населения необходимо уделять внимание формированию у ребёнка здорового образа жизни как одного из основных факторов, влияющих на здоровье.

С одной стороны, формирование здорового образа жизни начинается уже в раннем детстве, поэтому в обеспечении нормального развития и полноценного здоровья детей огромна роль семьи. Институт семьи выполняет определённые социальные функции, через которые воздействует на образ жизни подрастающего поколения. Также роль семьи в формировании здоровья ребёнка заключается в том, что человек «получает в наследство» состояние здоровья своих родителей и основной процесс формирования здоровья происходит прежде всего в кругу близких.

С другой стороны, нужно иметь в виду, что значительную часть времени ребёнок проводит в школе и учреждениях дополнительного образования. Поэтому совместно эти социальные институты (семья и школа) играют существенную роль в формировании и становлении здоровой и полноценной личности ребёнка.

Многие специалисты считают, что условия жизни ребёнка в семье и в образовательном учреждении, сформированность ценностного отношения к своему здоровью определяют до 40% позитивных и негативных влияний на состояние здоровья детей [1]. Несомненно, что позитивные установки и ценность здоровья являются положительными предпосылками для формирования здорового образа жизни. По результатам исследования «Изучение условий формирования здорового поколения», в сознании подавляющего большинства семей (84%) «здоровье ребёнка» как ценность вместе с ценностью категории «семья» (87%) занимает 1-2 места среди других важнейших социальных ценностей – «своё здоровье» (55%), «материальное благополучие» (43%), «образование» (25%).

Одновременно с этим большинство родителей не слишком беспокоятся за здоровье своих детей и не пытаются уделять внимание профилактике заболеваний и укреплению их здоровья, тогда как в развитых европейских странах давно практикуется именно профилактическая медицина, которая предполагает предупреждение заболеваний, а не их лечение.

Данные исследования 2011 г. показали: в семьях с детьми 2001 г. р. более половины родителей (53%) утверждали, что за последний год их отношение к здоровью ребёнка не изменилось, а 46% родителей стали уделять больше внимания укреплению здоровья ребёнка и профилактике заболеваний, тогда как в семьях с детьми 1995 г. р. 70% родителей не изменили своего отношения к здоровью ребёнка. То есть в процессе взросления ребёнка внимание со стороны родителей к сохранению и укреплению здоровья уменьшается, вследствие чего можно констатировать слабую мотивацию на проведение закалывающих процедур (их проводят только 14% родителей).

По мнению родителей, их уровень знаний по физиологии и гигиене, а также вопросам здорового образа жизни для организации оптимального образа жизни своего ребёнка достаточно высокий (63 – 71%; табл. 5). Однако стоит отметить, что в когорте детей 1995 г. р. только 20% родителей считают свой уровень информированности достаточным и 62% – совершенно недостаточным. Скорее всего, это связано с возрастной особенностью детей указанного года рождения. Ведь подростковый период является критическим для организма, когда происходят биологические и психологические перестройки, и у многих родителей в это время возникают проблемы во взаимоотношениях с детьми.

Своими привычками, культурой поведения, образом жизни родители являются примером для детей.

Таблица 5. Распределение ответов на вопрос «Считаете ли Вы достаточным свой уровень знаний по физиологии и гигиене ребёнка, вопросам здорового образа жизни для организации оптимального образа жизни своего ребёнка?», 2011 г. (в % от опрошенных)

Варианты ответов	Когорта 1995 г. р.	Когорта 1998 г. р.	Когорта 2001 г. р.	Когорта 2004 г. р.
Да, вполне достаточно	20,3	70,9	62,8	67,4
Нет, недостаточно	62,0	18,2	27,7	25,3
Затрудняюсь ответить	17,7	10,9	9,6	7,4

Источник: Данные мониторинга условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2011 г.

Подавляющее большинство участвовавших в мониторинге взрослых (75 – 83%) согласно с утверждением, что образ жизни родителей влияет на образ жизни детей (табл. 6). Однако 82% родителей 16-летних детей разделяют это мнение частично.

Говоря о факторах здоровья, нельзя обойти вниманием и двигательную активность. Большинство родителей недостаточно прививают ребёнку навыки физической культуры. Только 52% детей в возрасте 16 лет занимаются физкультурой и спортом вне учебных заведений, в возрасте 7 лет – 32%. Установлено, что дети в 54% случаев не выполняют утреннюю зарядку. Это проблема не только детского населения. Данные исследований, проведённых на территории Вологодской области, свидетельствуют о низком уровне физической активности взрослого населения: 52% считает, что тратит достаточно времени на двигательную активность, 48% придерживается противоположного мнения [16]. Низкая двигательная активность в дальнейшем может привести к непри-

годности для службы в армии юношей, к нарушениям реализации репродуктивной функции у девушек, сокращению рождаемости и к углублению демографического кризиса [17].

Наличие вредных привычек среди ближайшего окружения детей также является фактором риска для их здоровья и формирования саморазрушительного образа жизни. Для детей очень важно, курят родители или нет. В семьях, где курил хотя бы один из членов семьи, дети 12 лет пробовали курить в 4 раза чаще, чем при некурящих родственниках. К 16 годам количество детей, пробовавших курить, увеличилось почти в 3 раза (табл. 7).

Уже в возрасте 10 лет доля курящих детей составляет в среднем 4%, что крайне отрицательно скажется на состоянии здоровья в будущем. Полученные данные подтверждаются и другими исследованиями: российские 11-летние школьники – «лидеры» в европейском регионе по числу курящих, по крайней мере, 1 раз в неделю: 4% девочек и 5% мальчиков [17].

Таблица 6. Распределение ответов на вопрос «Согласны ли Вы с тем, что образ жизни родителей влияет на образ жизни детей?», 2011 г. (в % от опрошенных)

Варианты ответов	Когорта 1995 г. р.	Когорта 1998 г. р.	Когорта 2001 г. р.	Когорта 2004 г. р.
Да, полностью	10,0	74,5	78,7	82,5
Да, частично	82,4	20,0	16,0	16,5
Считаю, что родители, «ведущие» нездоровый образ жизни, вполне могут сформировать «здоровый» образ жизни у своего ребёнка	6,3	0,0	2,1	1,0
Затрудняюсь ответить	1,3	5,5	3,2	0,0

Источник: Данные мониторинга условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2011 г.

Таблица 7. Влияние курящих членов семьи на вероятность курения ребёнком (в % от числа опрошенных, дети 1995 г. р.)

Курит ли кто-либо из членов Вашей семьи?	Пробовал ли ребёнок курить?					
	12 лет		15 лет		16 лет	
	да	нет	да	нет	да	нет
да	17,4	82,6	34,0	66,0	48,7	51,3
нет	4,5	95,5	20,0	80,0	33,3	66,7

Источник: Данные мониторинга условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН 2007, 2010, 2011 гг.

Сопоставление группы здоровья и курения хотя бы одного из членов семьи показывает, что количество здоровых детей больше там, где в семьях нет практики употребления табака (табл. 8).

Ещё одной вредной привычкой, которая может оказывать негативное влияние на здоровье людей и их детей, является чрезмерное потребление алкогольных напитков. Исследование показало, что если в семье есть практика употребления алкоголя, то в возрасте 12 лет его пробовали 13% детей и в возрасте 16 лет – 70%, что в 2 раза выше, чем в семьях, где такой практики нет (табл. 9). То есть вредные привычки родителей оказывают существенное влияние на здоровье их детей. Согласно российским исследованиям, по уровню употреблению алкоголя 11-летними школьниками Россия уступает только Украине. 7% девочек и 10% мальчиков употребляют алкоголь, по крайней мере, 1 раз в неделю [17].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что большинство родителей недостаточное внимание уделяют укреплению здоровья своих детей, в частности привитию навыков физической культуры.

С взрослением ребёнка внимание со стороны родителей также ослабевает. Наряду с этим среди окружения ребёнка распространены и поведенческие факторы риска, которые негативно влияют на уровень здоровья детей и формируют в их сознании нездоровый образ жизни в будущем.

Как отмечают учёные, наименее здоровьесберегающими факторами обучения в школе являются следующие: высокий объём учебных и внеучебных нагрузок, дефицит двигательной активности, конфликты с педагогами и со сверстниками [3, 17].

Остановимся более подробно на характере взаимоотношений школьников с окружающими их людьми. Психологические и физиологические изменения, которые происходят с ребёнком в процессе взросления, негативно отражаются на его поведении. Поэтому не вызывает сомнений влияние на здоровье детей психологических аспектов жизни семьи, установившихся взаимоотношений ребёнка с родителями, сверстниками и общего восприятия им жизни.

Таблица 8. Влияние курения членов семьи на группу здоровья ребёнка, 2011 г. (в % от числа опрошенных)

Курит ли кто-нибудь в Вашей семье?	Когорта 1995 г. р.		Когорта 1998 г. р.		Когорта 2001 г. р.	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2
да	5,7	94,3	14,3	85,7	15,4	84,6
нет	13,2	86,8	26,7	73,3	23,8	76,2

R1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.  
 R2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.  
 Источник: Данные мониторинга условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2011 г.

Таблица 9. Взаимосвязь между употреблением алкогольных напитков у детей и их родителей (в % от числа опрошенных, дети 1995 г. р.)

Выпивает ли кто-либо из семьи?	Пробовал ли ребёнок алкоголь?					
	12 лет		15 лет		16 лет	
	да	нет	да	нет	да	нет
да	12,5	87,5	48,1	51,9	69,6	30,4
нет	6,5	93,5	22,6	77,4	35,8	64,2

Источник: Данные мониторинга условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2007, 2010 – 2011 гг.

Таблица 10. Коэффициенты стресса как показатели взаимоотношений подростка с родителями, сверстниками и окружающими людьми

Вопросы-высказывания	13 лет			16 лет		
	S	«полностью не согласен», %	«полностью согласен», %	S	«полностью не согласен», %	«полностью согласен», %
<i>Отношения с родителями</i>						
Взаимопонимание с родителями	0,04	1,9	49,1	0,18	6,8	38,4
Насколько хорошо подростку дома	0,09	3,7	42,6	0,08	2,8	34,7
Уважение чувств подростка родителями	0,05	1,9	39,6	0,11	2,7	24,3
Многочисленность желаний уйти из дома	0,05	69,8	3,8	0,06	71,6	4,1
Давление на подростка со стороны родителей	0,25	29,6	7,4	0,05	55,4	2,7
<i>Отношения со сверстниками</i>						
Уверенность в себе	0,05	1,9	37	0,04	1,4	33,8
Уверенность, что с ним (ней) весело	0,08	3,7	44,4	0,05	1,3	25,3
Уверенность в симпатии окружающих	0,25	29,6	7,4	0,14	29,7	4,1
Трудно говорить перед классом	1	20	20	0,63	21,6	13,5
Популярность среди сверстников	0,54	3,8	7	0,34	4,1	12,2
<i>Восприятие жизни</i>						
Ощущение, что тяжело жить	0,04	47,2	1,9	0,05	51,4	2,8
В жизни всё смешалось	0,15	38,5	5,8	0,07	37,8	2,7
Часто бывает стыдно	0,61	24,1	14,8	0,22	24,7	5,5
Всегда подсказывают, что должен делать	1	14,8	14,8	0,14	29,7	4,1
Учителя дают почувствовать недостатки	0,6	18,5	11,1	1,00	8,2	8,2
<b>Итого:</b>	<b>4,8</b>			<b>3,15</b>		
Источник: Данные мониторинга условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2011 г.						

Психоземциональное состояние детей в возрасте 13 и 16 лет изучалось с помощью блоков вопросов-высказываний, методика которых была предложена И.В. Журавлевой<sup>2</sup> [5]. Подросткам были предложены вопросы, по которым оценивались их взаимоотношения с родителями, сверстниками и общая удовлетворённость своей жизнью. На каждое высказывание предлагалось выбрать один из вариантов ответов – «полностью согласен» или «полностью не согласен».

<sup>2</sup> Данный блок вопросов был включён в анкету в 2011 г. с целью оценки взаимоотношений подростков с родителями, сверстниками и окружающими их людьми.

Далее рассчитывался коэффициент стресса (S) как соотношение крайних позиций негативного и позитивного содержания. Чем больше доля негативных ответов, тем больше величина коэффициента стресса (табл. 10).

Первый блок характеризует отношения подростков с родителями. Все подростки достаточно комфортно ощущают себя дома, особенно дети в возрасте 16 лет. Меньше всего испытывают давление со стороны родителей подростки в возрасте 16 лет (0,05), нежели дети в возрасте 13 лет (0,25).



Второй блок анализирует отношения подростков со сверстниками. Подростки достаточно уверены в себе и в том, что с ними весело (0,04 – 0,08). Однако у них возникают проблемы с публичным выступлением перед классом (0,63 – 1) и популярностью среди сверстников (0,34 – 0,54).

Третий блок посвящён восприятию жизни в целом. Подросткам в возрасте 13 лет часто бывает стыдно (0,61) и они переживают, что им постоянно «подсказывают» поведенческие модели (1), тогда как детей в возрасте 16 лет беспокоит отношение к ним учителей, которые дают почувствовать их (учеников) недостатки (1). Суммарный коэффициент стресса выше у подростков в возрасте 13 лет (4,8), чем у 16-летних детей (3,15).

Сопоставление оценок детьми собственного здоровья и коэффициента стресса выявило, что те, кто считают здоровье отличным и хорошим, имеют суммарный коэффициент стресса ниже (2,72), нежели дети, оценивающие своё здоровье как «удовлетворительное» или «плохое» (3,51).

Таким образом, хорошая и комфортная обстановка дома, в школе также оказывает заметное влияние на состояние организма детей. Необходимо уделять внимание здоровью ребёнка не только родителям и медицинским работникам, но и психологическим и социальным службам, которые должны следить за его психологическим состоянием, помогать в адаптации к жизненным ситуациям и быть более устойчивым к стрессам.

Резюмируя вышесказанное, отметим, что потенциал детского здоровья снижается. Наряду с неблагоприятными социально-экономическими факторами на состояние здоровья детского населения значительное влияние оказывают отношение родителей к здоровью своих детей и поведенческие факторы риска.

Необходимо понимать, что проблема современного общества заключается в низкой культуре самосохранения, в нежелании родителей заботиться не только о себе, но и о здоровье своих близких и детей.

В определённой степени процессы формирования здоровья детей объективно отражают также проблемы системы здравоохранения и социальной политики. Значительный вклад в решение многих проблем детства внесли приоритетный национальный проект «Здоровье», действующий с 2006 г., «Стратегия развития здравоохранения Вологодской области на период до 2020 г.», принятая Постановлением Правительства области № 2573 от 29.10.2008 г.

В 2011 году утверждена Программа модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 гг. [11]. Реализацию мероприятий данной программы в рамках медицинской помощи матерям и детям планируется проводить по следующим направлениям: увеличение количества коек реанимации для новорождённых с 12 в 2010 г. до 54 в 2012 г.; развитие неонатальной хирургии в целях дальнейшего снижения младенческой и детской смертности; укрепление материально-технической базы; совершенствование ранней диагностики наследственных и врождённых заболеваний; проведение диспансеризации 14-летних подростков с оценкой репродуктивного здоровья в 2011 г. (12055 детей) и т. д. По итогам программы к 2013 г. планируется снизить показатель младенческой смертности (до 9 случаев на 1000 детей, родившихся живыми<sup>3</sup>), увеличить количество детей с 1 и 2 группой здоровья (с 68% в 2010 г. до 71% в 2013 г.).

<sup>3</sup> Данный показатель имеет тенденцию к увеличению за счёт перехода на новые критерии регистрации новорождённых с экстремально низкой массой тела.

Средства программ направляются в основном на поддержание медицинского обслуживания. Поддержка женщин при рождении ребёнка, диагностика ранних заболеваний у детей, безусловно, важны, но недостаточны для изменения образа жизни населения, установок на здоровьесберегающее поведение, снижения уровня социальных болезней, вредных привычек.

На наш взгляд, для сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения целесообразны и такие меры, как:

➤ просветительская и образовательная работа с детьми, родителями и педагогами, направленная на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни; проведение медицинскими работниками на базе школ, медицинских учреждений семинаров, лекториев по вопросам физиологии и гигиены ребёнка, ведению здорового образа жизни;

➤ увеличение мотивации родителей к ведению здорового образа жизни семей путём повышения уровня осведомлённо-

сти их в вопросах укрепления здоровья и профилактики заболеваний, проведение спортивных мероприятий различного уровня (городских, корпоративных);

➤ взаимодействие психологов образовательных учреждений с педагогами и родителями школьников по предупреждению заболеваний, связанных с психологическими проблемами как внутри семьи, так и со сверстниками; создание на базе школ, медицинских центров комплексной системы педагогической, психологической и социальной помощи детям (например, «горячая линия»);

➤ постоянный мониторинг состояния здоровья учащихся, анализ причин заболеваемости и своевременное принятие необходимых мер; динамическое наблюдение должно осуществляться медицинскими работниками совместно с участковыми педиатрами.

Осуществление комплекса указанных мероприятий во многом будет способствовать сохранению и укреплению здоровья детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Безруких, М.М. Сохранение здоровья детей как важное направление развития системы образования [Текст] / М.М. Безруких // Научные исследования в образовании: педагогика, психология, экономика. – 2011. – № 7. – С. 3-10.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2009 году. [Текст] / под ред. к.м.н. А.А. Колинко. – Вологда, 2010. – 85 с.
3. Дементьева, И.В. Факторы риска современного детства [Текст] / И.В. Дементьева // Социологические исследования. – 2011. – № 10. – С. 108-112.
4. Демографический ежегодник России. 2001, 2009, 2011: стат. сб. [Текст] / Росстат. – М., 2001, 2009, 2010.
5. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ [Текст] / И.В. Журавлева. – М.: Институт социологии РАН, 2002. – С. 78.
6. Здоровье для всех: Европейская база данных ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who>
7. Здравоохранение в России. 2011: стат. сб. [Текст] / Росстат. – М., 2011. – 326 с.
8. Ильиченко, И.Н. Значимость человеческого капитала в укреплении здоровья и профилактике заболеваний [Текст] / И.Н. Ильиченко, Г.Н. Арустамян // Профилактика неинфекционных заболеваний. – 2009. – № 2. – С. 9-17.

9. Ионцев, В.А. Демографический фактор в развитии современной России [Текст] / В.А. Ионцев, И.А. Алешковский // Демографические перспективы России / под ред. Осипова Г.В., Рязанцева С.В. – М.: Экон-Информ, 2008. – С. 105-126.
10. Кислицина, О.А. Социально-экономические аспекты здоровья детей [Электронный ресурс] / О.А. Кислицина // Дети и молодёжь: материалы интернет-конференции. – Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/text/33372775>
11. О Программе модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 годы [Текст]: Постановление Правительства Вологодской области от 04.03.2011 № 183. – Вологда, 2011.
12. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2011 год [Текст]: стат. сб. / Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ». – Вологда, 2011. – 127 с.
13. Римашевская, Н.М. Эффективность человеческого потенциала в «новой» экономике [Текст] / Н.М. Римашевская, В.Г. Доброхлеб // Народонаселение. – 2010. – № 2. – С. 10-17.
14. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
15. Шабунова, А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика [Текст] / А.А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
16. Шабунова, А.А. Социально-экономические аспекты формирования здоровья детей [Текст] / А.А. Шабунова // Экономика Северо-Запада: проблемы и перспективы развития. – 2000. – № 4. – С. 65.
17. Школы здоровья в России [Текст] / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт [и др.]. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – 128 с.
18. Database PRED 3.0. – New York: UN, DESA, Population Division, 2002.