

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ

Гатиятуллина Л.Р.<sup>1</sup>, Малиевский В.А.<sup>1</sup>, Винярская И.В.<sup>2</sup>, Коновалова Г.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр здоровья детей» Российской академии медицинских наук

---

Проблемы изучения, сохранения и восстановления здоровья детей становятся наиболее актуальными в современных условиях вследствие усиления воздействия на здоровье различных социально-экономических и психологических факторов и в первую очередь тех, которые связаны с уровнем и качеством жизни. Растущая актуальность указанных проблем делает необходимым комплексное исследование условий, оказывающих влияние на здоровье подрастающего поколения, включая социально-экономическую подсистему общества. В ходе исследования выявлен принципиально новый факт, свидетельствующий о том, что ухудшение разных сторон жизнеобеспечения по-разному сказываются на состоянии здоровья проживающих в городе и в сельской местности. В семьях каждый элемент ухудшения ситуации в жизнеобеспечении ребенка влечет за собой ухудшение практически всех выделенных показателей здоровья детского населения различных районов Республики Башкортостан, отличающихся структурой профессиональной занятости населения, уровнем жизни.

Ключевые слова: качество жизни, социальная среда, здоровый образ жизни, здоровье детей.

## QUALITY OF LIFE OF CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE, DEPENDING ON THE SOCIO-HYGIENIC LIVING CONDITIONS

Gatiyatullina L.R.<sup>1</sup>, Malievsky V.A.<sup>1</sup>, Vinjarskaya I.A.<sup>2</sup>, Konovalova G.M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>State institution of higher professional education «the Bashkir state medical University» of the Ministry of health of the Russian Federation, Ufa, Russia

<sup>2</sup>Federal state institution «Scientific center of children health, Russian Academy of medical Sciences

---

Problems of studying, maintaining and restoring the health of children are most relevant in today's environment due to increased exposure on the health of different socio-economic and psychological factors, especially those related to the level and quality of life. The increasing relevance of these problems requires a comprehensive study of the conditions that influence the health of the younger generation, including the socio-economic system of society. During research a fundamentally new fact testifying that worsening of different parties of life-support on anything affect on the state of health is reduced, resident in city and in rural locality. In families every element of worsening of situation in the life-support of child entails worsening of practically all distinguished indexes of health, child's population of different districts of Republic of Bashkortostan, different the structure of professional employment of population, standard of living.

Keywords: quality of life, social environment, healthy living, health of children.

### Введение

До последнего времени в политике охраны здоровья в качестве основного фактора, способствующего улучшению статуса здоровья, рассматривалась система здравоохранения [2,4]. Поддержание здоровья ассоциируется с профилактикой, лечением, приемом лекарств и другими методами и средствами врачебного воздействия. Между тем становится все более очевидным, что причина современной патологии – в образе жизни в таких ее характеристиках, как качество жизни и окружающей среды, т. е. в многогранном комплексе объективных и субъективных факторов [6].

Вместе с тем совокупность факторов, значительно воздействующих на состояние

здоровья детей, выходит далеко за пределы того, что связано с собственно организацией здравоохранения, в частности, это социальные детерминанты, связанные с феноменом качества жизни – уровень материальной обеспеченности, бытовые условия, качество питания, неудовлетворительная физическая активность, отсутствие полноценной культуры поведения, соответствующей требованиям охраны здоровья. Поэтому, несмотря на постоянный рост инвестиций в охрану здоровья детей, значительные достижения в лечебно-диагностической сфере, конечный результат осуществления всего комплекса предпринимаемых государством усилий в области охраны здоровья остается малоутешительным.

Изучение взаимосвязи здоровья с основными компонентами условий и образа жизни детей носило преимущественно медико-санитарный характер и осуществлялось в рамках социально-гигиенических исследований, имеющих многолетние традиции [3,5,7].

### **Цель исследования**

Изучить показатели качества жизни детей младшего школьного возраста в зависимости от социально-гигиенических условий проживания.

### **Материал и методы исследования**

Основой исследования являются данные анкетирования 864 детей младшего школьного возраста (8–12 лет) и их родителей из городов и районов в республике Башкортостан. В городах проживало 592 ребенка (68,5 %), в сельской местности – 272 (31,4 %) ребенка.

Для исследования социально-гигиенических особенностей семей использовалась анкета, разработанная лабораторией, по изучению качества жизни, Научного центра здоровья детей РАМН.

Для исследования качества жизни (КЖ) использовался международный опросник PedsQL 4.0 – PediatricQualityofLifeInventory, имеющий детскую и взрослую версию [8,9]. Данный опросник включает 23 вопроса, которые позволяют оценить КЖ по 4 шкалам: физическое функционирование (ФФ), эмоциональное (ЭФ), социальное функционирование (СФ), жизнь в школе (ЖШ), на основании которых рассчитывается суммарный балл (СБ). Кроме того, три последних шкалы формируют показатель психического здоровья (ПЗ). Вопросы опросника затрагивают отношения со сверстниками, повседневную деятельность, эмоциональное состояние, школьную успеваемость. Использовались варианты опросника для родителей и детей в возрасте 8–12 лет. Для ответов использована 5-балльная шкала Ликерта, при этом количество баллов варьирует от 0 («никогда нет проблем») до 4 («почти всегда трудно»). Полученные ответы подвергались процедуре перекодирования по разработанному авторами алгоритму в 100-балльной системе, при этом уровень КЖ

находится в прямой зависимости от величины набранных баллов.

Опросник прошел мульти центровые исследования в разных странах мира и доказал свою высокую информативность и чувствительность, что говорит о его надежности и достоверности для оценки КЖ детей младшего школьного возраста [1].

Для оценки достоверности полученных результатов анкетирования мы использовали методы непараметрической статистики. При описании количественных данных в качестве меры центральной тенденции указывалась медиана (Me) – значение, соответствующее середине ряда упорядоченных от минимальной до максимальной величин, в качестве меры рассеяния – интерквартильный размах: значения 25-го и 75-го квартилей (Q25 и Q75). Достоверность различий количественных показателей между двумя группами оценивали по критерию Манна – Уитни, а при наличии трех групп и более – по критерию Крускала – Уоллиса. Различия считались статистически значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования**

Особенности здоровья, связанные с социальным статусом семьи, характерны для всех исследованных городов и сельской местности республики. Жизнь ребенка, состояние здоровья в значительной мере определяется уровнем жизни семьи. Нами был проведен частотный, сравнительный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья детей, проживающих в городах и селах Республики Башкортостан.

Данные социально-гигиенической характеристики детей младшего школьного возраста показали, что большинство детей в городах и селах проживало в полных семьях (677 детей, 68,5 %). Частота встречаемости многодетных семей преобладала почти в 3 раза в сельских районах республики по сравнению с городами (соответственно 37,1 % и 13,0 %). При анализе образования матери и отца выявлены существенные различия образовательного уровня родителей в городской и сельской местности. В сельских районах уровень неполного среднего и среднего образования в 2,5 раза превышал аналогичный показатель в городах: среди матерей 3,3 % и 31,8 % против 1,36 % и 12,7 % ( $p=0,048$  и  $0,0001$ ), среди отцов – 3,75 % и 42,5 % против 1,68 % и 15,8 % ( $p=0,073$  и  $0,0001$ ). Наличие высшего образования в городах выявлялось в 2 раза чаще, чем в сельских районах по сравнению с городами, как у матерей (33,9 % и 17,4 %,  $p=0,0001$ ), так и у отцов (30,4 % и 13,7 %,  $p<0,0001$ ).

Трудовой доход имели в 1.7 раза выше семьи, живущие в городах: матери (80,5 %) и отцы семейств (92 %), напротив (69,4 %) и (84,9 %) Безработные матери и домохозяйки чаще встречались на селе (6,3 % и 24,1 % напротив 3,9 % и 15,6 %,  $p=0,0021$ ), безработные отцы (5,1 % и 7,8 %,  $p=0,011$ ).

Большинство родителей (68,2%) отрицали наличие у них вредных привычек. Однако

злоупотребление алкоголем в сельских районах отмечалось в 4,5 раза выше, чем в городах (соответственно 9,1 % и 2,0 %,  $p=0,0001$ ).

Доброжелательные, спокойные взаимоотношения в семье отметило большинство родителей (93 %). Реже (7,0 %) взаимоотношения характеризовались как холодные, натянутые. При сравнение с городами, в сельских районах в 1,7 раза чаще встречались семья, где отмечались часто напряженные, конфликтные взаимоотношения (соответственно 5,6 % и 9,93 %,  $p=0,021$ ).

Школьная успеваемость с отличными показателями в городах отмечалась в 1,5 раза выше, чем в сельских районах (соответственно 21,7 % против 13,8 %,  $p=0,0046$ ).

Полноценно и правильно питалось (90,5 %) детей младшего школьного возраста, чаще проживающие в сельской местности (94,5 %) и (88,3 %,  $p=0,0033$ ). Соответственно, нерегулярное, однообразное питание отмечалось больше у городских жителей 11,7 % напротив 5,49 % ( $p= 0,004$ ), что возможно связано с более «быстрыми темпами жизни» и частым потреблением полуфабрикатов.

Дети, проживающие в городской местности, почти в 1,8 раза чаще болели, чем сельские дети (соответственно 23,8 % и 13,2 %,  $p=0,0009$ ). В сельских районах дети чаще осматривались врачом регулярно и чаще с профилактической целью в 1,4 раза (67,2 % и 48,2 %,  $p= 0,0001$ ).

Анализ полученных данных показал, что многие показатели качества жизни на селе в городе имели существенную разницу. Полученные данные свидетельствуют о необходимости более дифференцированного подхода, к организации медицинского наблюдения за детьми. Обнаруживаются худшие показатели в семьях с низким социально-экономическим положением по ряду социальных позиций: часто это были неполные семьи, имевшие плохие жилищные условия, чаще отмечался низкий уровень образования родителей, различные проблемы психологического характера, большая распространенность злоупотребления алкоголем в семье.

По данным коэффициента корреляционного анализа была выявлена взаимосвязь среднемесячного дохода членов семьи с показателями качества жизни детей по оценке родителями ( $r=0,132$ ,  $p<0,001$ ), в том числе по шкалам «Физическое функционирование» ( $r=0,14$ ,  $p<0,001$ ), «Социальное функционирование» ( $r=0,08$ ,  $p=0,036$ ), «Жизнь в школе» ( $r=0,11$ ,  $p=0,03$ ), «Психическое здоровье» ( $r=0,10$ ,  $p=0,008$ ). Можно предположить, что ребенок в этом возрасте не придает особого значения на социальное положение в обществе своих родителей, а выявленные корреляционные взаимосвязи могут свидетельствовать о влиянии материального положения родителей на их оценку качества жизни детей.

**Таблица 1**

**Показатели качества жизни детей  
в зависимости от социального положения матери**

Шкала	социальное положение матери (n=764)				p
	учащаяся (n=68)	домохозяйка (n=143)	рабочая (n=224)	служащая (n=329)	
По оценке родителей:					
ФФ	78 (69-88)	81 (72-91)	81 (69-94)	81 (69-91)	>0,05
ЭФ	75 (60-85)	80 (65-90)	75 (60-90)	75 (65-90)	>0,05
СФ	80 (60-90)	85 (70-95)	85(70-90)	85 (70-95)	<b>0,0140</b>
ШФ	65 (50-70)	70 (55-80)	65 (55-80)	70 (60-80)	<b>&lt;0,001</b>
ПЗ	68 (62-80)	77 (68-86)	75 (65-85)	77 (67-83)	>0,05
СБ	74 (66-80)	78 (71-87)	77 (68-85)	77 (70-86)	>0,05

Установлено, что для детей этой возрастной категории образование родителей и их социальное положение не имело особого значения. По мнению родителей в семьях, где матери были домохозяйками и служащими, социальное и школьное функционирование было выше, чем у группы рабочих и учащихся, что, возможно, связано с тем, что матери домохозяйки и служащие больше времени и внимания уделяли детям.

**Таблица 2**

**Показатели качества жизни детей  
в зависимости от социального положения отца**

Шкала	социальное положение отца (n=685)				p
	Безработный, учащийся (n=75)	рабочий (n=348)	служащий (n=195)	предприниматель (n=67)	
По оценке родителей:					
ФФ	81 (78-88)	81 (69-91)	81 (69-91)	81 (69-94)	>0,05
ЭФ	80 (75-95)	75 (62-90)	75 (60-90)	75 (60-85)	>0,05
СФ	82 (65-95)	85 (70-90)	85 (70-95)	85 (75-90)	>0,05
ШФ	60 (50-80)	65 (55-80)	70 (55-80)	72 (60-80)	<b>0,001</b>
ПЗ	73 (67-88)	75 (65-83)	75 (63-86)	77 (70-85)	<b>0,0049</b>
СБ	75 (73-89)	76 (68-85)	77 (67-87)	76 (71-86)	>0,05

Родители более низко оценивали показатели школьного функционирования и психического здоровья в семьях, где отцы были безработными.

Оказалось, что связь о представлении здоровья и влияния ее на качество жизни детей, от характера питания оказалась положительной (табл. 3). Достоверно чаще выявлялись низкое качество питания. Приведенные в таблице данные свидетельствуют о том, что имущественный статус определяет качество жизни, семьи, т.е. объем и ассортимент продуктов питания.

**Таблица 3**

**Качество жизни детей младшего школьного возраста  
в зависимости от характера питания**

Шкала	Полноценное (n=688)	Однообразное (n=76)	p
По оценке родителей:			
ФФ	81(71-92)	75(60-88)	<b>0,0014</b>
ЭФ	75(60-90)	75(65-85)	>0,05
СФ	85(70-95)	75(65-90)	<b>0,0017</b>
ШФ	70(60-80)	70(55-80)	>0,05
ПЗ	76(67-85)	70(62-80)	<b>0,0040</b>
СБ	77(70-86)	70(64-82)	<b>0,010</b>
По самооценке:			
ФФ	84(72-93)	78(65-91)	>0,05
ЭФ	75(65-85)	70(60-80)	<b>0,035</b>
СФ	85(70-95)	80(70-90)	>0,05
ШФ	70(60-90)	70(60-90)	>0,05
ПЗ	76(67-85)	72(65-80)	>0,05
СБ	78(70-86)	75(67-83)	<b>0,048</b>

Фактором риска отклонений в здоровье у детей является их недостаточное и некачественное питание. Статистически значимые различия, по оценке родителей, что однообразное питание влияет как на «Физическое функционирование», так и на состояние «Социального функционирования» и «Психического здоровья». Сами дети считали, что однообразное питание больше влияет на состояние «Эмоционального функционирования» и в целом на все показатели КЖ в целом.

В таблице 4 показано влияние на качество жизни детей различная успеваемость в школе.

**Таблица 4**

**Показатели качества жизни детей младшего школьного возраста  
в зависимости от школьной успеваемости**

Шкала	Школьная успеваемость				p
	Отличная (n=152)	Хорошая (n=446)	Удовлетво- рительная (n=153)	Плохая (n=13)	
По оценке родителей:					
ФФ	81(69-94)	81(69-91)	81(72-91)	81(78-91)	<0,05
ЭФ	80(65-90)	75(60-80)	75(60-90)	65(55-90)	<0,05
СФ	90(77-95)	85(70-90)	80(65-90)	65(50-75)	<b>0,001</b>
ШФ	80(70-90)	70(60-80)	65(50-70)	45(40-50)	<b>0,0010</b>
ПЗ	81(73-88)	75(66-83)	70(63-78)	58(53-70)	<b>0,001</b>
СБ	82(73-89)	76(69-86)	73(67-82)	68(58-78)	<b>0,001</b>
По самооценке:					
ФФ	84(69-93)	84(72-91)	86(75-94)	78(68-97)	<0,05
ЭФ	75(65-85)	75(60-85)	70(60-85)	82(45-90)	<0,05
СФ	90(75-95)	85(75-95)	80(65-90)	75(65-80)	<b>0,001</b>
ШФ	80(65-85)	70(60-80)	65(55-70)	45(40-55)	<b>0,001</b>
ПЗ	80(70-88)	77(67-85)	70(63-78)	65(52-72)	<b>0,001</b>
СБ	80(70-89)	78(71-86)	75(68-82)	69(59-80)	<b>0,0027</b>

Как видно из таблицы 4, достоверные различия КЖ получены почти по всем параметрам, кроме «Физического и Эмоционального функционирования», что свидетельствует о том, что дети, испытывающие трудности в обучении, более подвержены психосоматическим заболеваниям.

**Таблица 5**

**Показатели качества жизни детей младшего школьного возраста  
в зависимости от взаимоотношений в семье**

Шкала	Спокойные (n=716)	Конфликтные (n=48)	p
По оценке родителей:			
ФФ	81(71-91)	75(59-88)	<b>0,0074</b>
ЭФ	75(65-90)	65(55-75)	<b>0,0018</b>

СФ	85(70-95)	70(55-81)	<b>0,0050</b>
ШФ	70(60-80)	63(50-70)	<b>0,0020</b>
ПЗ	77(67-85)	66(58-74)	<b>0,00020</b>
СБ	77(70-86)	68(61-78)	<b>0,00015</b>
По самооценке:			
ФФ	84(72-93)	81(63-91)	>0,05
ЭФ	75(60-85)	70(60-80)	>0,05
СФ	85(70-95)	75(60-87)	<b>0,0046</b>
ШФ	70(60-80)	65(55-80)	<b>0,020</b>
ПЗ	76(67-85)	68(62-78)	<b>0,0019</b>
СБ	78(70-86)	71(62-81)	<b>0,0048</b>

Получены статистически достоверные данные о влиянии на КЖ детей младшего школьного возраста, характера взаимоотношений в семье. По оценке родителей, при наличии проблем во внутрисемейных взаимоотношениях ухудшаются все виды функционирования детей и, соответственно, качество жизни. Дети, которые указали на натянутые или конфликтные взаимоотношения в семье, имели низкие показатели по «Социальному, Школьному функционированию» и «Психическому здоровью», у них по всем показателям КЖ суммарный балл был снижен.

Психологическая напряженность особенно выражена в семьях с низким уровнем материального достатка, где доля детей с различными отклонениями в здоровье особенно велика. Это свидетельствует о том, что наряду с решением материальных проблем необходима психологическая коррекция состояний, в том числе в медицинских учреждениях, куда продолжает обращаться большая часть родителей по поводу тех или иных проблем в здоровье.

Если рассматривать действующие на состояние здоровья факторы с точки зрения возможного их регулирования, то очевидно, что наиболее значимыми в этом плане являются организация питания детей в семье и психологический микроклимат семьи, связанные как с формированием отклонений в физическом развитии, так и с развитием психосоматических расстройств.

Из приведенных в таблицах данных видно, что для малообеспеченных семей, воспитывающих детей, характерен спектр факторов, каждый из которых в отдельности, а также в комплексе между собой, наряду с материальными проблемами, могут оказывать специфическое влияние на формирование здоровья ребенка. Поэтому, повышение доходов семьи и упрочение ее материальной стабильности способствуют созданию необходимых условий для роста и



развития здоровых детей. В то же время доля не болевших в течение года детей, перенесших простудные заболевания, частота ряда других заболеваний не связаны с социальным статусом, и по более редким заболеваниям на данном материале различия статистически незначимы.

### **Выводы:**

Таким образом, можно сформулировать два важнейших вывода, вытекающих из полученных результатов. Первый, результат, который удалось выявить на базе нашего анализа, состоит в том, что решающий фактор, определяющий уровень здоровья детей, включая физический, психический и социальный компоненты - это существующее в обществе социальное неравенство, степень поляризации качества жизни.

Второй вывод, вытекающий из синтеза полученных результатов, позволяют определить механизмы формирования здоровья детей, а значит - и характер социальной политики государства в области сохранения здоровья детей.

В нашем исследовании установлен социальный градиент в формировании здоровья детей, т.е. реальным фактором, определяющим рост, развитие и состояние здоровья детей, является социальное расслоение, т.е. в худших социально-экономических условиях дети чаще болеют, чаще имеют недостаточный вес тела и другие отклонения. В связи с этим наиболее актуальной становится деятельность в области анализа, оценки и прогнозирования состояния здоровья детей в зависимости от качества городской среды. Это является основанием для разработки первоочередных наиболее социально и экономически эффективных профилактических и оздоровительных мероприятий, реализации различного рода программ, направленных на охрану и укрепление здоровья детей.

Низкий уровень жизни семьи, недостаток семейного бюджета и связанный с ним неудовлетворительный социальный и психологический фон предопределяют тенденцию к переходу болезней у детей в хроническую форму.

Методологической основой оценки, прогнозирования и управления здоровьем детей должно стать установление причинно-следственных связей между значимыми социально-медицинскими, социально-экономическими и эколого-гигиеническими факторами, складывающимися медико-профилактическими ситуациями и условиями жизни, с одной стороны, и состоянием здоровья детей, с другой. Эти связи целесообразно устанавливать на возможно более раннем уровне, когда изменения в организме носят обратимый характер, а принимаемые меры профилактики наиболее эффективны.

Только располагая подобными результатами, возможно выявить адекватные приоритеты преодоления негативных тенденций и сформировать эффективные программы, нацеленные на оздоровление детей. Наше исследование, которое имеет профилактическую

направленность, соответствует приоритетным направлениям в политике здравоохранения как в регионах, так и в стране в целом.

### Список литературы

1. Байтурина А.Т. Состояние здоровья и качество жизни детей подросткового возраста в Республике Башкортостан: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. –18 с.
2. Баранов А.А. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии. – М.: Изд-во союза педиатров России, 2010. – 272с.
3. Баранов А.А. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей // Здравоохранение Российской Федерации 2008. – № 1. – С.11-12.
4. Белоусов Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы // Качественная клиническая практика. – 2008. – № 2. – С. 28-38.
5. Винярская И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование) // Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 44 с.
6. Кучма В.Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на тысячелетиях / В.П. Кучма. – М.: Изд-во Научного центра здоровья и детей РАМН, 2001. – 367 с.
7. Татькова А.Ю., Печельницкая С.М., Румянцев А.Г. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 4. – С. 46-51.
8. Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (PCQL). I. Instrument development, descriptive statistics, and cross – informant variance / J.W. Varni, E.R. Katz, M. Seid [et al.] // J. Behav. Med. – 2008. – Vol. 21. – P. 179-204.
9. The PedsQL 4.0 Generic Core Scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision – making / J.W. Varni, M. Seid, T.S. Knight [et al.] // J. Behav. Med. – 2010. – Vol. 25, N 2. – P. 175-193.

### Рецензенты:

Яковлева Л.В., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.

Панова Л.Д., д.м.н., доцент, профессор кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа.