

УДК 616-0.53.3+614.1:612.6

**ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ****Романкова Ю.Н., Аджигеримова Г.С., Ярославцев А.С.***ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»,  
Астрахань, e-mail: yarastr@mail.ru*

С помощью выборочного социологического исследования на базе школ Астраханской области оценивалось влияние некоторых социально-гигиенических факторов на состояние здоровья детей в возрасте до 14-ти лет. Было опрошено с применением специально разработанной анкеты 420 школьников, а также их родителей. Достоверность различий между процентными соотношениями здоровых и больных детей из семей с различными условиями и образом жизни определялась на основании критерия Стьюдента. Различия считались достоверными, если критерий Стьюдента ( $t$ ) был равен или превышал 1,96. В результате проведенного исследования установлено влияние на здоровье детей таких факторов, как состояние здоровья матери при вынашивании и рождении ребенка; способ вскармливания; количество детей в семье; полные и неполные семьи; благосостояние семьи; продолжительность сна; прогулки на свежем воздухе; количество времени, проводимого за компьютером; двигательная активность.

**Ключевые слова:** условия и образ жизни, здоровье, дети**CHARACTERISTICS OF MEDICAL SOCIAL FACTORS, CONDITIONS AND LIFESTYLE AS A RISK FACTOR FOR CHILDREN'S HEALTH****Romankova Y.N., Adzhigerimova G.S., Yaroslavtsev A.S.***Astrakhan state medical academy, Astrakhan, e-mail: yarastr@mail.ru*

With the help of selective sociological research the effect of some socio-hygienic factors on the health of children under the age of 14 was evaluated based on Astrakhan region schools. 420 students and their parents were interviewed using a specially designed questionnaire. The significance of differences between the percentages of healthy and sick children from families with different conditions and way of life were determined based on Student's test. Differences were considered to be significant if the t-test ( $t$ ) was equal to or exceeded 1,96. The research found an impact of different factors on children's health such as a state of health of the mother during pregnancy and childbirth, feeding method, the number of children in the family, nuclear and one-parent families, family welfare, sleep duration, walking outdoors, time spent in computer; physical activity.

**Keywords:** conditions and lifestyle, health, children

На формирование здоровья детей оказывает влияние большое количество социально-гигиенических факторов. В том числе факторы медико-демографического порядка, а также факторы социально-экономического и психологического порядка. Произошедшие за последние десятилетия социально-экономические преобразования в нашей стране значительным образом повлияли на уклад и образ жизни городского населения, в том числе детей. Изучение условий проживания, а также образа жизни современных городских детей и их влияния на состояние здоровья представляется нам актуальной и необходимой частью комплексной оценки факторов риска заболеваемости [2, 3].

**Материалы и методы исследования**

Для изучения медико-социальных особенностей образа жизни детей и состояния их здоровья было проведено выборочное социологическое исследование на базе школ Астраханской области с использованием специально разработанной анкеты. Было опрошено 420 детей в возрасте от 6 до 14 лет, а также их родителей. В анкету также вошли данные о группе здоровья ребенка, взятые из его медицинской карты. Практически здоровыми (далее – здоровыми) считались дети 1–2 групп здоровья. Для оценки достовер-

ности различий между долевым соотношением здоровых и больных детей применяли параметрический критерий Стьюдента ( $t$ ). Различия считались достоверными, если ( $t$ ) был равен или превышал 1,96.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Материалом для изучения социально-экономических и гигиенических условий образа жизни исследуемых контингентов послужили данные проведенного анкетирования.

В проведенном нами социологическом исследовании самой многочисленной была группа детей в возрасте 10-ти лет – 16,01%, в том числе среди мальчиков – 15,15% и среди девочек – 17,35%. Дети, относящиеся к 1 и 2 группам здоровья составляли 38,0%, в том числе 27,5% среди мальчиков и 56,2% среди девочек. Наибольшая доля здоровых детей (1–2 групп здоровья) приходилась на возраст 7 лет – 53,3% от числа детей данного возраста, в том числе среди мальчиков – 39,4% и среди девочек – 77,2%. Наименьшее число здоровых детей приходилось на возраст 14 лет – 19,4%, от числа детей данной возрастной группы, в том числе среди мальчиков – 12,0% и среди девочек 36,4%.

Среди опрошенных семей матери рабочих специальностей составляли 24,6%, служащие – 41,3% и домохозяйки – 27,9%. Среди отцов рабочие и служащие составляли 40,6 и 34,1% соответственно, 15,1% приходилась на военнослужащих. Из числа опрошенных учащимися являлись 6,2% матерей и 10,2% отцов. По уровню образования преобладали родители со средним специальным и высшим образованием.

Состояние здоровья матери во многом определяет здоровье рожденного ими ребенка. Доказано, что слабое нервно-психическое здоровье детей обусловлено патологией беременности и родов у матери, отрицатель-

ными чертами характера отца, проживанием в коммунальной квартире и т.д. [1, 5].

Проведенный нами опрос показал, что на момент вынашивания и рождения ребенка 15,0% матерей имели хронические заболевания, такие как болезни сердечно-сосудистой системы, глаз и гинекологические заболевания. У женщин, имевших хроническую патологию при вынашивании и рождении ребенка, на момент опроса здоровыми оказались 29,7% детей, тогда как среди не имевших хронических заболеваний доля здоровых детей была 48,2%. Критерий Стьюдента ( $t$ ) равен 2,92. Результаты обработки проведенного социологического исследования приведены в таблице.

Основные биологические и социально-гигиенические факторы, влияющие на формирование здоровья детей в возрасте 0–14 лет

1	Здоровые дети (%)	Больные дети (%)	( $t$ )
2	3	4	
<i>1. Наличие проблем со здоровьем у матери</i>			
Матери, имевшие хроническую патологию	29,7	70,3	$t = 2,92$
Матери не имевшие хронической патологии	48,2	51,8	
<i>2. Возраст матери на момент рождения ребёнка</i>			
18–34 года	44,7	55,3	$t_{1,2} = 0,58;$ $t_{1,3} = 0,65;$ $t_{2,3} = 0,15$
Старше 35 лет	38,2	61,8	
Моложе 18 лет	35,5	64,5	
<i>3. Раннее искусственное вскармливание</i>			
На искусственном вскармливании с рождения	36,8	63,2	$t = 2,08$
На грудном вскармливании более года	58,2	41,8	
<i>4. Количество детей в семье</i>			
1 ребенок в семье	48,6	51,4	$t_{1,2} = 2,06;$ $t_{1,3} = 1,13;$ $t_{2,3} = 0,44$
2–3 ребенка в семье	38,5	61,5	
Более 3 детей в семье	32,1	67,9	
<i>5. Полные и неполные семьи</i>			
Дети из неполных семей	35,4	64,6	$t = 2,07$
Дети из полных семей	46,8	53,2	
<i>6. Благосостояние семьи</i>			
Дети из бедных семей	30,6	69,4	$t = 2,04$
Дети из богатых семей	44,5	55,5	
<i>7. Жилищные условия</i>			
Хорошие и отличные	48,5	51,5	$t_{1,2} = 1,21;$ $t_{1,3} = 2,28;$ $t_{2,3} = 1,40$
Удовлетворительные	42,2	57,8	
Неудовлетворительные	31,7	68,3	
<i>8. Внутрисемейные отношения</i>			
Доброжелательные	48,2	51,8	$t = 0,21$
Недоброжелательные	46,4	53,6	
<i>9. Продолжительность сна</i>			
Меньше 6 часов	46,4	53,6	$t_{1,2} = 1,49;$ $t_{1,3} = 1,98;$ $t_{2,3} = 0,67$
6–7 часов	49,7	50,3	
8–9 часов	51,6	48,4	
<i>10. Частота прогулок на свежем воздухе</i>			
Гуляют каждый день	51,2	48,8	$t_{1,2} = 0,25;$ $t_{1,3} = 0,75;$ $t_{2,3} = 0,74$
Гуляют 3–4 раза в неделю	42,1	45,9	
Гуляют 1–2 раза в неделю	36,2	63,8	

## Окончание таблицы

1	2	3	4
<i>11. Ежедневный просмотр телепередач</i>			
Менее 2 ч в день	48,6	51,4	$t_{1,2} = 0,25;$ $t_{1,3} = 0,75;$ $t_{2,3} = 0,74$
2–3 ч в день	46,8	53,2	
Более 3 ч в день	42,5	57,5	
<i>12. Время, проводимое за компьютером</i>			
Менее 2 ч в день	49,6	50,4	$t_{1,2} = 0,58;$ $t_{1,3} = 1,98;$ $t_{2,3} = 1,35$
2–3 ч в день	46,3	53,7	
Более 3 ч в день	37,5	62,5	
<i>13. Занятие спортом</i>			
Занимаются спортом	66,2	33,8	$t = 2,54$
Не занимаются спортом	48,3	51,7	

Возраст матери при рождении ребенка является одним из факторов, оказывающих влияние на здоровье потомства. Неблагоприятным для первородящих является возраст старше 35 лет и моложе 18 лет. Среди обследованных семей 92,4% матерей на момент рождения ребенка были в возрасте 18–34 года, 4,8% – старше 35 лет, и 2,8% – моложе 18 лет. Среди матерей, родивших в возрасте 18–34 года, здоровыми оказались 44,7% детей. Среди матерей, родивших в возрасте старше 35 лет, только 38,2% детей были здоровыми. Среди матерей, родивших в возрасте моложе 18-ти лет, здоровыми оказались всего лишь 35,5% детей ( $t_{1,2} = 0,58; t_{1,3} = 0,65; t_{2,3} = 0,15$ ).

Характер вскармливания на первом году жизни играет немаловажную роль в моменте возникновения и протекания первой ОРВИ, так, при грудном вскармливании первая ОРВИ у ребенка возникает в возрасте 1–3 лет, при раннем смешанном – в возрасте первых 6–12 месяцев, а при раннем искусственном – в возрасте первых 6 месяцев жизни [4].

По полученным данным, 10,5% детей находились на искусственном вскармливании с рождения, 16,1% отлучены от груди в возрасте до 2-х месяцев, 42,4% – в возрасте от 2 до 6 месяцев, 20,2% – в возрасте от 6 до 12 месяцев, и только 10,8% детей получали грудное вскармливание более года. Наиболее выражено прослеживается доля здоровых и детей с патологией в двух группах: группе, находившейся на искусственном вскармливании, и группе, получавшей грудное вскармливание более года.

Среди находившихся на искусственном вскармливании здоровыми оказались лишь 36,8% детей, тогда как среди получавших грудное вскармливание более года доля здоровых детей составляла 58,2% ( $t = 2,08$ ).

По количеству детей в семье обследованные семьи распределились следующим образом: 43,9% семей имеют одного ребенка, 53,5% семей – 2–3 ребенка, а 2,6% семей – более трех детей. В семьях с одним ребенком доля здоровых детей составляла 48,6%. В семьях, где росли 2–3 ребенка, доля здоровых детей была несколько ниже – 38,5%, и самая низкая доля здоровых детей отмечалась в семьях, в которых воспитывались более трех детей – 32,1% ( $t_{1,2} = 2,06; t_{1,3} = 1,13; t_{2,3} = 0,44$ ).

Среди опрошенных матерей 12,2% родили ребенка, не будучи замужем, и до настоящего времени замуж не вышли, 8,2% родили ребенка без мужа, но после рождения ребенка вышли замуж, 10,5% матерей были в разводе, 1,7% составили вдовы. Таким образом, 24,4% семей на момент опроса характеризовались как неполные.

Среди детей, воспитывающихся в неполных семьях, здоровыми оказались 35,4%, тогда как в полных семьях доля здоровых детей составляла 46,8% ( $t = 2,07$ ).

Анализ распределения семей по уровню материального благосостояния показал, что у 7,4% семей денег не хватает даже на нормальное питание. У 17,5% денег хватает только на нормальное питание, большинству – 52,6% – денег хватает только на питание и приобретение товаров первой необходимости, 19,2% отметили, что живут достаточно хорошо, а 3,3% указали, что у них проблем с деньгами нет. Таким образом, 24,9% семей Астраханской области могут быть отнесены к бедным, а 22,5% – к обеспеченным семьям. В результате опроса установлено, что доля здоровых детей из бедных семей была значительно меньше, чем из богатых семей и составляла 30,6 и 44,5% соответственно ( $t = 2,04$ ).

Немаловажное влияние на здоровье оказывает и такой представительный

показатель семейного благосостояния, как жилищные условия.

Анализ связей между состоянием здоровья детей (1, 2, 3 групп здоровья) и уровнем жилищных условий показывает, что в семьях, проживающих в неудовлетворительных жилищных условиях, число детей с третьей группой здоровья достоверно выше, чем в семьях, проживающих в хороших жилищных условиях (Т.М. Максимова с соавт., 2004).

Результаты проведенного социологического опроса показали, что 12,4% семей проживают в плохих и 40,5% – в удовлетворительных жилищных условиях. Вместе с тем 41,2% семей живут в хороших и 5,9% – в отличных жилищных условиях.

В семьях, проживающих в хороших и отличных жилищных условиях, доля здоровых детей составляла 48,5%. В семьях, назвавших свои жилищные условия как удовлетворительные, доля здоровых детей составляла 42,2%. В семьях, оценивавших свои жилищные условия как неудовлетворительные, доля здоровых детей была 31,7% ( $t_{1,2} = 1,21$ ;  $t_{1,3} = 2,28$ ;  $t_{2,3} = 1,40$ ).

В большинстве обследованных семей (91,4%) сложились хорошие, доброжелательные внутрисемейные отношения, вместе с тем в 2,5% семей внутрисемейные отношения безразличные, в 5,3% – напряженные, в 1,8% семей возникают частые конфликты. Таким образом, в 91,4% семей сложились доброжелательные отношения и в 9,6% семей отношения были не доброжелательными.

В семьях с доброжелательным климатом здоровых детей оказалось 48,2%, тогда как в семьях с недоброжелательным климатом их было несколько меньше – 46,4% ( $t = 0,21$ ).

В ходе проведения социологического опроса были проанализированы некоторые элементы здорового образа жизни детей.

Как показал анализ результатов анкетирования, средняя длительность сна у 4,2% детей составляет менее 6 часов в сутки, для 30,1% лиц длительность сна составляет 6–7 часов, для большинства – 50,5% лиц – 8–9 часов, и для 15,2% лиц – более 9 часов.

Наибольшая доля здоровых детей находилась в группе, чей сон составлял 8–9 часов – 51,6%, затем в группе с продолжительностью сна 6–7 часов – 49,7%, меньше 6 часов – 46,4% и меньше всего здоровых детей было в группе, чей сон составлял более 9 часов – 35,7% ( $t_{1,2} = 0,26$ ;  $t_{1,3} = 0,42$ ;  $t_{1,4} = 0,81$ ;  $t_{2,3} = 0,33$ ;  $t_{2,4} = 1,87$ ;  $t_{3,4} = 2,30$ ).

Ежедневно гуляют на свежем воздухе 68,2% детей, 3–4 раза в неделю 20,5% детей, 1–2 раза в неделю 11,3% детей.

Наибольшая доля здоровых (I и II групп здоровья) выявлена среди детей, регулярно гуляющих на свежем воздухе – 48,8%. Среди детей, гуляющих на свежем воздухе 3–4 раза и 1–2 раза в неделю, здоровыми оказались 42,1 и 38,2% соответственно ( $t_{1,2} = 1,49$ ;  $t_{1,3} = 1,98$ ;  $t_{2,3} = 0,67$ ).

Наибольшее количество больных детей оказалось в группе, которая совершает прогулки на свежем воздухе 1–2 раза в неделю.

Анализ результатов исследования длительности просмотра телепередач показал, что основная масса детей смотрит телепрограммы 2–3 часа в день – 61,7%. Менее 2 часов в день телепередачи смотрят 14,5% детей и более 3 часов – 23,8%. Наибольший удельный вес здоровых детей (48,6%) выявлен в группе подростков, которые ежедневно просматривают телепередачи менее 2 часов в день. Среди тех, кто смотрит телевизор 2–3 часа в день, здоровыми оказались 46,8%. Меньше всего здоровых детей было в группе смотрящих телевизор более 3 часов в день – 42,5% ( $t_{1,2} = 0,25$ ;  $t_{1,3} = 0,75$ ;  $t_{2,3} = 0,74$ ).

Среди обследованных детей 46,8% имеют дома компьютеры. Из них работают с компьютером менее 2-х часов 44,5% отививших, 2–3 часа – 32,2%, более 3-х часов – 23,3% детей. Чем меньше времени дети проводят за компьютером, тем выше удельный вес здоровых детей. Так, среди тех, кто занимается с компьютером менее 2-х часов в день, выявлено 49,6% здоровых детей, 2–3 часа – 46,3% и более 3-х часов – 37,5% ( $t_{1,2} = 0,58$ ;  $t_{1,3} = 1,98$ ;  $t_{2,3} = 1,35$ ).

Анализ результатов анкетирования показал, что в спортивных секциях занимаются 25,0% детей и 75% не посещают спортивные секции. Среди детей, занимающихся спортом 66,2% – это здоровые дети. Среди детей, не занимающихся спортом, здоровыми оказались 48,3% ( $t = 2,54$ ).

### Заключение

В результате проведенного исследования установлено статистически достоверное влияние на здоровье детей таких факторов, как состояние здоровья матери при вынашивании и рождении ребенка; способ вскармливания; количество детей в семье; полные и неполные семьи; благосостояние семьи; продолжительность сна ребенка; прогулки на свежем воздухе; количество времени, проводимого за компьютером; двигательная активность.

### Список литературы

1. Камилова Р.Т. Влияние социально-гигиенических факторов условий жизни детей школьного возраста на уровень их физического развития // Гигиена и санитария. – 2001. – № 6. – С. 52–55.

2. Маркова А.И., Ляхович А.В. О представлениях и реальном поведении по отношению к своему здоровью московских школьников: результаты социологического исследования // Вопр. совр. педиатрии. – 2010. – № 6. – С. 9.

3. Молчанова, Л.Ф. Качество жизни отдельных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения: монография / Л.Ф. Молчанова, Н.С. Стрелков, Е.А. Кудрина, С.А. Косарев, И.М. Кайдалова. – Ижевск, 2008. – 240 с.

4. Сокович О.Г. Предотвратимые потери здоровья при болезнях органов дыхания у детей: (клинико-социальное исследование по материалам г. Красноярск): автореф. дис. ... канд. мед. наук; [ИЦ здоровья детей РАМН]. М., 2009. – 24 с.

5. Сухарев А.Г., Каневская Л.Я., Рябова Л.В., Шелони-на О.А., Мамчур Н.Н. Методология комплексной оценки условий воспитания и обучения детей и подростков // Гигиена и санитария. – 2000. – № 4. – С. 33–36.

### References

1. Kamilova R.T. *Gigiena i sanitarija*, 2001, no. 6, pp. 52–55.

2. Markova A.I., Ljahovich A.V. *Voпр. совр. pediatrii*, 2010, no. 6, p. 9.

3. Molchanova, L.F., Strelkov N.S., Kudrina E.A., Kosarev S.A., Kajdalova I.M. *Kachestvo zhizni ot del'nyh vozrastno-polovyh, social'nyh i professional'nyh grupp naselenija*:

monografija [Quality of life of separate age and sexual, social and professional groups of the population: monograph]. Izhevsk, 2008. 240 p.

4. Sokovich O.G. *Predotvra/imye poteri zdorov'ja pri boleznyah organov dyhaniya u derej: (kliniko-social'noe issledovanie po materialam g. Krasnojarska)* [Preventable losses of health at diseases of respiratory organs at children: (kliniko-social research on materials of Krasnoyarsk)]: avtoref. dis. na soisk. uchen. step. kand. med. nauk: [Scientific center of health of children Russian academy of medical sciences]. Moscow, 2009. 24 p.

5. Suharev A.G., Kanevskaja L.Ja., Rjabova L.V., Shelonina O.A., Mamchur N.N. *Gigiena i sanitarija*, 2000, no. 4, pp. 33–36.

### Рецензенты:

Симонов С.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой физиологии, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинского института Тамбовского государственного университета им. Г.Р. Державина, г. Тамбов;

Кiryushin В.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой профильных гигиенических дисциплин, ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань.

Работа поступила в редакцию 16.12.2013.