

Абдуллаев Т.О., Буйлашев Т.С.

РЕЗИДЕНЦИАЛДЫК МЕКЕМЕЛЕРДЕ ТАРБИЯЛАНЫП ЖАТКАН БАЛДАРДЫН ДЕН СОЛУГУНА ТААСИР БЕРҮҮЧҮ СОЦИАЛДЫК СЕБЕПТЕР

Абдуллаев Т.О., Буйлашев Т.С.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В РЕЗИДЕНЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

T.O. Abdullaev, T.S. Builashev

INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON THE STATUS OF HEALTH OF CHILDREN READING IN RESIDENTIAL INSTITUTIONS

УДК:616-053.2:316.3

Макалада интернат тибинде ата-эне камкордугунан калган 6 жашка чейинки балдардын физикалык жана нерв-психикалык өнүгүүсүнүн өзгөчөлүктөрү чагылдырылган. Билим алуу жана жашоо деңгээли төмөн, жумушсуздук, эненин экстрагениталдуу оорулары жана балдардын өсүшүндө социалдык себептердин байланышы аныкталган.

Негизги сөздөр: физикалык жана нерв-психикалык жактан өрчүү, калктын аялуу топтору, балдар, кризистик кырдаал, оору, резиденциалдык мекемелер.

В статье отражены особенности физического и нервно-психического развития детей до 6 лет, оставшихся без родительского попечения в домах интернатного типа. Выявлена связь социальных факторов, таких как, низкий уровень жизни и образования, безработица, экстрагенитальные заболевания матери.

Ключевые слова: физическое, нервно-психическое развитие детей, их заболеваемость, кризисная ситуация, резиденциальные учреждения.

The article reflects the features of the physical and neuropsychic development of children under 6 years old who have remained without parental care in boarding-type homes. The relationships of social factors, such as low living standards and education, unemployment, extragenital diseases of the mother and development of children, has been revealed.

Key words: physical and neuropsychic development, vulnerable groups of the population, children, crisis situation, morbidity, residential institutions.

Введение. В современных условиях социально-экономического развития общества решение медико-социальных проблем сохранения здоровья детей, находящихся в интернатных учреждениях является одной из актуальных [5]. Проблема улучшения состояния здоровья подрастающего поколения является приоритетной для отечественного здравоохранения. Сложившаяся в последнее время напряженная ситуация, связанная с ростом социального сиротства, развивается на фоне неблагоприятной социально-экономической обстановки [1]. Обострение этой проблемы в наши дни является следствием затянувшихся социально-экономических преобразований в стране, приведших к ослаблению общечеловеческих, морально-этических ценностей, изменению нравственных устоев семьи, увеличению числа семей, находящихся в трудном положении по социальным и психологическим критериям. Появление безработицы, алкоголиза-

ция населения, локальные конфликты способствовали росту числа детей, оставшихся без попечения родителей [7].

Состояние здоровья и детей, оставшихся без попечения родителей, определяет спектр и выраженность их социальных и медицинских проблем, оказывает влияние на дальнейшую жизнь [4,10].

Дети, воспитываемые вне семьи, имеют худшие показатели здоровья по сравнению со сверстниками, воспитываемыми в семьях, по общей и инфекционной заболеваемости, физическому, психическому, психомоторному и социальному развитию [11,13]. Наиболее значимые факторы, влияющие на семейное благополучие, вследствие которых у детей может возникнуть трудная жизненная ситуация: плохие материальные условия жизни семьи, потеря связи с рынком труда, внутрисемейные конфликты, неблагоприятная психологическая атмосфера в семье, жестокое обращение в семье, алкоголизм и наркомания в семье [1,5].

На здоровье детей, воспитываемых в интернатных учреждениях, помимо факторов, определяющих здоровье детской популяции в целом, оказывает влияние фактор социального сиротства [8,4].

Научные факты, бесспорно, доказывают невозможность полноценного и нормального развития детей, оставшихся без попечения родителей. В условиях социальной изоляции от родителей и лиц, их заменяющих, разрушается естественный процесс развития ребенка [1,4,7]. Здоровье этих детей напрямую зависит от здоровья матери. Во время беременности на плод могут действовать различные факторы, которые могут привести к печальным последствиям. Наиболее часто встречаются такие факторы риска, как: возраст, вредные привычки родителей; рост и масса матери; число детей в семье и интервал между родами; гинекологические заболевания беременной; соматические заболевания беременной; инфекционные заболевания во время беременности; резус - и групповая несовместимость матери и плода [3,1,6].

Цель исследования. На основе комплексной оценки состояния здоровья и социального статуса детей раннего детского возраста, оставшихся без попечения родителей, разработать программу

медицинского контроля за их соматическим состоянием.

Задачи исследования.

1. Осуществить анализ особенностей состояния здоровья детей раннего детского возраста, оставшихся без попечения родителей.

2. Исследовать влияние социальных факторов на развитие детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в интернатных учреждениях.

3. Осуществить анализ особенностей условий содержания детей, оставшихся без попечения родителей и проживающих в интернатных учреждениях.

4. Разработать научно обоснованные мероприятия по сохранению здоровья этих детей.

Материалы и методы исследования.

Единицей наблюдения явился ребенок первых шести лет жизни, воспитывающийся без родителей, объектом исследования - семьи группы риска, имевшие детей первых шести лет жизни, отдавших его на воспитание в дом интернатного типа.

Объем выборочной совокупности составил 220 детей.

Материалом для исследования послужили специально разработанные карты медико-социальной оценки состояния здоровья детей.

Результаты исследования. Показатели массы тела у детей детских домов масса детей при рождении в стандартных пределах отмечалась у 75,6%, к выписке в пределах физиологических колебаний зарегистрировано 75,7% детей, но, начиная с годовалого возраста, снижение массы тела по сравнению средней возрастной нормой четко прослеживается в каждом годовом интервале, до 4-х лет включительно (у 76,7% на 1 году, до 100% в 4 года). Таким образом, антропометрические данные, свидетельствуют о нарастании дефектов в уходе и вскармливании детей, приобретающих с годами системный характер.

Отставание в весе у детей, воспитывающихся в детских домах, обусловлено отсутствием солнечного света и свежего воздуха в комнатах, где находятся дети, а также однообразным, неполноценным питанием и недостаточным уходом со стороны нянек.

Кроме того, отставание в физическом развитии, в значительной мере, связано с течением основного заболевания у этих детей (расщелина твердого и мягкого неба, отсутствие сосательных и глотательных рефлексов, аномалии со стороны ЖКТ, ВПС, глубокая умственная отсталость и т.д.), и присоединение инфекций.

Выявлено, что ростовые показатели у детей - сирот более выразительны в отношении торпидных, соматропных влияний, по сравнению с показателем массы тела. И это подчеркивает глубину расстройств физического развития и может объяснить нарушения фундамента хорошего здоровья в будущем. Так же как и масса тела, длина тела уменьшается до 5-ти лет, после чего тенденция к уменьшению роста

ослабевает. Окружность головы у детей, воспитывающихся в детских домах, только в 19,8% случаев соответствовала норме. Число детей с мегалоцефалией убывает до 12,2%, более того, нарастает количество детей с микроцефалией (в динамике у 67,2% в 1 год, у 73,5% в 2 года). Однако, мегалоцефалия у исследуемых сохраняется в течение всего наблюдения до 6-ти лет включительно.

В остальных возрастных группах отмечается такая же картина. Окружность головы является важным параметром в психомоторном развитии ребенка. Она может указывать на возможность наличия гидроцефалии и микроцефалии. Ведущую роль в возникновении гидроцефалии и микроцефалии также играют внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, хламидии и др.). Окружность грудной клетки у 44,4% детей к одному году была ниже нормы.

В остальных возрастных группах отмечается аналогичная тенденция в росте окружности грудной клетки у обследованных нами детей.

Дети до 5-ти лет отстают в нервно-психическом развитии (этот показатель держится на уровне 43,5%). Начиная с 5-ти лет доля детей с нервно-психическими расстройствами возрастает до 57,1%. В структуре заболеваний значительно высокий процент приходится на заболевания органов дыхания (ОРВИ - 62,7%, болезни верхних дыхательных путей - 4,5% и пневмония - 9%). Это можно объяснить большой скученностью детей.

На втором месте стоят болезни нервной системы, в основном детский церебральный паралич, задержка психо-моторного развития (37,2%) (каждый второй ребенок страдает этой патологией), на третьем месте - врожденные аномалии (20,4%). В возникновении перинатальных причин ведущая роль принадлежит внутриутробной гипоксии. Наиболее часто этому способствуют различные нарушения во время беременности (рвота беременных, недонашивание, перенашивание, ВУИ плода) генитальные и экстрагенитальные заболевания матери.

Отмечается довольно низкий процент заболеваний органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, аллергических заболеваний и т.д.

Исследования показали, что подавляющее большинство матерей (54,4%), детей находившихся в домах интернатного типа, не наблюдались у медицинских работников во время беременности, тогда процент наблюдавшихся женщин составил 45,6%, и этот фактор не мог не отразиться на психомоторном развитии ребенка.

Заболеваемость изучаемого контингента женщин экстрагенитальной патологией составила 573,4%о %

В структуре заболеваний значительно высокий процент приходится на анемию (каждая седьмая женщина страдала этой патологией). На остальные группы заболеваний приходится очень низкий процент. Возможно, это можно объяснить низкой обращаемостью женщин за медицинской помощью,

вследствие частой незаинтересованности их в исходе беременности и низкой выявляемостью заболеваний. В отличие от республиканского показателя на втором месте среди заболеваний матерей находятся психические расстройства и болезни нервной системы, которые в большинстве случаев определяют исход беременности и для плода. На третьем месте – болезни мочеполовой системы, большую часть которых составляют кольпиты. Урогенитальная инфекция является одной из основных причин отклонений в развитие плода. Гинекологическая заболеваемость составила 347,4%. На первом месте стоят воспалительные заболевания (эндоцервикоз, сальпингит, оофорит, кольпит), которые имеют значение для нормального вынашивания беременности. Самый высокий процент интергенетического интервала приходится до 2 лет (54,8%), затем на 2-4 года и 4-6 лет (по 19,4%) и самый низкий процент составляет 6 лет и более (6,4%).

В структуре урогенитальных заболеваний на первом месте стоит цитомегаловирусная инфекция (25%), на втором месте – хламидиоз, микоплазмоз, сифилис (по 16,7%). Довольно высокий показатель ЦМВ и сифилиса в родах, которые являются одной из основных причин неврологических нарушений со стороны. Наиболее часто женщины отмечают вирусную инфекцию (грипп, корь, краснуха) во время гестации (13,3%), при наличии которой чаще всего развиваются врожденные пороки развития, в том числе грубые и не совместимые с жизнью.

У 28,5% женщин беременность протекала без патологии. Наибольший показатель осложнений приходится на вторую половину беременности (40,6%). Это можно объяснить относительно молодым возрастом женщин, когда осложнения первой половины беременности развиваются не часто. На гипертензивные состояние беременности приходилось всего 6%.

В причинах отказа от ребенка в большинстве случаев имеет место заболевание самого ребенка (24,8%), нежели заболевания матери (3,1%).

При этом низкий уровень жизни отмечался в 63,2% случаях, неоформленные отношения в браке в 58,2% (другое в 13,9% случаях).

Выше указанные факторы, свидетельствуют о необходимости улучшения условий жизни в семьях, повышения внимания на социальную защиту женщин, имеющих неполноценную семью, как наиболее уязвимую категорию населения.

В большинство случаев (63,8%) женщины не состояли в браке и лишь в 24,9% случаях имело место состоявшийся брак, а в 11,4% случаях брак вообще не зарегистрирован. Женщины в 58,8% случаях имели среднее образование, средне-специальное образование – в 4,4% и только в 3,5% случаях матери имели высшее образование, а неполное среднее образование отмечалось в 33,3% случаях. Становится очевидным, что недостаточное образование матери в какой-то мере может отри-

цательно отразиться на материальном положении семье и определении своего ребенка в детский дом.

Анализируя уровень образованности отца определено, что в большинстве случаев (63%) имело место среднее образование, среднее специальное – в 8,7% случаях и только в 2,2% случаях отцы имели высшее образование. Неполное среднее образование установлено в 26,1% случаях.

Отсутствие полноценного образования отцов и низкий заработок также во многом повлияли на определение своих детей в детские дома.

Изучение социального положения матери показало, что большинством матерей были домохозяйками и рабочими (69,2% и 22,5% соответственно). При этом матерей самозанятых также было относительно мало (4,1%), а служащих и учащихся было немного (2,1% и 2,1% соответственно). Вышеизложенное указывает, как социальное неблагополучие семьи может отрицательно отразиться на материальных условиях жизни, что ведет к устройству ребенка в детский дом.

Вредные привычки матерей, главным образом касаются курения и употребления алкоголя (19,6% и 34,6% соответственно), тогда как профессиональные вредности отмечались всего лишь в 1% случаях.

Количество постоянно употребляющих алкоголь матерей больше, чем отцов (34,6% по сравнению 32,4%). Следует отметить, что совсем не употребляющих алкоголь матерей гораздо больше 43,2%, нежели совсем не употребляющих алкоголь отцов 35,2%. Указанное выше неблагополучие положения семей, имеющих больше вредных привычек (курение, употребление алкоголя), несомненно, имело свое влияние на отсутствие возможностей расти и воспитывать ребенка в семье. Становится очевидным, что недостаточное образование родителей в какой-то мере может отрицательно отразиться на материальном положении семье и определении своего ребенка в детский дом.

Диспансерное наблюдение за больными детьми осуществляют невропатолог и педиатр, работающий в детских домах.

В основном все дети, воспитывающиеся в детских домах, прошли профосмотры у врачей «узких» специальностей: невропатолога – 89,1%, хирурга – 47,3%, отоларинголога – 45%, окулиста – 48,6%, стоматолога – 29,1%

Количество детей, охваченных прививками составило 92,7%. Дети, подлежащие к прививкам, вакцинированы по плану (34,2%).

В 58,5% случаев дети не привиты в установленном сроке, в связи с временными противопоказаниями и согласно рекомендациям соответствующих специалистов. Эти дети были вакцинированы по индивидуальной схеме.

В 7,2% случаев детям с тяжелыми длительно протекающими заболеваниями (органическое поражение сердца, эпилепсия с частыми припадками, гидроцефалия, коллаптозы и др.) прививки не проводились.

Выводы. Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья детей, воспитывающихся без родителей показало низкий уровень физического развития детей в детских домах, так масса тела детей до 1 года лишь в 11,9% случаев соответствует норме, в 76,7% случаях ниже нормативных показателей. Такая же картина отмечается в других возрастных группах. Отставание в физическом развитии в значительной мере связано с наличием и течением основного заболевания у этих детей (расщелина твердого и мягкого неба, отсутствие сосательных и глотательных рефлексов, аномалии со стороны ЖКТ, ВПС, глубокая умственная отсталость и т.д.) и с другими инфекционными заболеваниями. Нервно-психическое развитие у этих детей в 57% случаев не соответствует норме. В структуре заболеваемости таких детей преобладают заболевания органов дыхания.

Наиболее значимыми факторами риска, способствующими воспитанию ребенка без родителей, является социальное неблагополучие родителей, высокий уровень безработицы, низкий уровень образования и уровень жизни.

Литература:

1. Кластерное обследование по многим показателям. Мониторинг положения детей и женщин. Бишкек, 2006. – 213 с.
2. Конвенция о правах ребенка. – Женева. Управление Верховного комиссара ООН по правам человека. – 1989. (<http://www.unhchr> по состоянию на 25 мая 2005.).
3. Конвенция Международной Организации Труда N 184. О безопасности и гигиене труда в сельском хозяйстве (Ратифицирована Законом КР от 30 декабря 2003 N 245).
4. Кузмичев П.П. Оздоровление детей из социально неблагополучных семей на базе дневного стационара/ П.П. Кузмичев, Е.П. Безматерных, И.В. Коровина// Детская больница.- 2007.- №1. – С. 71-73.
5. Либова Е.Б. Медико-социальная характеристика детей, воспитывающихся в домах ребенка и пути их реализации. Автореф...дис. канд. мед. наук: 14.00.09/ Е.Б. Либова – СПб., 2003. – 22 с.
6. Максимова Т.М. Здоровье детей в условиях социальной дифференциации общества/ Т.М.Максимова, О.Н. Гаенко, В.Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. –№ 1. – С. 9-14.
7. Прудников Б.П. Профилактика беспризорности, безнадзорности, наркомании среди несовершеннолетних. Административно-правовое регулирование монография. /Б.П.Прудников, О.П.Рыбалкина.- Москва, 2004.- 232 с.
8. Рекомендация МОТ № 190. О запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда. – Женева, 17 июня 1999 г.
9. Руденский Е.В. Дефицитная деформация личности подростка как предмет психологического исследования [Текст]: научно-реферативный доклад / Е.В.Руденский. – Новосибирск: Изд-во Новосиб. гос.пед.ун-та, 2002.- 60 с.
10. Середа В.М. Здоровье дезадаптированных детей и пути совершенствования медико-социальной помощи в современных условиях: автореф... дис.докт.мед.наук.- СПб, 2005. - 44 с.
11. Сон И.М. Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям качества их жизни: методическое пособие / И.М.Сон, И.С. Цыбульская, Е.Н.Байбарина. – М., 2004. – 354 с.
12. Стафеев В.Ф. Знания и навыки здорового образа жизни детей с ограниченными возможностями развития как важнейший критерий подготовки их к успешной интеграции в общество/ В.Ф.Стафеев, Г.В.Васильева, Н.Л.Сюнева // Физическое и психическое здоровье молодежи изменяющийся России: материалы всероссийской научно-практической конференции. – Петрозаводск, 2005. – С. 143-149.
13. Чуриков Д.Е. Состояние здоровья и адаптационные ресурсы воспитанников детских домов смешанного типа: Автореф... дис.канд.мед.наук. – СПб, 2005.– 34 с.
14. Эрман Л.В. Медико-организационные технологии в работе врача дома ребенка / Л.В.Эрман, В.И.Орел. – СПб.: Издание СПб., 2004.-180 с.

Рецензент: д.м.н., профессор Сельпиев Т.Т.