

ОБРАЗ ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЯХ С ОТЦОМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ

А.И. Ибрагимов

*Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения (зав. — проф. А.Н. Галиуллин)
Казанского государственного медицинского университета*

Переход российского общества к ценностям демократии и рыночным отношениям приводит крайне мучительно и привел, с одной стороны, к социальной напряженности, росту социальной патологии, в частности к дальнейшей алкоголизации, а с другой — отрицательно сказался на состоянии здоровья наименее защищенных слоев населения, а именно детей, молодежи, стариков [2, 4, 6]. В таких условиях особую актуальность приобретает изучение состояния здоровья детей из так называемых социально значимых (с высокой степенью социального риска) семей, в которых проблемы охраны здоровья на фоне социальной нестабильности резко обостряются [1, 3].

Нами проведено комплексное социально-гигиеническое исследование 116 семей, имеющих отца, злоупотребляющего алкоголем, в сравнении со 109 семьями, где такового не наблюдалось. В социопатических семьях было 211 детей в возрасте до 14 лет включительно. Их заболеваемость изучена по данным обращаемости и медицинского осмотра. В качестве контроля противопоставлены данные заболеваемости 211 детей из благополучных семей, подобранных методом копия-пара (по возрасту, полу, месту жительства).

Анализ показал, что среди семей, в которых отец злоупотребляет алкоголем, высок удельный вес семей медико-демографического риска. Так, если в крупном промышленном центре, по данным А.В. Сорокина [8], распространенность семей, имеющих те или иные медико-демографические риск-факторы (неполные, многодетные семьи; родившие до 19 и после 35 лет матери), составила 21,6%, то в социопатической группе, по нашим данным, медико-демографическое неблагополучие отмечалось в каждой второй семье (52,5%). Конкрет-

но для семей, в которых отец злоупотребляет алкоголем, были характерны следующие демографические особенности: каждая пятая семья многодетная (18,9%); в каждой десятой семье мать родила первого ребенка в юном возрасте — до 19 лет (9,5%); в 19,8% случаев матери имели неблагоприятный для детородной функции возраст — до 19 или старше 35 лет.

Медико-демографическая ситуация в семье весьма точно характеризуется репродуктивно-демографическими показателями. В частности, мы выявили, что показатель детности семей, в которых отец злоупотребляет алкоголем, составляет 1,82 человека, в контрольной же группе — 1,42. Эта разница формируется за счет многодетности семей, число которых среди социально значимого контингента достоверно больше (18,9% против 4,6%). Вместе с тем в основной группе зафиксировано больше, чем в контрольной (51,7% против 42,2%; $P < 0,05$) и семей, воспитывающих одного ребенка. Относительно большее количество одно- и многодетных семей в социопатической группе убедительно свидетельствует о неблагополучии в вопросах планирования. Эти семьи либо ограничивают себя рождением одного ребенка, либо имеют большое число детей, не соизмеряя свои материальные и другие возможности.

Такую же неудовлетворительную оценку можно дать и другим репродуктивно-демографическим показателям. Так, среднее число аборт у матерей основной группы в возрасте 19—34 лет составило 6,7, в контрольной группе — 4,2 ($P < 0,01$), число осложнений беременности — соответственно 45% и 31,7% ($P < 0,05$), фетоинфантильных потерь (число мертворождений плюс число умерших на первом году жизни) на 100 родов — 7,86 и 3,12 ($P < 0,001$).

Анализ социального статуса родителей семей, где отец злоупотребляет алкоголем, показал, что они, как правило, относятся к категории рабочих, имеют неполное среднее или среднее образование (86,8% матерей и 92,3% отцов, тогда как в контроле — соответственно 53,2% и 67%). Каждый десятый-двенадцатый из них является безработным (7% и 10,3%, в контроле — 4,6% и 6,2%).

Достоверно меньшее количество социопатических семей проживают в квартирах, оцениваемых как хорошие (46,6% против 73,4%; $P < 0,01$). В целом, неудовлетворительные жилищные условия в основной группе были у 29,3% против 8,3% в контроле ($P < 0,001$).

Материальную обеспеченность изучаемого контингента семей мы определяли с помощью индекса уровня жизни (отношение дохода на душу населения к прожиточному уровню). Выяснилось, что если в контрольной группе за чертой бедности жили 41,3% семей, то в социопатической группе — 70,7% ($P < 0,01$). При интегрированной оценке экономического статуса семьи, проведенной по методу И.П. Катковой и Н.А. Кравченко [5], оказалось, что неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни имеют 18,9% семей основной группы и лишь 0,9% — контрольной. Следовательно, в семьях, где отец злоупотребляет алкоголем, весьма значительно страдает одна из основных функций семьи — экономическая.

Изучение психоэмоционального климата и уровня межличностного общения в семьях основной и контрольной групп показало, что в семьях, где отец является социопатической личностью, значительно чаще наблюдается конфликтная обстановка. Так, в основной группе родители часто конфликтовали в 53,4% случаях, а в контрольной — в 11%. Напряженная атмосфера в социопатической семье напрямую касается ребенка. В этих семьях 44,6% детей становятся свидетелями конфликтов, тогда как в контрольной группе этот показатель равняется 6,6%. Нельзя не отметить еще одну закономерность: повышенная конфликтность среди взрослых членов семьи “провоцирует” также напряженные отношения между детьми.

Показатель конфликтных отношений между детьми в социопатических семьях составил 25,9%, тогда как в благополучных — 11,9% ($P < 0,01$).

В семьях, в которых отец является социопатической личностью, ребенка воспитывают с помощью авторитарных, деспотических методов (“кнута”) — физического наказания (45,7%), окрика (43,1%). В контрольной же группе ведущими методами наказания являются строгий разговор с ребенком (66,1%), лишение его удовольствий (30,3%). Выявленная закономерность напрямую влияет на психическое здоровье детей.

Наконец, обращает на себя внимание и то, что в семьях, в которых отец злоупотребляет алкоголем, в полтора раза реже (37,1% против 58,7%) он участвует в воспитательном процессе. Таким образом, можно сделать вывод о том, что в социопатических семьях нарушена и другая важная функция — воспитательная (педагогическая).

Среди слагаемых образа жизни одной из важнейших является медицинская активность, под которой понимают характер поведения с целью предупреждения заболеваний, а также во время болезни [7]. Исследование показало, что в семьях, где отец злоупотребляет алкоголем, достоверно меньшее число детей выполняют в полном объеме гигиенические процедуры (75,9% против 97,3%), делают утреннюю гимнастику (54,3% и 71,6%), вовремя ложатся спать (68,1% и 88,1%), питаются строго по режиму (19,8% и 74,3%), употребляют необходимое количество овощей и фруктов (72,4% и 88,1%). Приведенные данные убедительно, на наш взгляд, свидетельствуют о том, что медицинская активность, направленная на укрепление здоровья детей, в семьях с отцом, злоупотребляющим алкоголем, заметно снижена.

Особенно тревожит наличие в таких семьях голодающих детей. Почти каждая десятая респондентка (8,6%) отмечала, что ее дети питаются 1—2 раза в день, то есть фактически голодают. Таким образом, служба медико-социального патронажа (или другие структуры, осуществляющие социальную защиту населения) должна глубоко изучать условия

жизни подобных семей и изыскивать возможность медико-социальной помощи нуждающимся детям.

Одной из важнейших характеристик медицинской активности человека является своевременность обращения за медицинской помощью. Изучая данный аспект, мы выявили весьма неблагоприятные тенденции в социопатических семьях, где менее половины (48,3%) из них обращаются к врачу в связи с заболеванием ребенка в первые сутки его начала, 41,4% — на второй день, 10,3% — на третий и позднее. В социально же благополучных семьях три четверти (75,2%) родителей обращаются к врачу в первые сутки от начала заболевания детей и лишь 21,1% и 3,7% — на второй и последующие дни. Таким образом, социопатическим семьям присуща несвоевременность обращения за медицинской помощью в связи с заболеванием ребенка.

Нельзя не отметить и следующий момент. В социопатических семьях при легком заболевании ребенка в поликлинику обращаются лишь 53,5% родителей (в контроле — 89,9%). Лишь 57,8% родителей в неблагополучных семьях выполняют полностью рекомендации врача по лечению ребенка (в контроле — 79,8%). Таким образом, в социопатических семьях медицинскую активность, направленную на лечение заболевания ребенка, можно оценивать как неудовлетворительную.

Изучение заболеваемости, по данным обращаемости, за три года показало, что ее уровень в социопатической группе достаточно высок — 1947,6 на 1000 детей. Вместе с тем этот уровень заметно ниже такового в контрольной группе (2525,9 на 1000), главным образом за счет более низкой обращаемости по поводу острых респираторных вирусных инфекций (957,4 против 1540,8 на 1000). Нам представляется, что данная ситуация обусловлена не истинным уровнем заболеваемости детей простудными болезнями в социопатических семьях, а низкой обращаемостью родителей этих детей в детские поликлиники. Если вспомнить, что 53,5% родителей обращаются к врачу при любом заболевании ребенка, 43,1% — только при тяжелом, а 3,4% — вообще не обращаются, то можно предположить, что истинный уровень заболеваемости детей социопатической группы занижен на 40—50%.

Второе место в структуре заболеваемости по обращаемости занимают инфекционные и паразитарные болезни (161,1 на 1000, или 8,3 в основной группе; 170,6 на 1000, или 6,7% в контрольной), третье — болезни уха (132,7 и 61,6 на 1000, или 6,8% и 2,5% соответственно).

Дети из семей, в которых отец злоупотребляет алкоголем, в 3 раза чаще получают стационарное лечение (287,4 против 94,8 на 1000). При этом фактически каждый третий ребенок попадает в стационар по поводу бронхолегочной патологии (по поводу ОРВИ — соответственно 41,1 и 12,7 на 1000, бронхита — 29 и 5,2 на 1000), инфекционных заболеваний (55,7 на 1000, или 19,4%). По поводу последних детей из этой группы в 17 раз чаще госпитализируют в стационар. С одной стороны, такие результаты указывают на минимальные возможности ухода за больным ребенком в социально неблагополучных семьях, а с другой — о стремлении участковых врачей помещать ребенка в стационар при заболеваниях, которые можно лечить амбулаторно.

Углубленный медицинский осмотр подтвердил представление о более худшем состоянии здоровья детей социопатической группы (см. табл.). Об этом свидетельствуют, во-первых, показатели, характеризующие уровень соматического здоровья: частота хронических заболеваний и морфофункциональных отклонений, выявленных при углубленном медицинском осмотре, которая оказалась в 1,84 раза выше, чем среди детей из семей социального благополучия (264,9 против 143,1 на 100 осмотренных).

Во-вторых, наличие в семье “пьющего” отца неблагоприятно воздействует на физическое здоровье ребенка. Так, оказалось, что в социопатической группе лишь 63,5% детей имели гармоничное развитие, тогда как в группе контроля — 75,8% ($P < 0,05$). Кроме того; четверть детей из социопатических семей (26,9%) имели дефицит массы тела, в благополучной же группе этот показатель был в 2 раза меньше (10,0%, $P < 0,001$).

В-третьих, есть все основания констатировать неудовлетворительное состояние психического здоровья детей в социопатических семьях. У них в 3 раза чаще выявляются психические нарушения и расстройства поведения (34,1 про-

Распространенность и структура некоторых морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний у детей

Классы болезней	На 100 осмотренных		В % к итогу		P
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	
V. Психические расстройства и расстройства поведения	34,1±3,3	10,9±2,1	12,9	7,6	<0,001
VI. Болезни нервной системы	34,1±3,3	12,8±2,3	12,9	8,9	<0,001
VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата	27,0±3,1	18,9±2,5	10,2	13,3	<0,05
X. Болезни органов дыхания	31,3±3,2	22,3±2,9	11,8	15,6	<0,05
XI. Болезни органов пищеварения	25,6±3,0	18,9±2,5	9,7	13,3	<0,05
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки	12,8±2,3	9,0±2,0	4,8	6,3	<0,05
XIV. Болезни мочеполовой системы	9,9±2,0	8,1±1,9	3,8	5,6	<0,05
XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	23,7±2,9	4,7±1,5	8,9	3,3	<0,001
XVII. Врожденные аномалии	8,1±1,9	1,4±0,8	3,0	0,9	<0,001
Прочие классы	58,3±3,4	36,1±3,3	22,0	25,2	<0,001
ИТОГО	264,9	143,1	100,0	100,0	

тив 10,9 на 100 осмотренных). В структуре психических нарушений у детей социопатической группы значительное место занимают нозологические формы психических заболеваний в виде невротоподобных состояний, невротоз, задержки нервно-психического развития (72,2% против 34,7%). В благополучной же группе доминируют нозологические психические расстройства в виде психовегетативных нарушений и вегетососудистых феноменов (56,5% против 8,4%); высокий уровень заболеваний нервной системы (VI класс) и отдельных состояний (чаще всего в виде энцефалопатий), возникающих в перинатальном периоде (XVI класс).

Проведенная нами комплексная оценка состояния здоровья показала, что треть детей социопатической группы (33,2%) имеют III—IV группы здоровья, то есть те или иные хронические заболевания с различной степенью компенсации (в контроле этот показатель равен 16,1%, $P < 0,001$). Данный контингент детского населения должен быть отнесен к группе высокого риска. Такие дети нуждаются в оказании действенной социальной и медицинской помощи, что можно обозначить как приоритетное направление в системе охраны материнства и детства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Ананьин С.А. и др. // *Мат. и дет.* — 1992. — № 2. — С. 6—8.

2. *Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю.* // *Казанский мед. ж.* — 1996. — № 5. — С. 321—325.

3. *Ананьин С.А.* Состояние здоровья детей из семей социального неблагополучия и принципы организации медико-социальной помощи: Автореф. дисс. — докт. мед. наук. — М., 1995.

4. *Баранов А.А.* Медико-демографическая ситуация и здоровье детей России. — Охрана репродуктивного здоровья населения. — М., 1997.

5. *Каткова И.П., Кравченко Н.А.* Методика комплексного социально-гигиенического изучения материально-жилищных условий жизни семьи. — М., 1976.

6. *Комаров Ю.М.* Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения и вклад НПО "Мед-соцэкономинформ" в их научное обоснование и инновационные решения. — М., 1995.

7. *Лисицын Ю.П., Полунина Н.В.* Образ жизни и состояние здоровья детей. — М., 1982.

8. *Сорокин А.В.* Состояние здоровья и организационные принципы медицинского обслуживания детей группы медико-демографического риска: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Н.Новгород, 1992.

Поступила 21.04.98.

LIFE WAY AND HEALTH STATE OF CHILDREN BRINGIN UP IN THE FAMILIES WITH A FATHER ABUSING ALCOHOL

A.I. Ibragimov

S u m m a r y

The data of medicosocial study of the families having a father abusing alcohol are presented. The disease incidence of children in sociopathic families was studied by the data of taking medical advice and medical examination. The complex estimation of their health state showed that one third of the sociopathic group (33,2%) refers to III—IV health groups, that is they have various chronic diseases. The social and medical care for them can be considered as the priority direction in maternity and child protection.