

К ВОПРОСУ О ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В БЕДНЫХ СЕМЬЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Д.Ю. Лебедев

МУЗ Ачинская ЦРБ, г. Ачинск Красноярского края

В статье представлены данные, характеризующие отдельные параметры здоровья детей, проживающих в бедных и материально благополучных семьях сельской местности. Объем исследования составил 300 семей, в том числе 150 основной и 150 контрольной групп. В разработку были включены данные, касающиеся грудного вскармливания, режим и характер питания и оценка здоровья детей родителями.

Ключевые слова: бедные и материально благополучные семьи, питание, здоровье, самооценка здоровья

Бедность продолжает оставаться актуальной проблемой современной России. К данной категории населения относятся индивидуумы и семьи, чьи доходы, а следовательно, потребление продуктов питания и другие расходы минимальны, и не соответствуют уровню потребительской корзины [1,2,3] Тапилина В.С., 2004; Шишков Ю.В., 2006). Бедность и нищета ассоциируется с высокими показателями детской и материнской смертности, подверженностью инфекционным болезням, плохими жилищными условиями, небезопасными экологическими условиями, отсутствием надлежащих санитарных условий, недоеданием и неграмотностью населения [4].

У детей из бедных семей выше вероятность получения различных травм, случаев смерти, связанных как с асоциальным поведением родителей, так и самих детей. В бедных семьях чаще регистрируется пренебрежительное и жестокое обращение с детьми [5]. На саммите ООН, состоявшемся 6-8 сентября 2000 г. были приняты цели развития тысячелетия, которые должны быть достигнуты к 2015 году. Эти цели ориентированы, в первую очередь, на борьбу с бедностью. Вышеизложенное послужило основанием для проведения социально-гигиенического исследования здоровья детей, проживающих в бедных семьях сельской местности.

Материалы и методы

Исследование проводилось в сельской местности Ачинского рай она Красноярского края в 2009-2010 гг. Объем наблюдений составил 300 детей в возрасте 7-14 лет, в том числе 150 из бедных и 150 из материально благополучных семей. Для сбора сведений социально-гигиенического характера была специально разработана анкета на родителей и самого ребенка, которую, как правило, заполняла мать ребенка.

Для изучения влияния факторов, влияющих на здоровье детей был использован коэффициент шансов (OR) с 95% доверительными интервалами. Индивидуальное здоровье, оцененное родителями ребенка по 5 бальной шкале изучалось по методике (Sproston K., Primatesta P., 2002).

Сравнительная характеристика здоровья детей, проживающих в изучаемых семьях анализировалась с помощью метода контрольных групп.

Одним из критериев здоровья ребенка является уровень его физического развития при рождении. По нашим данным среди когорты, входящей в бедные семьи, родилось 8,5% недоношенных детей (в Российской популяции последних лет 4-4,5%). В контрольной группе зарегистрировано 4,3% детей при рождении.

ь

Результаты и их обсуждение

Важным критерием, характеризующим нездоровье ребенка, является дефицит грудного вскармливания. Среди детей исследуемой группы материнское молоко получало меньше 3-х месяцев 41,4% детей (табл. 1). В контрольной группе этот показатель был в 1,6 раза ниже. Однако, треть опрошенных матерей из бедных семей (31,2%) отметили, что вскармливание ребенка грудью проводилось не более 1-2,5 месяцев, что не способствовало полноценному физическому развитию ребенка.

Таблица 1

Грудное вскармливание у детей исследуемой и контрольной группы (в %)

Грудное вскармливание, срок	Бедные семьи	Группа контроля	OR
До 3-х месяцев	41,4	26,1*	>1
До 6-ти месяцев	53,2	69,6	
Искусственное вскармливание	6,4	6,3	

Данные опроса матерей обеих групп установили, что в бедных семьях у каждого пятого ребенка не было в анамнезе заболеваний (19,2%), в контрольной группе не отмечалось заболеваний в 30,4% случаев.

Согласно полученным данным заболевания новорожденных (родовые травмы, внутричерепная асфиксия, внутриутробные инфекции и др. –(основная группа) занимают ведущее место в структуре других болезней детей из малообеспеченных семей (34,3%); в группе контроля их существенно меньше (23,4%). В исследуемой группе второе-третье ранговые места соответственно принадлежали «прочим болезням» (24,1%) и частым ОРЗ. В группе контроля среди других заболеваний доминировали острые респираторные расстройства (31,9%). Доля инфекционных болезней составила в обеих группах соответственно 25,5 и 15,7%.

Таким образом, оценка взаимосвязей между перинатальными нарушениями и болезнями, возникающими в период раннего детства и более позднего периода, по нашим данным, не позволили выявить негативного влияния компонента семейной бедности (различия парных показателей оказались недостоверными ($p>0,05$)).

Одним из важных показателей здоровья ребенка имеет соблюдение режима питания и его структурные элементы. Несоблюдение режима питания у детей из бедных семей в сравнении с группой контроля достигает трехкратной отметки (2,9 раза) и характеризует нездоровый образ жизни.

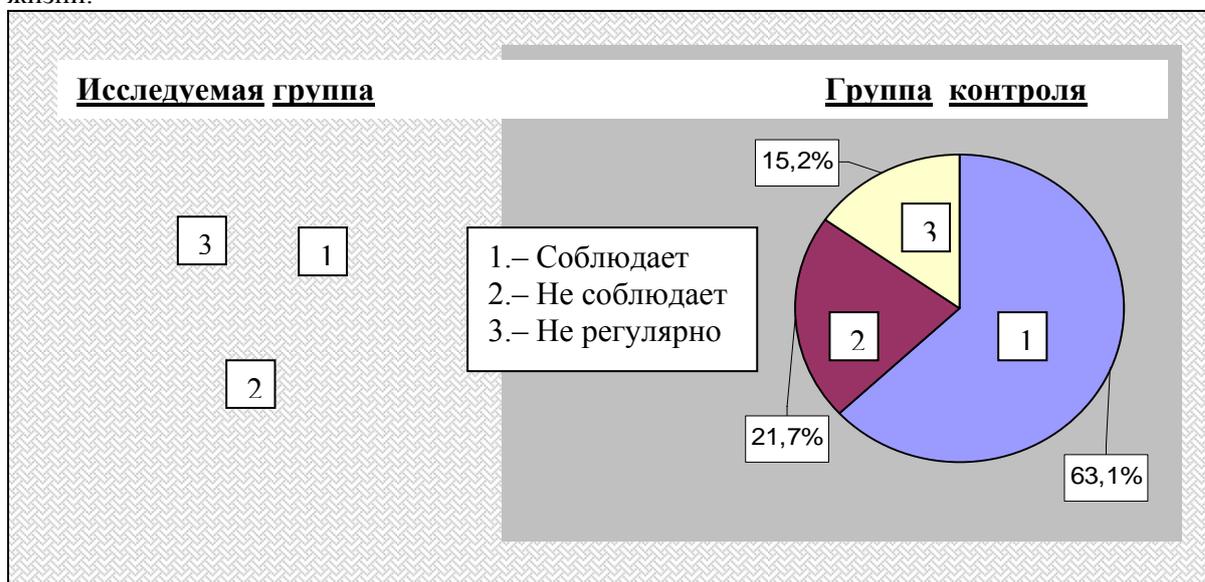


Рис.1. Режим питания среди детей из бедных семей и в контрольной группе (в %).

Несоблюдение режима питания часто сочетается с недостаточным потреблением овощей и фруктов и трансформируется в риск многих болезней. Структура питания детей из обеспеченных семей характеризуется большей долей разнообразия, чем их сверстников из основной группы, соответственно 78,7 и 19%. Таким образом, потенциальный риск нездоровья детей из бедных семей подтверждается высоким показателем $OR=4,1$.

Однообразие питания было связано с преимущественно углеводным рационом и избыточным количеством жира. Характер питания такого рода был констатирован в большинстве бедных семей (66,7%), в контрольной группе был достоверно ниже (8,5%), $p<0,05$.

Приведенные данные обнаруживают весьма заметное воздействие «семейных» факторов. Питание ребенка организуется преимущественно в рамках семьи независимо от школьного питания и вероятно связано с уровнем доходов родителей. Поэтому количественный и качественный состав пищи отражает не только особенности вкусов и выбора, но и традиционно сложившиеся общесемейные предпочтения, что в ряде случаев не способствует необходимости сбалансирования пищевых продуктов.

В качестве другой, зависимой переменной, может выступать уровень индивидуального здоровья ребенка, оцененный его родителями по пятибалльной шкале (табл. 2), где оценка 1 представляет «очень плохое здоровье», оценка 5 – «очень хорошее здоровье», дихотомизированное, как плохое здоровье представлено оценками 1 или 2 балла и удовлетворительное – оценкой 3, хорошее – 4 балла. Два последних индикатора дополняют друг друга, так как возможны случаи, когда ребенок еще не является хронически больным, но уже наблюдаются негативные изменения в его здоровье, которое как раз и отражает оценка здоровья, данная родителями.

Таблица 2
Оценка здоровья детей родителями (в %)

Оценка здоровья детей в баллах	Бедные семьи (n=150)		Контрольная группа (n=150)	
	Мальчики (n=71)	Девочки (n=79)	Мальчики (n=68)	Девочки (n=82)
Очень хорошее -5	-	3,7	19,0	5,0
Хорошее-4	35,0	33,4	28,6	20,0
Удовлетворительное-3	60,0	44,4	47,4	75,0
Плохое – 2 .	-	14,8	5,0	-
Очень плохое – 1	5,0	3,7	-	-

Подсчет среднего балла, отражающего оценку здоровья детей родителями в обеих группах составил 3,4, что свидетельствует, в целом, об удовлетворительной оценке здоровья детей в основной и контрольной группе. Однако, внутригрупповое распределение среди мальчиков показало, что в группе детей из бедных семей очень хорошее здоровье не было отмечено ни в одном случае, а в контрольной группе такую оценку поставил каждый пятый родитель. Плохое и очень плохое здоровье у девочек основной группы отметили 18,3% родителей, в контрольной группе таких не оказалось.

Сравнительный анализ опроса двух типов семей выявил, что в первой группе (бедняков) родители не указали на наличие среди исследуемых детей больных хроническими заболеваниями в 53,2% случаев. В группе контроля их еще меньше (46,8%).

Следует полагать, что оценка родителями уровня здоровья своего ребенка является важным прогностическим критерием, позволяющим принимать активные меры по его улучшению.

Проведенное исследование выявило особенности ряда факторов на оказывающих влияние на здоровье детей из бедных семей, что является основой для разработки адресной семейной профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спрысков Д.С. За чертой бедности: исследование длительной бедности в России.-М.: EERC, 2003.-88 с.
2. Топилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения//Социол. исслед.-2004.-№3.-С. 126-136
3. Шишков Ю.Н. Уровень бедности в современном мире: Методологические споры//Мировая экономика и международные отношения.-2006ю.-№1.-С.-14
4. Пиньейру П.С Детская бедность в богатых странах. – ЮНИСЕФ, 2005, 2006.
5. Одиннадцатая общая программа работы на 2006-2015 гг. Доклад секретариата Всемирная Организация Здравоохранения. Исполнительный комитет eb117/16 сто семнадцатая сессия 12 декабря 2005 г. - 44с.

6.Sproston K, Primatesta P. Health Survey for England 2002: The health of children and young people. London: The Stationery Office, 2003.-P. - 23-25.

**TO A QUESTION ON HEALTH OF CHILDREN LIVING IN THE POOR
COUNTRYSIDE FAMILIES**

D.U.Lebedev

In article the data characterizing separate parameters of health of children, living in poor and financially safe families of countryside is presented. The research volume has made 300 families, including 150 basic and 150 control groups. The data has been included in working out, concerning chest feeding, a mode and character of a food and an estimation of health of children parents.

Key words: poor and financially safe families, a food, health, a health self-appraisal

Лебедев Денис Юрьевич, главный врач МУЗ Ачинская центральная районная больница Красноярского края.
Адрес: г. Ачинск Красноярского края, ул. Ленина 12 тел.:89029466122
e-mail: kanilo@mail.ru