

УДК 614.2:616-053.2:316.356.2(048.8)

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЬИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****<sup>1</sup>Денисов А.П., <sup>1</sup>Кун О.А., <sup>1</sup>Денисова О.А., <sup>2</sup>Филиппова Е.Д.,  
<sup>3</sup>Равдугина Т.Г., <sup>1</sup>Банюшевич И.А.**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
Омск, e-mail: denap144@mail.ru;<sup>2</sup>БПОУ Омской области «Медицинский колледж», Омск;<sup>3</sup>БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения», Омск

Представлен всесторонний анализ влияния условий и образа жизни семьи на состояние здоровья детей. Результаты исследований, проведенных в области охраны здоровья детей в различных типах семей, доказывают, что социальное неблагополучие, а также расслоение населения по социальному составу с присущими каждой социальной группе особенностями условий и образа жизни, отражается на тех или иных отклонениях в росте и развитии детей, препятствует нормальному развитию, отрицательно отражается на физическом, соматическом, психическом и нравственном здоровье, способствует развитию у ребенка состояния хронического стресса, что на фоне функциональной и соматической незрелости организма приводит к раннему возникновению ряда заболеваний. Настоящий обзор подготовлен с целью систематизации литературных данных по проблеме взаимосвязи условий и образа жизни семьи с состоянием здоровья детей. Обоснована необходимость учета социально-гигиенических факторов, неблагоприятно влияющих на состояние здоровья детей.

**Ключевые слова:** здоровье, дети, семья, факторы риска**THE HEALTH OF CHILDREN DEPENDING ON CONDITIONS AND LIFESTYLE OF THE FAMILY (REVIEW OF LITERATURE)****<sup>1</sup>Denisov A.P., <sup>1</sup>Kun O.A., <sup>1</sup>Denisova O.A., <sup>2</sup>Filippova E.D.,  
<sup>3</sup>Ravdugina T.G., <sup>1</sup>Banyushevich I.A.**<sup>1</sup>Omsk State Medical University, Omsk, e-mail: denap144@mail.ru;<sup>2</sup>Medical College, Omsk;<sup>3</sup>Center for training of health workers, Omsk

Provides a comprehensive analysis of the influence of the conditions and lifestyle of the family on the health of children. The results of studies conducted in the field of protection of health of children in different types of families, show that social disadvantage, as well as stratification of the population by social structure inherent in each social group characteristics environment and lifestyle impact on those or other deviations in the growth and development of children, interferes with the normal development that negatively affects the physical, somatic, mental and moral health, contributes to the development of the child's state of chronic stress, against the background of functional and physical immaturity of an organism leads to early appearance of some diseases. This review was prepared with the aim of systematization of the literature on the relationship of the conditions and lifestyle of the family with health children. The necessity of considering socio-hygienic factors that adversely affect the health of children.

**Keywords:** health, children, family, risk factors

Изменения, происходящие в современном обществе, оказывают влияние на повседневную жизнь, преобразуя социальные отношения, в том числе в семье и в области семейной политики, так как в сложных экономических и социальных условиях институт семьи становится особенно уязвимым [11; 18].

Естественным и правомерным для каждого ребенка является воспитание в семье, поскольку именно она является крайне необходимой для его социализации и развития индивидуальности [1; 2; 11; 20].

Весь потенциал здоровья, интеллекта, физической и творческой дееспособности закладывается и формируется преимущественно в детском возрасте, особенно в первые три года жизни ребенка [3, 4; 11]. В то

же время наблюдается изменение характера течения заболеваний у детей, появление их новых нозологических форм, возрастают уровни острой заболеваемости, увеличивается частота сочетанных и хронических форм заболеваний [14].

**Цель исследования:** систематизация литературных данных по проблеме взаимосвязи условий и образа жизни семьи с состоянием здоровья детей.

Формирование хронической патологии происходит постепенно под влиянием социально значимых факторов, приводя затем к возможному снижению трудовой активности и продолжительности жизни [5; 15]. В последнее время получил распространение термин «социопатическая семья» – семья, где родители (один или оба) ведут

в той или иной степени антисоциальный образ жизни, то есть находятся в заключении, страдают алкоголизмом и т.п. [2].

Различия в показателях здоровья детей выявлены в семьях с различным материальным положением. Так, исследование, проведенное Д.Ю. Лебедевым [9], дало возможность получить социально-гигиенический портрет бедной сельской семьи, воспитывающей детей. Основными характеристиками таких семей были: низкий уровень образования отцов и матерей, занятие преимущественно малоквалифицированным трудом, проживание в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях, незарегистрированном браке или неполной семье, низкий уровень доходов, наличие частых конфликтов, низкой медицинской активности. Примерно у 50% детей из бедных семей в показателях физического развития отмечалось отставание от нормы. Более 30,1% детей имели хроническую патологию [9; 16; 26].

По данным Т.В. Яковлевой с соавторами [22], в структуре заболеваемости по данным обращаемости детей дошкольного возраста из бедных семей на первом месте находились болезни органов дыхания, второе принадлежало болезням костно-мышечной системы, на последующих местах находились болезни системы кровообращения, а также эндокринной системы и нарушения обмена веществ. У мальчиков чаще регистрировалась нормосомия (дефицит массы тела) и низкий рост при нормальной массе тела. По результатам обследования установлено, что большинство детей из бедных семей не готовы к школьному обучению, а более 30% детей имели хроническую патологию, а более 50% – морфофункциональные нарушения [4; 22].

Установлено, что детям, родившимся в бедных семьях, в гораздо большей степени присущи признаки антиобщественного поведения. Однако, как только их родители получают возможность зарабатывать большие деньги и в результате финансовое положение семьи улучшается, поведение детей начинает укладываться в пределы нормы [21].

Устойчивость внутрисемейных отношений в значительной степени зависит от психологического климата в ней, в конечном итоге определяющего развитие как детей, так и взрослых. Однако состояние психологического климата не может быть неизменным, данным навсегда. Будет он благоприятным или неблагоприятным, зависит от поведения членов семьи, и именно от этого зависит, каким он будет. Таким образом, психологический климат семьи можно

определить как результат семейной коммуникации, то есть характерный для нее более или менее устойчивый эмоциональный настрой. Например, признаками благоприятного психологического климата являются: возможность всестороннего развития личности всех ее членов, высокая доброжелательная их требовательность друг к другу, чувство защищенности и эмоциональной удовлетворенности, гордость за принадлежность к своей семье, а также ответственность и сплоченность семьи [9].

Кроме того определяющими критериями наличия благоприятного психологического климата в семье является стремление всех ее членов к проведению свободного времени в домашнем кругу, общению на взаимноинтересные темы, выполнению домашней работы, одновременной открытости семьи, ее широким контактам. Так, только 13% детей из бедных семей воспитывается в условиях хорошего (благоприятного) психологического климата. В то же время в 28,3% отмечался плохой психологический климат [9]. Эксперты ВОЗ убедительно показали, что у детей, страдающих от недостаточного общения со взрослыми и их враждебного отношения, как и у детей, воспитывающихся в условиях семейного разлада, значительно чаще наблюдаются различные нарушения психического здоровья [23].

В то же время не были желанными 3,2% детей из бедных семей. Дети из таких семей чаще воспитывались одним родителем, чем дети в «богатых» семьях. В «бедных» семьях родители реже имели высшее образование, чем таковые в «богатых» семьях. В то же время чаще имеют временную работу родители в «бедных» семьях, а родители из «богатых» семей проявляют большую социальную активность в поисках работы и чаще, по сравнению с родителями из «бедных» семей, работают в других городах [11; 23].

В настоящее время неполная семья, многодетность определяют низкий материальный статус семьи [10; 13].

Большинство неполных семей составляют социально неблагополучные семьи, то есть семьи с комплексом факторов риска, в том числе и по состоянию здоровья. Социально-гигиеническими факторами, оказывающими негативное влияние на состояние здоровья детей из неполных семей, в первую очередь являются: низкий уровень материального положения семьи, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, неполноценное питание, низкий культурный уровень семьи. А также наличие неблагоприятного психологического микроклимата в семье, вредных привычек

у родителей, низкой физической активности детей, профессиональных вредностей у родителей, низкой самооценки и низкой мотивации к обучению детей, несоблюдение правил личной гигиены и низкая медицинская активность. Основные медико-биологические факторы риска, которые определяют состояние здоровья детей – это наличие пороков развития и сочетанной патологии у ребенка с раннего возраста, наследственной отягощенности, осложнений беременности и родов, дисгармоничного физического развития. В группу высокого риска отнесены дети из неполных семей, имеющие неудовлетворительную адаптацию и низкие компенсаторно-резервные возможности вследствие выраженной тревожности, раздражительности и высокой утомляемости, а также дисгармоничного физического развития в результате дефицита массы тела и низкого роста [7; 11]. Так, исследование, проведенное М.А. Пуниной с соавт. [1], показало, что 66,9% неполных семей питались нерегулярно, установлено преобладание в пищевом рационе хлебобулочных и макаронных изделий, крайне малое количество овощей и фруктов, напротив, в полных семьях такой закономерности не было установлено.

Наибольшая доля семей, проживающих в неблагоприятных жилищных условиях, была установлена в семьях одиноких матерей. По материальному положению большинство неполных семей (86,4%) относятся к низкому и очень низкому уровню обеспеченности [7; 8; 13].

Для женщин, имеющих внебрачных детей, был характерен более низкий уровень образования, чем женщин-матерей, воспитывающих детей в полной семье. В то же время среди матерей-одиночек был выше удельный вес занятых на работе более девяти часов, в связи с этим они могли уделить ребенку значительно меньше времени, в том числе на разговоры с ним о принципах охраны здоровья, здоровом образе жизни и профилактике заболеваний [19]. То есть подобные монородительские семьи характеризуются резким ухудшением психологического состояния матерей (как одного родителя), ощущением неуверенности в себе, чувством страха и раздражением из-за снижения материального благосостояния семьи. Для таких семей в значительной степени характерно формальное отношение к заботе о ребенке, матери из-за хронического дефицита времени и усталости мало интересуются жизнью ребенка, а бабушки и дедушки напротив нередко проявляют чрезмерную опеку [1].

Для детей из неполных семей по сравнению с полными были характерны более

частые случаи нарушения состояния здоровья, чаще наблюдалось формирование хронических заболеваний и функциональных нарушений, а в структуре заболеваний отмечалось преобладание болезней сердечно-сосудистой системы (30%), желудочно-кишечного тракта (26%), центральной нервной (25%) и костно-мышечной систем (20%) [24].

Структура заболеваемости детей, проживающих в неполных и полных семьях, по основным нозологическим формам была аналогичной, однако хроническая патология отмечалась в 1,5 раза чаще у детей из неполных семей, чем у таковых из полных семей. Чаще регистрировались нарушения гармоничности физического развития (дефицит массы тела, низкий рост), снижение показателей умственной и физической работоспособности как результат недостаточного уровня адаптационно-резервных возможностей [1; 23].

Уровень общей заболеваемости у детей в неполных семьях по классу психические расстройства и расстройства поведения в 2,3 раза выше, чем у детей, воспитывающихся в полных семьях, имея прямую корреляционную связь с уровнем заболеваемости матерей по этому классу болезней. Удельный вес детей с III группой здоровья в неполных семьях был в 1,4 раза выше, чем в полных семьях [7; 12].

Полнота охвата детей вакцинацией, что является одной из основных характеристик медицинской активности семьи, показала, что наибольшая доля детей (37%) не получила прививки в семьях, где отсутствовали оба родителя; 32% детей оставались непривитыми в семьях, воспитывающих ребенка без отца. По мере снижения уровня материальной обеспечения семьи, также уменьшалась доля вакцинированных детей [14].

Аналогичная ситуация прослежена и в многодетных семьях, где дети также отстают в показателях физического развития, имеют высокую заболеваемость, смертность [6; 18; 24]. Многодетные семьи в современной России переживают не лучшие времена: имеют место материальные затруднения, неудовлетворительные жилищные условия и проблемы с устройством на работу. Увеличение размера семьи пропорционально ведет к неизбежному прогрессированию проблем: наблюдается снижение уровня подушевого дохода на члена семьи, качества питания, одежды, нет возможности уделить должное внимание воспитанию и образованию детей [3; 6].

По данным М.В. Сафроновой, Е.В. Гавриловой [17], просоциальное поведение как неизбежная попытка защиты детей из мно-

годетных семей более выражено в случае отягощения многодетности низким уровнем материального дохода семьи. В таких семьях проблемы общения со сверстниками испытывали все дети независимо от социально-экономического статуса семьи.

Изучая медико-социальное состояние семей в зависимости от детности, С.В. Смердин [18] выявил характерные особенности таких семей, а именно:

- высокая доля неблагополучных семей по социальному состоянию, которое связано с состоянием риска и неблагополучным состоянием здоровья I степени – характерная черта малодетных семей;

- среднететные семьи относятся к группе медико-социального риска;

- появление семей неблагополучных по состоянию здоровья III–IV степени характерно для многодетных семей.

В работах М.А. Пуниной [1], Д.Ю. Лебедева [9] изучено влияние вредных привычек на состояние здоровья детей. По данным их исследований, умеренное потребление алкоголя (не чаще одного раза в неделю) отмечается в 2–3 % случаев. Аналогичный уровень установлен и для уровня с частотой потребления алкоголя несколько раз в неделю. Однако считать эти данные достаточно объективными достаточно сложно, поскольку не следует исключать, вполне возможное сокрытие адекватной информации о потреблении алкоголя чрезвычайно, так как реальные сведения об этом часто скрываются. Весьма вероятно, что, говоря о потреблении алкоголя только по праздникам и семейным торжествам, опрошенные лица относят к этим событиям и рядовые выпивки.

К сожалению, Россия относится к группе наиболее «курящих» среди индустриально развитых стран. Это факт доказывает то, что курящих мужчин в стране более 60 % и женщин почти 10 %. В последнее время наблюдается неблагоприятная динамика увеличения распространенности курения, особенно среди молодежи и женщин [25]. Однако курение матери со значительной степенью вероятности может привести к высокому риску низкого уровня здоровья детей и развитию у них хронических заболеваний.

Так, удельный вес курящих матерей (43 %) из «бедных» семей превалирует над таковым матерей из «богатых» семей (15 %). Из общего числа куривших матерей 33 % выкуривали более 10 сигарет в день. Более того в 25 % семей взрослые курили в присутствии ребенка. В то же время общеизвестно, что пассивное курение пагубно влияет на многие функции детского орга-

низма. Однако 4 % школьников из «бедных» семей и 3 % детей из «богатых» семей уже в той или иной степени приобщились к курению [1; 9; 25].

Таким образом, исследования, проведенные в области охраны здоровья детей, убедительно показали определяющее влияние социального неблагополучия на увеличение риска возникновения острых и хронических заболеваний низкого уровня физического, соматического, нервно-психического развития и нравственного здоровья, как закономерный результат развития у ребенка состояния хронического стресса на фоне функциональной и соматической незрелости организма.

#### Список литературы

1. Адаптация и психоэмоциональное состояние детей на третьем году обучения в школе, проживающих в неполных семьях / М.А. Пунина, Н.Н. Рябкина, З.В. Липень, О.А. Сивакова, В.Н. Шестакова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2010. – № 4. – С. 42–45.
2. Альбицкий В.Ю., Сигал Т.М., Ананьин С.А. Состояние здоровья детей из социопатических семей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1994. – № 1. – С. 8–11.
3. Бабенко А.И., Денисов А.П. Медико-социальные аспекты здоровья детей раннего возраста и их семей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 5. – С. 18–20.
4. Денисов А.П., Банюшевич И.А. Факторы, влияющие на состояние здоровья детей раннего возраста из различных типов семей // Омский научный вестник. – 2012. – № 2 (114). – С. 11–14.
5. Здоровье детей и подростков Сибири как основа формирования трудового потенциала региона / И.И. Новикова, Г.А. Оглезнев, В.А. Ляпин, Д.М. Плесовских // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 4. № S1. – С. 380–381.
6. Каракеева Г.Ж. Состояние здоровья детей из многодетных семей: дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2012. – 111 с.
7. Кеуш В.М. Особенности формирования неполных семей и состояние их здоровья в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2004. – 24 с.
8. Кислицына О.А. Жилищные условия и здоровье // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 6. – С. 23–34.
9. Лебедев Д.Ю. К вопросу о здоровье детей, проживающих в бедных семьях сельской местности // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. – 2011. – № 1. – С. 59–62.
10. Лежнина Ю.П. Социально-демографические особенности бедных в России // Социс. – 2014. – № 1. – С. 20–28.
11. Леонова И.А., Хомич М.М. Физическое развитие детей в семьях с различным материальным положением // Гигиена и санитария. – 2010. – № 2. – С. 72–74.
12. Ляпин В.А. Социально-гигиенические и экологические проблемы сохранения здоровья детской популяции // В сборнике: Актуальные проблемы здоровья населения Сибири: гигиенические и эпидемиологические аспекты. Материалы V межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2004. – С. 81–85.
13. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего возраста / А.П. Денисов, А.И. Бабенко, О.А. Кун, И.А. Банюшевич. – Омск, 2015. – 172 с.
14. Монахов М.В. Качество жизни семей с детьми и его влияние на заболеваемость и инвалидизацию детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 26 с.

15. Новикова И.И., Оглезнев Г.А. Современные проблемы здоровья детей // *Материалы Региональной научно-практической конференции: Общественное здоровье: стратегия развития в регионах Сибири* [под ред. В.Н. Денисова]. – 2002. – С. 29–30.
16. Оглезнев Г.А., Новикова И.И., Ляпин В.А. Социально-гигиенические и экологические проблемы сохранения здоровья детской популяции // *В сборнике: Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность (1904–1959–2004). Союз педиатров России; Научный центр здоровья детей РАМН.* – М., 2006. – С. 134–137.
17. Сафронова М.В., Гаврилова Е.В. Психическое здоровье и индивидуально-психологические особенности детей, воспитывающихся в многодетных семьях // *Ученые записки Российского государственного социального университета.* – 2010. – № 7. – С. 158–162.
18. Смердин С.В. Научное обоснование стратегии охраны здоровья семей с детьми в муниципальных образованиях Сибири: дис. ... д-ра мед. наук. – Красноярск, 2008. – 228 с.
19. Характеристика медико-социального статуса современных семей, воспитывающих детей / Н.А. Садовникова, Б.А. Поляков, Д.Л. Мушников, А.В. Наумов, Л.Г. Ананьина // *Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке».* – 2012. – Т. 14, № 1. – С. 164–166.
20. Харичкин Е.А. Право ребенка на семью // *Вестник Росздравнадзора.* – 2009. – № 2. – С. 30–35.
21. Шведовская А.А., Загвоздкина Т.Ю. Социально-экономический статус семьи и психическое развитие ребенка: зарубежный опыт исследования // *Психологическая наука и образование.* – 2013. – № 1. – С. 73–84.
22. Яковлева Т.В., Курмаева Е.А., Волгина С.Я. Состояние здоровья детей дошкольного возраста из бедных семей // *Вопросы современной педиатрии.* – 2008. – Т. 7, № 14. – С. 14–18.
23. Evaluation of a mental health outreach service for homeless families / V. Tischler, P. Vostanis, T. Bellerby et al. // *Arch. Dis. Child.* – 2002. – V. 86. – P. 158–163.
24. Factors influencing iron nutrition among one-year-old healthy children in Sweden / A.C. Bramhagen, J. Svahn, I. Hallstrom, I. Axelsson // *J. Clin. Nurs.* – 2011. – № 5. – P. 10.
25. Nelson R., Paynter J., Arroll B. Factors influencing cigarette access behaviour among 14-15-year-olds in New Zealand: A cross-sectional study // *Journal of Primary Health Care.* – 2011. – № 3 (2). – P. 114–122.
26. Wen M., Lin D. Child development in rural China: Children left behind by their migrant parents and children of nonmigrant families // *Child Development.* – 2012. – № 83 (1). – P. 120–136.