

Т.М. Максимова

**Социальный  
градиент  
в формировании  
здоровья  
населения**

# Тамара Михайловна Максимова

## Социальный градиент в формировании здоровья населения

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=12007712](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=12007712)*

*Социальный градиент в формировании здоровья населения: ПЕР СЭ;*

*Москва; 2005*

*ISBN 5-9292-0143-9*

### **Аннотация**

Здоровье населения, динамика его развития на ближайший и долгосрочный периоды во всех странах цивилизованного мира являются основными, когда встает вопрос об уровне и перспективах развития общества (О.П. Щепин и др., 1997). Здоровье и жизнь – это блага, которые должны минимально различаться в разных группах, слоях населения и странах, и общество должно быть озабочено необходимостью сокращения неравенства в здоровье и осуществлять для этого необходимые меры.

# Содержание

Введение	5
1. Социальный градиент в формировании здоровья детей	18
2. Состояние и динамика здоровья детей раннего возраста[4]	37
Конец ознакомительного фрагмента.	39

**Т. М. Максимова**  
**Социальный градиент**  
**в формировании**  
**здоровья населения**

© Т.М. Максимова, 2005

© ООО «ПЕР СЭ», оригинал-макет, оформление, 2005

\* \* \*

# Введение

Здоровье населения, динамика его развития на ближайший и долгосрочный периоды во всех странах цивилизованного мира являются основными, когда встает вопрос об уровне и перспективах развития общества (О.П. Щепин и др., 1997). Здоровье и жизнь – это блага, которые должны минимально различаться в разных группах, слоях населения и странах, и общество должно быть озабочено необходимостью сокращения неравенства в здоровье и осуществлять для этого необходимые меры.

В современном российском обществе происходит трансформация, которая характеризуется формированием новой социальной структуры, расслоением населения. Значимость, масштабность и мобильность дифференциации в обществе свидетельствует о необходимости исследования, измерения и подтверждения влияния этого фактора, прежде всего, с точки зрения оценки воздействия на состояние здоровья населения в разных его группах. Необходимо и осознание проблемы социального неравенства, исследование его причин и последствий, выявление основных проблем здоровья и проблемных групп, требующих действительной социальной поддержки. Не случайно, на ближайшую перспективу важнейшей задачей общества признана борьба с бедностью. Величина доли населения с доходом ниже прожиточного мини-

мума в последние годы хотя и имеет тенденцию к снижению (1999 г. – 28,3 %, 2000 г. – 28,9 %, 2001 г. – 27,3 %, 2002 г. – 24,2 %), но остается достаточно высокой и в 2003 г. – 20,6 % (Госкомстат, 2004)<sup>1</sup>, и в 2005 г. – 25 млн чел.

Разрыв в показателях здоровья резко выражен между странами мира. W. Farr писал еще в 1866 году (цит. по F. Diderichen и др., 2004), что никакие вариации в состоянии здоровья населения Европейских государств не случайны: они непосредственно вытекают из физических и политических условий жизни наций.

Сегодня большинство ученых признает, что расслоение населения внутри страны – это реальность. Еще К. Маркс писал, что это является объективным законом, и накопление богатства на одном полюсе является в то же время накоплением нищеты, мук труда, невежества и моральной деградации на противоположном. Для разных групп населения характерны резкие различия в доступе к материальным ценностям, культуре, при этом социальная мобильность имеет ограниченные рамки: большинство людей остается по своему положению близким к семье, из которой они вышли (Э. Гидденс, 1992).

В последние годы в зарубежной литературе для характеристики особенностей и проблем здоровья в группах, от-

---

<sup>1</sup> В канадской статистике, например, отсутствует показатель «черта бедности», т. к. считается, что действующая в стране социальная политика не допускает возникновения реальной нищеты (Л.А.Немова, 2004).

личающихся по социально-экономическому положению, используется понятие «социального градиента», определяющего направленность отклонений в здоровье с изменением социального статуса (M.Marmot, R.Wilkinson, 1999).

Выраженные различия ряда характеристик здоровья в группах населения, отличающихся по социально-экономическому статусу, были выявлены отечественными учеными в начале 20 века. С.А. Новосельский описал на материалах 1909–1912 гг. (опубликовано в 1958 г.) устойчивые и односторонние изменения показателей смертности по мере изменения социального статуса: 3—4-кратное превышение смертности от инфекционных болезней среди наиболее бедного населения по сравнению с наиболее обеспеченными, двукратное превышение смертности от болезней органов дыхания, болезней мочевых органов, несчастных случаев (при обратном соотношении смертности от самоубийств) и практически одинаковые уровни смертности от болезней сердца и сосудов, аппендицита. Фактически это одно из первых в мире исследований, выявивших так называемый социальный градиент как закономерность.

В 1885 г. было завершено классическое исследование Ф.Ф. Эрисмана «Физическое развитие фабричных рабочих Центральной России», где наглядно показаны особенности физического развития в разных производственных группах. Материалы других исследований (М.И. Берлинерблау) выявили, что средний рост детей школьного возраста из разных

словес общества существенно отличался – наиболее высокий рост у гимназистов, существенно ниже были соответствующие показатели у детей фабричных рабочих и крестьян; по данным А.В. Молькова (1926) юноши одного возраста (17 лет), отнесенные к группе служащих, имели длину тела 160,7 см, в то время как прислуга – 153,7 см. Еще в 1909–1910 гг. А.В. Мольков показывал влияние плохих жилищных условий, неполноценного питания в малообеспеченных слоях населения на рост и развитие детей.

Сегодня при оценке особенностей и проблем состояния здоровья в разных странах мира используются понятия макроэкономики, и в разных вариантах иллюстрируется положение о прямой зависимости основных характеристик здоровья населения от уровня экономического развития, уровня подушевого дохода в стране. Доклад о здравоохранении мира за 2003 г., подготовленный специалистами ВОЗ, начинается с эмоциональной иллюстрации контрастов в здоровье и продолжительности жизни девочек, родившихся одновременно в разных государствах мира: если для девочек из Японии ожидаемая продолжительность предстоящей жизни 85 лет, для девочек из бедной африканской страны – только 36 лет. Японские девочки получают в случае необходимости лучшую медицинскую помощь, девочки из Сьерра-Леоне могут никогда не увидеть врача, медицинскую сестру или другого работника здравоохранения. Опыт стран показывает, что миллионы людей в мире могут быть спасены от преждевре-

менной смерти с использованием финансовой помощи и решением задач по улучшению служб здравоохранения.

Должна быть полная ясность в том, на какой ступени находится наша страна и что надо сделать в обществе, в конкретных группах населения, чтобы улучшить здоровье, сохранить жизни людей. По данным ряда экономистов, Россия – страна возвратного, догоняющего периферийного капитализма с обязательными чертами поляризации общества (В.Б. Кувалдин, 2004; Т. Шанин, 2004).

Неравенство в показателях здоровья в связи с уровнем дохода было отмечено практически во всех странах мира: в более обеспеченных группах населения по уровню дохода ниже заболеваемость, смертность, выше субъективные оценки здоровья; низкие уровни доходов определяют неудовлетворительное состояние здоровья, связанное с бедностью. По материалам ВОЗ, обусловленная принадлежностью к определенному общественному классу разница в состоянии здоровья прослеживается во всех возрастных группах населения.

Исследования, проведенные в странах Западной Европы демонстрируют общую закономерность – большую возможность высокообеспеченных слоев населения предотвратить преждевременную смертность (А.Е.Кunst, F.Grunhot, J.P.Makenbach, 1998), хотя появляются данные, которые и не выявляют связи между уровнем дохода и смертностью населения (Т.Blakely et al., 2003). Также как установлено, что

несмотря на наличие положительной связи между ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительностью жизни, большое значение имеет распределение дохода в условиях экономического благосостояния (Доклад о состоянии здоровья в Европе, 2002). Это подчеркивает и А. McMichael (2000) в своей книге, посвященной оценке перспектив развития человечества.

Эти особенности необходимо учитывать при разработке адекватной социальной политики, принимать во внимание широкий спектр факторов, как определяющих социально-экономическое положение, так и действующих внутри различных социальных слоев населения, при этом в условиях реформирования важно учитывать и психологическое состояние людей. Важными элементами сохранения здоровья становится обеспечение социальной поддержки, необходимой человеку и защищающей его межличностные отношения, а также чувство доверия органам управления (E.Brainerd и др., 1998), т. е. в нашем обществе необходимо выявление не только экономических, но и социально-психологических проблем, связанных с ускоренным формированием имущественного неравенства.

На данном этапе развития нашей страны необходимо полное представление об особенностях состояния здоровья населения в условиях социального расслоения общества с целью познания фундаментальных закономерностей, сравнительной оценки характеристик здоровья, в т. ч. определения

проблем медицинского обеспечения групп населения с разным уровнем жизни, на разных этапах жизни (дети, подростки, взрослые, пожилые), в связи с дифференциацией трудоспособного населения по занятости в разных структурах, выявление определяющих факторов для формирования государственной политики сохранения и укрепления здоровья населения. Это тем более важно, что до недавнего времени у нас предполагалось установление социальной однородности в здоровье и соответствующим образом формировались как представления людей, так и органов управления различного уровня.

Любые современные исследования должны отражать сложные взаимосвязи мировой системы (А. Мартинелли, 2002). Очевидно, что глобализация – одна из самых заметных черт современного мира, все больше появляется работ, рассматривающих мир как глобальную систему (С. Капица, 2004), общность глобальных исторических процессов.

Оценка дальнейших перспектив социально-экономического развития мира показывает, что при самых оптимальных прогнозах в ближайшем будущем у нас не будет достигнут уровень жизни, характерный для стран с развитой рыночной экономикой. Предполагается, что богатые страны будут усиливать это опережение не только оставаясь лидерами, но и увеличивая отрыв (Ch.G.L.Murrey, A.D.Lopez, 1997).

Все это свидетельствует о том, что в стране в данных экономических условиях на протяжении достаточно дли-

тельного периода должна действовать система социальных амортизаторов, способствующих поддержанию определенного уровня здоровья и качества жизни. К одним из приоритетных социальных институтов должна быть отнесена и система здравоохранения.

Все больше специалистов поддерживают положение о том, что динамика демографических показателей, особенно показателей смертности, ожидаемой продолжительности жизни населения зависит от целого ряда факторов социально-экономического и даже социально-психологического характера, но и медицинская составляющая в этой проблеме достаточно большая. Эпидемиологические данные показывают, что в подавляющем большинстве случаев чрезмерное бремя болезней является результатом небольшого числа идентифицированных состояний, для каждого из которых есть набор соответствующих мер медицинского вмешательства, которые позволяют существенно сократить число смертей, связанных с этими состояниями. Проблема заключается в том, что беднейшие слои населения не охвачены этими мероприятиями (Джеффри Д. Сакс и др., 2001). Роль и адекватность медицинского обеспечения как профилактического, так и лечебного характера в условиях социального расслоения в обществе очень важна. Требуется оценки и социальное расслоение в самой медицинской среде.

В данной работе для анализа социальных проблем в формировании здоровья населения использованы главным об-

разом материалы социально-гигиенического анкетирования, полученные на основе выборочного метода в исследованиях, проведенных Научно-исследовательским институтом социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН (директор – академик РАМН О.П. Щепин).

Как известно, для оценки состояния здоровья, заболеваемости населения используются различные источники информации: это изучение результатов контактов населения с медицинской сетью (материалы обращаемости за медицинской помощью), данные медицинских осмотров выборочных контингентов и специальных опросов.

История применения разных показателей, разных источников информации в практике национальных исследований здоровья в странах Европы обнаруживает развитие приоритетов в этой области от макросоциальной информации (например, показатели младенческой и детской смертности), через клинические индикаторы к изучению самооценок здоровья и благополучия (M.Bullinger, 2003).

Эту информацию можно получить только путем изучения личных представлений людей как о собственном здоровье, беспокоящих человека проблемах, так и об условиях жизни, особенностях ценностных ориентаций и предпочтений.

Ориентация широкого круга отечественных специалистов в области общественного здоровья на использование в оценках здоровья информации, получаемой в ходе контактов на-

селения с медицинской службой (материалы обращаемости) практически привела к формированию особого представления об основополагающих понятиях, характеризующих явление заболеваемости – первичная заболеваемость, распространенность патологии, формирование которых связывается только с выявлением и учетом патологических состояний в медицинской практике.

Так, все известные определения заболеваемости<sup>23</sup> обязательно включают эти элементы. Вместе с тем, очевидно, что отклонения в состоянии здоровья, прежде всего, известны самому человеку, они могут быть ощущаемы, выражены и, в том числе, как диагностированы, так и недиагностированы и не квалифицированы врачом. Тем более могут быть не учтены.

При этом хотелось бы подчеркнуть, что изучение ощущаемых человеком патологических состояний и связанных с этим ограничений в жизни не менее важно при оценке характеристик здоровья различных групп населения.

В связи с этим, мы в отличие от большинства авторов

---

<sup>2</sup> Ю.П. Лисицын (2002). Первичная заболеваемость – это совокупность новых, нигде не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний.

<sup>3</sup> Ю.П. Лисицын (2002). Распространенность – общая заболеваемость или болезненность – это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы. По существу, это накопленная заболеваемость, т. е. все случаи зарегистрированных заболеваний за ряд лет.

определяем заболеваемость не как набор статистических характеристик, а как объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения.

Основные характеристики этого явления: первичная заболеваемость и распространенность патологии – никак не связываются с выявлением и учетом возникших у человека заболеваний и отклонений, а основываются только на фундаментальных закономерностях формирования этого явления.

Первичная заболеваемость – совокупность заболеваний, возникших впервые у определенного контингента населения в течение конкретного периода времени (как правило, в течение одного года).

Распространенность – общее количество впервые возникших и продолжающихся заболеваний у определенного контингента населения в течение конкретного периода или на определенный момент времени.

При оценке показателей заболеваемости населения должны приниматься во внимание источники получения информации – регистрация в ходе обращаемости за медицинской помощью, специальные медицинские осмотры или опросы населения. Источником информации о заболеваемости, развитии патологических состояний и ограничений в жизни, а также особенностей условий и образа жизни в настоящем исследовании были, главным образом, личные представления людей, изученные путем анкетирования. В меньшей мере привлекались данные обращаемости и результаты меди-

цинских осмотров.

Определение социально-экономического статуса основывалось на самоидентификации человека по личной его оценке своего уровня жизни, благосостояния семьи (отнесения своей семьи к бедным, малообеспеченным, среднего достатка или обеспеченным и богатым), в меньшей мере использовались оценки соотношения личных доходов и прожиточного минимума, т. к. по результатам исследования люди далеко не всегда были ориентированы в этих характеристиках. Использовались также критерии вынужденных ограничений – мог (или не мог) обеспечить себе и своей семье различные возможности в связи с материальным положением.

В целом в разных регионах страны было сформировано несколько выборочных совокупностей – более 10000 человек, в основном в последнее десятилетие, позволяющих проводить анализ различных аспектов здоровья как в разрезе возрастно-полового состава населения, так и по представительным группам с разным социальным и профессиональным статусом.

В выборке в полной мере не представлены респонденты с очень высоким уровнем дохода и очень низким (маргинальные группы) в результате трудностей получения от них информации.

Анализ материалов направлен на поиск фундаментальных закономерностей и взаимосвязей в формировании различных характеристик здоровья в связи с социальным и имуще-

ственным расслоением населения, которые должны стать основой для разработки путей сохранения и укрепления здоровья населения из разных слоев общества.

# 1. Социальный градиент в формировании здоровья детей

Современные тревожные оценки здоровья населения, иногда выражающие крайне негативные позиции, например, предсказание вымирания населения в обозримом будущем, требуют строгого рассмотрения ситуации с позиций закономерностей формирования здоровья населения, выявления особенностей его в конкретных группах, начиная с детского возраста.

Сравнение распределений (по данным опроса матерей) основных состояний при рождении ребенка за разные годы показывает, что как в 1991 г., так и в 1997, 2000/2001 гг., основная масса детей родилась здоровыми, во всяком случае о каких-либо отклонениях в здоровье новорожденных не было сообщено их родителям (табл.1.1).

**Таблица 1.1 Динамика некоторых характеристик здоровья детей при рождении (%)**

Характеристики	Годы		
	1991 г.	1997 г.	2000/2001 гг.
<b>Ребенок родился:</b>			
— здоровым	85,0	82,7	82,3
— недоношенным	7,0	6,5	6,2
— с родовой травмой	4,5	4,5	3,8
— в асфиксии	3,5	3,8	4,9
— с пороком развития	0,9	1,5	1,1
<b>Вес ребенка при рождении:</b>			
— менее 2500 г	6,9	5,2	7,3
— 2500—3999 г	83,9	85,2	83,9
— 4000 г и более	9,2	9,6	8,8

Частота случаев патологии, возникшей в ходе родоразрешения (родовая травма, асфиксия), также как частота недоношенных детей, с низким весом при рождении и наличие обнаруженного при рождении какого-либо врожденного порока, практически не отличаются в эти годы и, по-видимому, являются характеристикой популяционной частоты этих отклонений. Новое поколение рождается с теми же морфофункциональными характеристиками, что и в прежние годы, действует механизм защиты плода организмом матери и можно констатировать, что биологический потенциал воспроизводства, несмотря на социально-экономические проблемы общества, затронувшие большинство семей, нацией не утрачен. Вряд ли есть основания утверждать, что на этом этапе уже проявляются проблемы так называемого истощения биологических ресурсов и вырождения нации.

В то же время, начиная с первых лет жизни реальным фактором, определяющим здоровье и качество жизни, является социальное расслоение, проявляется закономерный со-

циальный градиент, т. е. устойчиво повторяющиеся однонаправленные различия в характеристиках здоровья в группах детей, отличающихся по социальному статусу и экономическому положению семьи.

В обществе должно произойти своевременное осознание социального неравенства, прежде всего имущественных различий, доступа к благосостоянию и проведен анализ его возможных последствий, начиная с детского возраста.

Особенности формирования здоровья в группах детей, происходящих из семей с разным социальным статусом, были изучены на детях г. Москвы, посещающих детские дошкольные учреждения, путем анкетирования родителей (опрошены родители 1100 детей 4–6 лет, родившихся после 1994 г.). Распределение семей по уровню материального благосостояния (бедные и малообеспеченные семьи – 31,8 %, семьи среднего достатка – 60,8 %, обеспеченные и богатые семьи – 7,4 % к общему составу опрошенных) основано на самооценке.

Материальное положение семьи связано с местом работы родителей ребенка. Среди тех, кто считает свою семью обеспеченной, больше чем у половины детей (64 %) отцы работают в коммерческих структурах или являются частными предпринимателями. Среди тех, кто отнес свою семью к малообеспеченным и бедным, больше половины матерей и отцов работают в бюджетных организациях.

Материальное положение семьи связано и с уровнем об-

разования родителей – именно у родителей из обеспеченных и богатых семей выше уровень образования (более половины матерей имеет высшее образование). Имеется связь материальных возможностей семьи с уровнем общей и санитарной культуры, которая коррелирует с уровнем образования.

В малообеспеченных семьях значительно больше женщин (26,0 %), которые родили ребенка в возрасте старше 30 лет по сравнению с другими группами населения (в семьях среднего достатка – 23,2 % и в обеспеченных семьях – 4,7 %). Третья часть бедных и малообеспеченных семей – это неполные семьи, где ребенка воспитывает одна мать. С улучшением материального положения доля таких семей снижается, в обеспеченных и богатых семьях неполные семьи составляют менее 5 % от числа семей этой категории (табл.1.2).

## **Таблица 1.2**

**Некоторые характеристики здоровья детей, условий и образа жизни в семьях с различным материальным положением (%)**

Параметры здоровья и социальные характеристики	Материальное положение семьи		
	бедная и малообеспеченная	среднего достатка	обеспеченная и богатая
<b>Уровень образования матери:</b>			
— среднее специальное	39,4	32,9	18,8
— высшее	33,8	42,2	53,8
<b>Состав семьи:</b>			
— семья полная	68,2	86,0	93,8
— нет отца	30,6	13,2	3,8
<b>Оценка питания ребенка:</b>			
— хорошее	28,9	67,9	97,5
— удовлетворительное	60,6	29,9	1,3
— плохое	4,1	0,3	-
<b>Особенности течения беременности:</b>			
— без осложнений	43,2	50,5	56,3
— повышенное давление	11,4	8,8	3,8
— токсикоз	30,9	27,5	25,0

<b>Состояние здоровья ребенка:</b>			
— при рождении:			
— здоровый	72,0	82,3	82,5
— с родовой травмой	6,4	3,8	2,5
— в асфиксии	5,3	4,9	3,8
— на первом году жизни:			
— отличное	10,5	16,5	23,8
— хорошее	48,4	62,3	60,0
— удовлетворительное	37,0	17,8	15,0
— плохое	3,8	3,0	1,2
— в дошкольном возрасте:			
— отличное	2,3	5,8	13,8
— хорошее	40,2	56,7	71,0
— удовлетворительное	56,3	35,9	15,2
— страдает хроническим заболеванием, в т.ч.:	40,2	30,6	26,5
— хронический бронхит	5,5	3,0	1,3
— бронхиальная астма	1,2	0,7	2,5
— хронический гастрит	1,5	2,3	3,8
— невротические расстройства	5,8	1,3	1,3
<b>Состояние здоровья в течение последнего года:</b>			
— не болел	7,9	8,9	8,8
— болел простудными заболеваниями	85,4	86,6	83,3
— имеет недостаточный вес	14,0	9,8	2,5
— были обострения хронических заболеваний	6,4	3,5	1,2
— имел травму	8,5	6,7	2,5
<b>Контакты с медицинскими учреждениями в течение года:</b>			
— обращались в поликлинику	83,1	80,5	68,8
— был госпитализирован	6,1	5,6	1,2
— обращались в платные медицинские учреждения	5,2	11,6	23,8

По-разному организован отдых детей из семей разного достатка. Большинство детей (среди бедных несколько меньше – 70 %, в более обеспеченных семьях около 80 %) проводит лето на садовом участке, на даче. Но резко отличаются доли тех, кто выезжает с родителями на курорты страны (13,7 и 26,3 и 33,8 % соответственно статусу семьи) и особенно тех, кто выезжал с родителями на отдых за рубеж (почти каждый третий (26,5 %) из обеспеченных и богатых семей и единицы

в других группах).

В бедных и малообеспеченных семьях концентрируются и другие проблемы – в 10 % семей отмечено злоупотребление алкоголем (в обеспеченных – 1,3 %), 9 % детей находятся в помещении, где курят взрослые.

Доля детей, регулярно занимающихся физической культурой, физическими упражнениями, также нарастает с увеличением экономического положения семьи – 35 % в малообеспеченных семьях, 43,7 % – в семьях среднего достатка, 64 % – среди детей из обеспеченных и богатых семей.

Эти семьи отличаются по основным параметрам жизнеобеспечения ребенка, но прежде всего разительно отличаются оценки родителей качества и организации питания ребенка в семье – важнейшего фактора обеспечения роста и развития (табл.1.2). Растущему организму необходима не только в общем понимании достаточность питания, но многокомпонентная сбалансированность, учет не только калорийности, соотношения жиров, белков и углеводов, но и широкий спектр других веществ, необходимых для формирования и развития организма. По некоторым данным даже небольшие нарушения питания приводят к снижению вероятности оптимального развития и функциональных возможностей к зрелому возрасту, что может проявиться в снижении социальной адаптированности, обучаемости, спектру и срокам возникновения хронических болезней.

Лишь около одной трети родителей из малообеспеченных

семей оценили питание своего ребенка как хорошее. Кроме того, около 4 % матерей из малообеспеченных семей отметили регулярное недоедание, в семьях среднего достатка некоторые родители также не могут обеспечить количественно полноценное питание детям. Естественно, что в достаточно обеспеченных семьях эта проблема не была отмечена.

Около 20 % матерей из бедных семей отмечают, что в рационе детей недостаточно мяса, 8 % среди семей среднего достатка, но и среди обеспеченных родителей на этот недостаток указали 2 %. На недостаток фруктов и овощей в питании ребенка указали более 60 % родителей из бедных семей, 24 % – из семей со средним, по их мнению, экономическим положением семьи и 6 % из более обеспеченных.

Таким образом, достаточного по набору продуктов питания в рационе ребенка в период роста и развития не обеспечивает большая часть семей, а среди малообеспеченных семей питание детей не является полноценным. Даже в каждой третьей семье врачей материальные возможности не позволяют обеспечить необходимое питание детям. При этом родители в бедных семьях в подавляющем большинстве тратят на питание более 50 % семейного бюджета, а почти в 60 % случаев и более 75 %. Но и в более обеспеченных семьях расходы на питание занимают в половине семей 50 % бюджета и более. Проблему питания ребенка в бедных и малообеспеченных семьях не позволяет решить ни субсидия на оплату жилья (в малообеспеченных семьях ее имеет около

20 %), ни пособие на ребенка, которое ни в коей мере не сопоставимо с уровнем прожиточного минимума, рассчитанного для детей.

В то же время это пособие является насущно необходимым в бедных и малообеспеченных семьях, где оно используется (25 % семей) как возможность обеспечения дополнительного питания. В более обеспеченных семьях такой же процент родителей или не требуют его, или отдают ребенку (школьнику) на карманные расходы, т. е., безусловно, необходим дифференцированный адресный подход в осуществлении помощи нуждающимся со стороны общества.

Представители всех типов семей указывают, что пособие ни в какой мере не решает каких-либо вопросов жизнеобеспечения семьи. Не только задолженность по детским пособиям, которая до сегодняшнего дня не ликвидирована в стране, но и сам размер пособия на ребенка – определяющие ориентиры современной социальной политики и один из острых социальных вопросов. Очевидно, что в условиях низкой рождаемости размер пособия должен покрывать значительную часть расходов семьи на жизнеобеспечение ребенка, во всяком случае, в малообеспеченных и бедных семьях. Законодательно должны быть закреплены и неуклонно выполняться в жизни гарантии оптимума всех категорий жизнеобеспечения для детей, начиная с зарождения жизни. Современное законодательство ориентировано лишь на минимум социальной поддержки (№ 124-ФЗ от 24.07.1998).

Очень важно понимать, что некоторые страны определяют в качестве целевой задачи воспитание детей в достатке (Р.Д. Фармер и др., 2004).

Как показывают материалы исследования, уже сама беременность протекала у женщин из менее обеспеченных семей с большим числом осложнений, особо выражены отличия в распространенности повышенного артериального давления во время беременности, которое отмечала чаще, чем каждая десятая женщина из малообеспеченных семей (табл.1.2).

Женщины из отличающихся по экономическому положению семей практически одинаково отмечают рождение ребенка позже рассчитанного при акушерском наблюдении в ходе беременности срока, доля таких женщин колеблется пределах 5–5,8 %, в тоже время различия в частоте рождения детей раньше срока существенны ( $t > 3$ ). В бедных и малообеспеченных семьях 15 % детей родились раньше срока, с улучшением материального положения семьи эта доля снижается и составляет в обеспеченных семьях 6,2 %.

Подавляющее большинство (более 80 %) детей из числа попавших в выборочную совокупность, как и было показано в предыдущих исследованиях, родилось здоровыми, во всяком случае, в роддоме о каких-либо отклонениях в здоровье не было сообщено матери. В то же время среди детей, родившихся в бедных семьях, здоровых было меньше, чем в других слоях населения (табл.1.2). При этом, если такие тяжелые состояния как асфиксия, пороки развития, встреча-

лись практически одинаково и не были связаны с экономическим положением семьи, то частота родовых травм у детей при рождении в семьях с разным экономическим положением существенно отличается ( $t > 1,8$ ) при сравнении полных по экономическому положению семей. Большая частота травматизма в родах проявлялась и при исключении влияния возраста матери и уровня образования.

Это может рассматриваться как тревожный симптом в обеспечении качества медицинской помощи – можно предположить, что представительницам менее обеспеченных слоев населения уделяется меньше внимания в ходе ведения родов. Вместе с тем нельзя не отметить, что в мировой литературе дискутируется вопрос о границах медикализации деторождения, фактически превращения физиологического процесса в заболевание, что также требует осмысления и научной оценки. (Отчет о состоянии здравоохранения в мире. Женева, 1995).

По-разному оценивали матери и состояние здоровья ребенка на первом году жизни, в обеспеченных семьях у подавляющего большинства детей на первом году жизни было отмечено отличное и хорошее здоровье. Доли больных детей с низкой оценкой здоровья не так резко различаются, хотя сохранялись ранее выявленные тенденции: в более благополучных в экономическом плане семьях отмечались и лучшие оценки здоровья детей, аналогичные особенности выявлены и при оценке здоровья в более старшем, дошкольном воз-

расте на момент обследования.

Здоровье подавляющего большинства детей в дошкольном возрасте (85 %) в экономически благополучных семьях оценивается родителями как хорошее и даже отличное (14 %); в полярной группе, с низким уровнем материального благополучия таких детей менее половины (42,5 %), у большинства (56,3 %) состояние здоровья расценивается как удовлетворительное, у 1,2 % – как плохое. Поскольку эти оценки относятся к организованным детям, среди них нет детей с тяжелыми ограничениями в здоровье. Тем не менее распределение оценок свидетельствует о худшей ситуации со здоровьем среди тех дошкольников, посещающих детские дошкольные учреждения, которые воспитываются в экономически менее обеспеченных семьях.

Среди обследованных детей дошкольного возраста не болело в течение года, предшествующего обследованию, менее 10 %, эти показатели практически не отличаются среди детей из разных по материальному обеспечению семей, также как не зависимо от экономического положения семьи подавляющее большинство детей болеет в течение года простудными заболеваниями: в малообеспеченных семьях 1–3 раза в год – 59,5 %, 4 раза и более – 16,9 %; в семьях среднего достатка 1–3 раза в год – 63,9 %, 4 раза и более – 13,8 %; в обеспеченных семьях 1–3 раза в год – 66,3 %, 4 раза и более – 12,5 %.

Обострения хронических заболеваний, формирование

новых хронических процессов у детей связано со статусом семьи, более неблагоприятная ситуация в менее обеспеченных семьях. В них отмечен и более высокий уровень травматизма у детей – имели травмы в течение года 8,5 % детей, в наиболее обеспеченных семьях – 2,5 %.

Среди детей из бедных и малообеспеченных семей родители чаще (49,2 %) отмечали наличие каких-либо хронических заболеваний, чем в более благополучных в экономическом отношении семьях (30,6 и 26,5 % соответственно). При худших материальных условиях у детей чаще отмечали хронический бронхит, хронический тонзиллит, невротические расстройства, кожные заболевания, но нельзя не отметить, что в более благополучных семьях чаще были отмечены болезни органов пищеварения, бронхиальная астма, т. е., по-видимому, действуют какие-то факторы, способствующие развитию этой патологии в более обеспеченной в материальном отношении среде.

Более обеспеченные родители чаще знают основные параметры роста и развития своего ребенка, тем не менее существенная их часть (до 40 %) не интересуется этими параметрами и не ориентируется в них. По субъективной оценке матери большая доля детей с отклонениями в развитии, особенно в связи с отставанием веса, отмечена в бедных и малообеспеченных семьях. По физической активности и умственному развитию опережение отмечено среди детей в более обеспеченных в материальном отношении семьях.

Таким образом, в семьях, относящих себя к разным социальным слоям, даже в условиях г. Москвы, в среде более благополучных по состоянию здоровья организованных детей, проявляется жесткая закономерность – со снижением социального статуса снижается доля лиц с опережением и увеличивается доля лиц с отставанием в физическом развитии и функциональном состоянии, т. е. можно говорить о торможении процессов роста и развития в худшей социальной среде.

Отличия в состоянии здоровья детей из разных социальных слоев столь велики, что их отмечают наблюдающие за ростом и развитием детей врачи-педиатры (опрошено 135 врачей г. Москвы). Подавляющее большинство врачей (97 %) отмечают, что чаще болеют, а так же отстают в росте и развитии дети из бедных и малообеспеченных семей. Более того, 25 % врачей указывает, что отмечая задержку роста у детей, воспитывающихся в худших условиях, они не могут оказать какого-либо влияния на эти процессы, обеспечить нормализацию роста медицинскими мерами, т. к. это, прежде всего, социальные проблемы.

Эти особенности – ступенчатый рост благоприятных характеристик здоровья с улучшением социального статуса семьи отмечен и в исследованиях зарубежных авторов. Какими бы методиками ни изучалось здоровье, какими бы характеристиками его ни анализировали, зависимость между социальным статусом семьи и здоровьем ребенка, так же как и

смертности детей неизменно проявляется, причем ухудшение здоровья отмечается не только в условиях нищеты и лишений, но и с каждым снижением ступени социальной лестницы (N.E.Adler et al., 1993).

Социальный градиент проявляется и в потреблении ресурсов здравоохранения.

Среди более здорового контингента дошкольников из обеспеченных семей существенно меньше было тех, кто обращался в детские поликлиники, тем более был госпитализирован. В то же время с улучшением материального положения растет активность обращений родителей в платные структуры (табл.1.2).

Каждый четвертый ребенок из обеспеченных семей независимо от состояния здоровья посещал платные лечебные учреждения, тем более выражена эта тенденция среди больных детей. Материальное положение бедных и малообеспеченных семей не позволяет обеспечить ребенку платные виды помощи, приобрести дорогостоящие препараты для обеспечения качественного лечения.

Интересно, что при всем минимуме в этой ситуации надежд на помощь организации, в которой работают родители, именно более обеспеченные люди указывают на возможность такой поддержки, среди малообеспеченных на поддержку предприятия не рассчитывает никто, т. е. малообеспеченные семьи один на один с любыми своими проблемами, и это должно быть известно обществу.

В бюджетном здравоохранении те или иные платные услуги предлагали при обследовании 36,3 % детей из экономически обеспеченных семей, 25,4 % – из бедных (30,3 % из семей среднего достатка). Эти платные услуги доступны естественно в большей мере обеспеченным людям, 67,5 % из них отметили, что материальные возможности семьи позволяют им оплачивать расходы по лечению ребенка, но все же около 14 % отмечают, что приходится ограничивать себя в каких-то других расходах. Среди малообеспеченных больше половины (55,4 %) считают, что платные услуги для них недоступны, в средних семьях таких – 15,4 %. По мнению 84 % врачей-педиатров эффективные препараты необходимые для лечения заболеваний у детей недоступны для основной массы родителей. По данным опроса врачей г. Москвы, около 40 % из них отметили, что они не могут обеспечить полноценное лечение и своим детям. Более того, лечащие врачи-педиатры считают, что необходимо расширить список контингента детей, имеющих право на получение льготных рецептов, найти другие способы повышения доступности лекарственных препаратов, например, снижение стоимости жизненно важных лекарственных средств и т. п. для эффективной коррекции патологии у детей на ранних этапах ее развития.

Задумываясь о будущем ребенка, родители прежде всего оценивают возможность получения им образования, причем, здесь просматриваются особенности пожеланий роди-

телей, относящихся к разным социальным слоям (табл.1.3). Хотя оценки достаточно близки, но тенденции очевидны – представители бедных семей в большинстве своем думают о высшем образовании для своего ребенка, в настоящее время находящегося в дошкольном возрасте, когда оценки перспектив более оптимистичны, чем в более старшем, но уже каждый десятый думает только о среднем.

**Таблица 1.3**

**Распределение мнений матерей о перспективах получения детьми образования (%)**

Мнения матерей	Материальное положение семьи		
	бедная и малообеспеченная	среднего достатка	обеспеченная и богатая
<b>Желаемое образование для ребенка:</b>			
– высшее	85,7	90,7	93,8
– среднее	10,2	7,1	3,8
<b>Возможные ограничения для получения образования:</b>			
– состояние здоровья	1,5	0,8	1,2
– способности ребенка	2,6	3,7	3,7
– невозможность оплаты образования	72,6	50,7	22,5

При этом еще больше отличаются оценки родителей в отношении возможностей получения желаемого образования. Таковую позицию, что образование неважно, лишь мог бы себя обеспечить, занимают немногие из родителей, так же небольшая часть родителей видит ограничения в здоровье или сомневается в способностях своего ребенка (практически это совпадает с долей тяжело больных и отстающих в развитии детей), но основная часть родителей, среди менее обеспечен-

ных подавляющее большинство (73 %), задумываясь о судьбе своего ребенка опасаются того, что отсутствие материальных возможностей семьи не позволит обеспечить ребенку желаемого уровня образования.

Конечно, среди обеспеченных лиц эта доля существенно ниже, но и в этой группе населения каждый пятый выражает тревогу по поводу возможных материальных проблем в связи с получением ребенком желаемого образования. В среднем более половины родителей (55,6 %) сомневаются, что в настоящих условиях ребенок сможет получить желаемое образование.

Опрос родителей 10—12-летних школьников г. Москвы (690 чел.) показал, что уже в школьном возрасте не только здоровье, но и успеваемость в школе связаны с социально-экономическим статусом семьи: хорошо и отлично успевающих в бедных и малообеспеченных семьях 40,6 %, в обеспеченных и богатых около 70 % (69,1 %), а не успевающие дети в основном (в 70 % случаев) воспитывались в бедных и малообеспеченных семьях.

Резко снижается доля детей, имеющих дополнительные занятия (музыка, иностранные языки), со снижением статуса семьи: в малообеспеченных семьях около половины не имеют каких-либо дополнительных занятий, среди обеспеченных только 16,3 %, остальные дети охвачены теми или иными дополнительными занятиями – около 50 % детей в этих семьях дополнительно к школе изучают иностранные языки,

в малообеспеченных и бедных семьях – 13 %, соответственно 38,1 % и 25,2 % – в спортивных секциях, практически отсутствовали различия в долях детей, занимающихся в музыкальной школе – 16–18 % в разных группах. Отсутствие каких-либо дополнительных занятий у ребенка родители в 14 % случаев в бедных и малообеспеченных семьях, в 10 % – в обеспеченных и богатых объясняли состоянием здоровья ребенка, в 53 % случаев считали, что это связано именно с недостатком средств в семье для оплаты этих занятий.

Таким образом, установленный социальный градиент в формировании здоровья детей, определяя современные особенности формирования здоровья, фактически закладывает и предопределяет тенденции здоровья и качества будущего населения страны, реализации этим контингентом социальных и биологических функций, предопределяющих жизнь и здоровье будущих поколений. Эти данные, вскрывая фундаментальные биосоциальные закономерности формирования здоровья, прямо указывают на необходимость и неотложность решения в обществе социальных проблем, касающихся жизнеобеспечения детей, включения этих позиций в стратегические документы по развитию страны и строгого отслеживания на всех уровнях их практической реализации.

## **2. Состояние и динамика здоровья детей раннего возраста<sup>4</sup>**

Снижение рождаемости в разных странах стимулировало изучение устойчивости семейных связей, значимости и качества той социально-психологической поддержки, которая необходима в семье для благоприятного течения беременности и формирования здоровья ребенка.

Необходимость познания количественных характеристик распространенности патологических состояний и факторов, влияющих на состояние здоровья и развитие детей, определило проведение под эгидой ВОЗ на единой методической основе (стандартизованный опрос родителей) в нескольких странах Европы комплексного проспективного лонгитудинального исследования, позволяющего проследить и оценить процесс формирования здоровья новых поколений детей в конце XX столетия.

В течение нескольких лет сотрудниками в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН под руководством проф. Р.К.Игнатъевой проводился сбор материалов в г. Ярославле, затем нами проведена разработка и анализ материалов в соответствии с программой данного исследования. Для завершаю-

---

<sup>4</sup> Совместно с чл. – корр. РАМН, проф В.К. Овчаровым.

щего анализа использованы данные, характеризующие период беременности матери, возраст ребенка 6 недель и 3 года наблюдаемой когорты на основе опроса родителей о состоянии здоровья детей, условиях жизни и взаимоотношениях в семье. К возрасту 3 года разработке подверглись около 600 документов на детей, наблюдавшихся в течение всего периода.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.