

УДК 614.2

DOI 10.22213/2413-1172-2017-4-122-126

И. А. Дымова, кандидат медицинских наук, доцент, Глазовский государственный педагогический институт имени В. Г. Короленко

А. А. Кароян, кандидат биологических наук, доцент, Глазовский инженерно-экономический институт (филиал) ИжГТУ имени М. Т. Калашникова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ МАЛОГО ГОРОДА

В руководствах по детским болезням до середины XX в. указывалось, что асептика и грудное вскармливание – альфа и омега формирования здоровья и успешного развития младенца. Это положение и сейчас остается основополагающим [1]. Однако в условиях современной техносферы ребенок стал развиваться под значительно возросшим влиянием взаимодействия социально-средовых и экологических факторов [2, 3].

Относительно здоровья детей под медицинской активностью подразумевают все действия членов семьи, непосредственно направленные на здоровье или совершаемые в связи со здоровьем семьи и ребенка.

Цель исследования

Изучить медико-социальный статус и уровень медицинской активности семьи, проживающей в условиях малого города.

Материал и методы исследования

Методом анкетирования изучили медико-социальную характеристику и условия среды пребывания и воспитания детей первого года жизни в 244 семьях. Проанализировали уровень медицинской активности по степени санитарно-гигиенической грамотности ее членов, посещению школ будущей и молодой мам, участию в периодических медицинских осмотрах, частоте и поводами обращения к врачу, поведением при заболевании, выполнением врачебных назначений и рекомендаций и т. д.

Современная семья в малом городе состоит в основном (87,8 %) из 3-4 человек, включая ребенка, и только 7,1 % семей – семьи более 5-6 человек. Одного ребенка имеют 55,7 % семей, двоих – 37,9 %, трех-четырех – 5,0 %, а пять и более детей – 1,4 % семей, что выше данных по Российской Федерации [4, 5].

Демографическое поведение населения малого города характеризуется низким уровнем внебрачной рождаемости и низким числом разводов (неполных семей 8,6 %) в отличие от крупных городов [6].

Среднемесячный доход на одного человека на уровне прожиточного минимума имеют 44,7 % семей, у 13,6 % семей доход выше прожиточного минимума в 1,5 и более раз, 41,7 % семей имели доход ниже прожиточного минимума, что характерно для всех регионов и является результатом социально-экономических преобразований в стране [7].

Высшее образование получили 22,9 % матерей и 27,5 % отцов, что является особенностью данного города. Среднее или среднее специальное образование имели 77,1 % будущих матерей.

По социальному положению будущие матери распределились следующим образом: 41,1 % – учащиеся, 33,9 % – домохозяйки, рабочие и служащие – 5,6 и 19,4 % соответственно.

В отдельных квартирах проживает две трети семей (66,6 %), в частном доме – 2,8 % семей, в коммунальных квартирах и общежитиях – по 15,3 %. Более половины числа семей (60,8 %) длительно живут в стесненных жилищных условиях, имея площадь ниже минимальных санитарных норм: 26,5 % – от 6 до 10 м, 12,7 % – более 10 м.

Анкетирование родителей и итоги выкопировки данных из медицинской документации позволили уточнить не только социально-гигиенические, но и медико-биологические факторы риска, влияющие на здоровье детей.

Важный фактор риска – возраст родителей, прежде всего матери [8]. Подавляющее большинство (63,2 %) женщин имели возраст от 19

до 27 лет, от 28 до 35 лет – 22,6 %, до 18 – 6,4 %, старше 35 лет – 7,8 %.

Риск неблагоприятного исхода беременности у женщин в возрасте до 18 лет и после 35 лет, соответственно, в 2-3 раза выше по сравнению с беременными от 19 до 35 лет. Достаточно часто позднее деторождение обусловлено необходимостью получить образование, добиться определенного общественного положения [9].

Переболели острыми вирусными инфекциями в 1-м триместре беременности 33,1 % женщин. Подавляющее большинство беременных женщин (92,9 %) имели осложнение течения беременности, в том числе анемию различной степени тяжести (75,7 %), 60,0 % – сочетанную патологию; 48,2 % из них пролечены в условиях стационара. Патологические роды имели 48,4 % рожениц. В 11,2 % случаев беременность разрешилась путем кесарева сечения.

Для внутриутробного развития плода как фактор риска имеет значение интервал между последней и данной беременностью [10, 11]. Повторную беременность имели 57,1 % респондентов. У 46,2 % из них данная беременность наступила в интервале менее года, у 23,8 % – от 1 до 2 лет, у 20,0 % и у 10,0 % от 3-5 и более 6 лет соответственно.

Регулирование рождаемости у большей части матерей осуществляется с применением медицинских аборт [16]; 40,0 % женщин, искусственно прервали предшествующую беременность.

У 13,6 % беременность разрешились срочными родами; 42,9 % женщин первородящие, 31,4 % – повторнородящие, 3 и более родов имели 5,7 % женщин.

Матери не владеют информацией о состоянии своего здоровья, ибо 84,6 % женщин сочли себя совершенно здоровыми. По данным медицинской документации, 38,8 % имеют хроническую патологию, а 13,4 % – сочетанную. Эти данные характеризуют отсутствие осведомленности о состоянии своего здоровья.

В современных условиях на наличие хронической патологии у детей наибольшее влияние оказывает состояние здоровья матери вне и в период беременности, а также характер ее трудовой деятельности во время беременности [17–20].

Об отношении беременной к здоровью будущего ребенка можно судить по своевременному обращению в женскую консультацию по поводу беременности данным ребенком, выполнением рекомендаций акушера-гинеколога и педиатра в период беременности данным ре-

бенком, в том числе отношением к назначенным препаратам и предложенной госпитализации при осложнениях беременности [21].

До 12 недель под наблюдением участкового акушера-гинеколога встали 83,6 % женщин. Придерживались рекомендованных режимных моментов 45,0 % женщин, 32,1 % строго придерживались рекомендаций по распорядку дня. У 55,8 % женщин продолжительность сна составила более 8 часов, менее 6 – у 10,6 %. Прогулки на свежем воздухе продолжительностью от трех и более часов осуществляли 34,4 %, 64,9 % – не более двух часов. Режим питания старались соблюдать все женщины из исследуемых семей. По другим данным обсуждаемые показатели значительно ниже [22, 23].

Наибольшую роль в защите от врожденных аномалий, рождения недоношенных, маловесных детей имеет питание женщины в период беременности и при подготовке к ней. Роль недостаточного или несбалансированного питания во время беременности сопоставима с отрицательной ролью генетических, активных химических или инфекционных факторов [24].

Подавляющее большинство (93,6 %) получали соответствующее рекомендациям питание (по мнению женщин). При анализе предпочитаемых блюд выявили, что 38,6 % семей питаются нерационально; 26,2 % практически не использовали в питании сыр, рыбу; 20,4 % семей в малом количестве употребляли масло растительное в натуральном виде, в избытке – сливочное. Из продуктов – источников полноценного белка животного происхождения – в основном 23,6 % семей потребляли мясопродукты, колбасы, яйцо. Для 24,4 % семей основным источником питания были макаронные изделия, крупы, картофель; 43,6 % родителей редко употребляли свежие овощи и фрукты, из фруктов, в основном, потреблялись яблоки, что свойственно для населения Российской Федерации [25, 26].

Таким образом, для малого промышленного города характерен низкий уровень условий жизни большей части населения, низкий уровень социальной и медицинской активности благосостояния семей при достаточно высоком уровне образования матерей и отцов.

Здоровье детей на 50 % и более зависит от образа жизни семей, прежде всего от ее медицинской активности, и является чувствительным индикатором социально-экономического развития общества [27–29]. Медицинская активность является основой первичной профилактики заболевания.

Образ жизни родителей и здоровье ребенка тесно взаимосвязаны; 98,8 % родителей положительно относились к здоровому образу жизни, однако 73,8 % отцов и 9,8 % матерей постоянно курят, 16,4 % пап и 2,9 % мам регулярно, т. е. практически ежедневно употребляли алкогольные напитки; 90,6 % семей охарактеризовали микроклимат в семье как доброжелательный.

Уровень медицинской активности семьи определяется степенью санитарно-гигиенической грамотности ее членов при организации вскармливания, ухода за грудным ребенком, посещением школ будущей и молодой мамы, участием их в периодических медицинских осмотрах, частотой и поводами обращений к врачу, поведением при заболевании, выполнением врачебных назначений и рекомендаций.

При изучении уровня санитарной культуры установили: 93,0 % родителей считают, что обладают определенным кругом медицинских знаний по профилактике заболеваний у детей, первой доврачебной помощи при неотложных состояниях. По мнению 25,0 % из них объем этих знаний оценен ими как достаточный. При экспертной оценке фактические знания квалифицированы еще ниже – 15,1 %.

Преимущественными источниками получения медицинских знаний для большинства семей (62,7 %), проживающих в условиях малого города, явились лекции, беседы с медицинскими работниками и СМИ.

Приобрести медицинские знания с целью вырастить своего ребенка здоровым, мотивировали 81,0 % женщин, 10,2 % женщин объясняют это состоянием здоровья ребенка, 2,9 % – по совету врачей.

До рождения ребенка 31,5 % женщин получили определенный объем медицинских знаний, 24,1 % – на первом году жизни, 3,8 % – после заболевания ребенка; 73,0 % женщин имели определенный объем знаний до рождения ребенка и стремились пополнять их на протяжении всего года жизни ребенка.

Отсутствие дома популярной медицинской литературы отметили 52,9 % семей.

Две трети (67,4 %) семей обращаются к медицинским работникам по собственной инициативе за советами по режиму дня, закаливанию, питанию, профилактике заболеваний, воспитанию детей.

Важнейшим элементом медицинской активности семьи является санитарно-гигиеническая грамотность родителей в организации ухода за ребенком грудного возраста [30–32].

При анализе режимных моментов выявили, что 30,0 % родителей (из числа анкетированных) обеспечивали пребывание ребенка на свежем воздухе свыше трех часов, менее часа – 5,7 %; наличие ежедневных прогулок – 62,7 % семей.

Регулярно проводили комплекс массажа и гимнастики детям на протяжении первого года жизни 68,4 % матерей, 5,7 % вышеперечисленные мероприятия не проводили.

Ежедневно купали ребенка 65,2 % семей. Закаливающие мероприятия ежедневно осуществляли 61,9 % матерей. При закаливании 56,5 % женщин предпочтение отдавали как воздушным ваннам, так и водным процедурам.

Проветривание и влажную уборку комнаты, где проживал ребенок, ежедневно осуществляли 54,1 % семей.

89,4 % матерей считали, что требования в семье по вопросам воспитания, режима, уходу, закаливанию едины. Оценили свою деятельность в организации ухода, режима дня и вскармливания как правильную (согласно возрасту) 94,7 и 77 % семей соответственно.

Изучили кратность посещения матерью с ребенком детской поликлиники. Так, подавляющее большинство (87,8 %) семей посещали поликлинику регулярно в рекомендованные медицинскими работниками сроки для профилактических осмотров, и с большей активностью (90,2 %) – для проведения профилактических прививок.

Таким образом, санитарно-гигиеническая грамотность родителей в организации ухода за ребенком первого года жизни явно недостаточная. Родители не владеют необходимым объемом знаний, что послужило завышением оценки своей деятельности по организации ухода за ребенком.

Анализ степени активности обращения за медицинской помощью в случае заболевания ребенка выявил, что каждая вторая (50,0 %) семья не обращалась к врачу, если не считали его состояние тяжелым.

В первые сутки при любом, даже незначительном заболевании ребенка за медицинской помощью обращаются 48,4 % семей, на вторые – 43,0 %, 8,6 % семей – позже.

В полном объеме рекомендации врача выполняют 61,4 % семей. Среди причин невыполнения 33,0 % женщин считали их выполнение необязательным, недоверие врачу высказали 11,7 %. Обеспечивали ребенка необходимыми лекарствами 55,8 % семей. Основной причиной, мешающей приобрести необходимые лекарства, 66,7 % женщин назвали отсутствие денег.

Подобающее большинство родителей медицинские средства при лечении ребенка используют строго по предписанию врача, 10,7 % руководствуются собственными знаниями или знаниями знакомых, родственников.

Все анкетированные семьи выразили удовлетворение от получаемой медицинской помощи, но 25,0 % из них лишь частично. Основной причиной недовольства большинство (93,4 %) указали на длительное ожидание в очереди к врачу, 6,6 % отметили неудобный график приема врача.

Состояние здоровья своего ребенка 57,4 % родителей оценивают как хорошее, 41,8 % склонны считать его удовлетворительным; 49,5 % матерей объяснили это отсутствием заболеваний в течение года, 8,2 % – наличием хронического заболевания, 42,3 % – наличие двух и более острых заболеваний в год.

Таким образом, медико-социальная характеристика семьи позволила нам выявить наиболее значимые факторы образа жизни семьи, характеризующие различные аспекты семейного уклада, влияющие на состояние здоровья детей. Современная ситуация характеризуется низким уровнем условий жизни большей части населения. Почти половина семей имеют доход ниже прожиточного уровня, и большая часть их проживает на площади ниже минимальных санитарных норм. Для малых промышленных городов свойствен достаточно высокий уровень образования матерей и отцов. В основном родители имеют возраст от 19 до 27 лет. В последние годы вырос показатель юных матерей. Семьи в основном имеют по одному ребенку.

Современную семью, проживающую в условиях малого города, характеризует низкий уровень культуры здорового образа жизни и медицинской активности, низкая осведомленность женщин в вопросах организации ухода за ребенком первого года жизни. Высок показатель семей нерегулярно осуществляющих проведение гигиенических ванн, закаливающих процедур, комплекса гимнастики, массажа, не соблюдающих выполнение режимных моментов, санитарно-гигиенических требований к помещению, где проживает ребенок.

Большинство матерей не владеют необходимым объемом медицинских знаний по профилактике заболеваний у детей.

Следовательно, определение мер по работе с семьей является важным условием для эффективной деятельности в системе охраны здоровья матери и ребенка. Полученные данные с учетом установленных медико-социальных причин и факторов, формирующих здоровье, позволят

обосновать дифференцированный подход к разработке и использованию эффективных организационно-образовательных мероприятий, направленных на улучшение здоровья детей, через деятельность участкового врача-педиатра.

Библиографические ссылки

1. Мазурин А. В., Воронцов И. М. Пропедевтика детских болезней. СПб. : Фолиант, 1999. 928 с.
2. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. М. : Династия, 2003. 512 с.
3. Мазурин А. В., Воронцов И. М. Указ. соч.
4. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В. Ю. Альбицкий, А. Н. Юсупова, Е. И. Шапарова, И. М. Волков. Казань, 2001. 238 с.
5. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Указ. соч.
6. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Образ жизни и здоровье детей // Педиатрия. 1990. № 7. С. 61–69.
7. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Указ. соч.
8. Вихристюк Г. И. Влияние социальных и биологических факторов на здоровье новорожденного и детей первых двух лет жизни : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1973. 23 с.
9. Профессия родителей – важный фактор влияния на здоровье детей / С. В. Белякова [и др.] // Гигиена и санитария. 1990. № 7. С. 15–18.
10. Вихристюк Г. И. Указ. соч.
11. Шадрин С. Г. Применение новых организационных технологий в охране здоровья женщин и детей Удмуртской Республики // Здравоохранение ПФО. 2002. № 1. С. 27–30.
12. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России.
13. Васильева Т. П., Посисеева Л. В., Кулигин О. В. Комплексная оценка репродуктивного поведения, здоровья и образа жизни семьи : учеб.-метод. пособие. Иваново, 2001. 49 с.
14. Вихристюк Г. И. Указ. соч.
15. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Указ. соч.
16. Молчанова Л. Ф. Влияние образа жизни семьи на здоровье детей // Педиатрия. 1990. № 3. С. 72–77.
17. Орел В. И. Медико-социальные и организационные проблемы формирования здоровья детей в современных условиях : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998. 56 с.
18. Ладодо К. С., Нетребенко О. К. Социально-экономический статус семьи, влияние на питание и здоровье ребенка // Вопросы питания. 1991. № 1. С. 42.
19. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Указ. соч.
20. Батуринов А. К. Питание населения России в 1989–1993 гг. // Вопросы питания. 1994. С. 4–8.
21. Волгарев М. Н., Батуринов А. К. Мониторинг питания России. Эпидемиология алиментарно зависимых заболеваний питания в Российской Федерации // Политика в области здорового питания в России : сборник материалов междунар. конф. М., 1997. С. 14.
22. Ладодо К. С., Нетребенко О. К. Указ. соч.

23. Лисицин Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М. : ГЭОТАР ; АЛМЕД, 2002. 520 с. : ил.
24. Молчанова Л. Ф. Указ. соч.
25. Усачев Н. С. К уточнению понятия «медицинская активность» // Советское здравоохранение. 1990. № 8. С. 41–45.
26. Лисицин Ю. П. Указ. соч.
27. Молчанова Л. Ф. Указ. соч.
28. Усачев Н. С. Указ. соч.

References

1. Mazurin A. V., Voroncov I. M. (1999). *Propedeutika detskikh boleznej* [Propedeutics of childhood diseases]. St. Petersburg: Foliant (in Russ.).
2. Baranov A. A., Al'bickij V. Yu. (2003). *Social'nye i organizacionnye problemy pediatrii* [Social and organizational problems of pediatrics]. Moscow : Dynasty.
3. Mazurin A. V., Voroncov I. M. (1999). Op. cit.
4. Al'bickij V. Yu., Yusupova A. N., Sharapova E. I., Volkov I. M. (2001). *Reproduktivnoe zdorov'e i povedenie zhenshchin Rossii* [Reproductive health and behavior of women in Russia]. Kazan (in Russ.).
5. Baranov A. A., Al'bickij V. Yu. (2003). Op. cit.
6. Lisicin Yu. P., Polunina, N. V. (1990). *Pediatriya* [Pediatrics], no. 7, pp. 61-69 (in Russ.).
7. Baranov A. A., Al'bickij V. Yu. (2003). Op. cit.
8. Vihristyuk G. I. (1973). *Vliyanie social'nykh i biologicheskikh faktorov na zdorov'e novorozhdennoho i detej pervykh dvuh let zhizni* [Influence of social and biological factors on the health of the newborn and children of the first two years of life], abstract of PhD thesis. Kharkiv (in Russ.).
9. Belyakova S. V. (1990). *Gigiena i sanitariya* [Hygiene and sanitation], no. 7, pp. 15-18 (in Russ.).
10. Vihristyuk G. I. (1973). Op. cit.
11. Shadrin S. G. (2002). *Zdravoohranenie PFO* [Health PFD], no. 1, pp. 27-30 (in Russ.).
12. Al'bickij V. Yu., Yusupova A. N., Sharapova E. I., Volkov I. M. (2001). Op. cit.
13. Vasil'eva T. P., Posiseeva L. V., Kuligin O. V. (2001). *Kompleksnaya ocenka reproduktivnogo povedeniya, zdorov'ya i obraza zhizni sem'i* [Comprehensive assessment of reproductive behavior, health and lifestyles of the family]. Ivanovo (in Russ.).
14. Vihristyuk G. I. (1973). Op. cit.
15. Lisicin Yu. P., Polunina N. V. (1990). Op. cit.
16. Molchanova L. F. (1990). *Pediatriya* [Pediatrics], no. 3, pp. 72-77 (in Russ.).
17. Orel V. I. (1998). *Mediko-social'nye i organizacionnye problemy formirovaniya zdorov'ya detej v sovremennykh usloviyakh* [Medico-social and organizational problems of the formation of children's health in modern conditions], abstract of DSc science. St. Petersburg (in Russ.).
18. Ladodo K. S., Netrobenko O. K. (1991). *Voprosy pitaniya* [Nutrition issues], no. 1, pp. 42 (in Russ.).
19. Lisicin Yu. P., Polunina N. V. (1990). Op. cit.
20. Baturin A. K. (1994). *Voprosy pitaniya* [Nutrition issues], pp. 4-8 (in Russ.).
21. Volgarev M. N., Baturin A. K. (1997). *Monitoring pitaniya Rossii. Epidemiologiya alimentarno zavisiemykh zabozevanii pitaniya v Rossiiskoi Federatsii* [Monitoring of nutrition in Russia. Epidemiology of nutritional disorders in the Russian Federation]. Proceedings of the *Politika v oblasti zdorovogo pitaniya v Rossii*, p 14. Moscow (in Russ.).
22. Ladodo K. S., Netrobenko O. K. (1991). Op. cit.
23. Lisicin Yu. P. (2002). *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie* [Public health and health]. Moscow : GEOTAR ; ALMED (in Russ.).
24. Molchanova L. F. (1990). Op. cit.
25. Usachev N. S. (1990). *Sovetskoe zdavoohranenie* [Soviet health care], no. 8, pp. 41-45 (in Russ.).
26. Lisicin Yu. P. (2002). Op. cit.
27. Molchanova L. F. (1990). Op. cit.
28. Usachev N. S. (1990). Op. cit.