

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д., Александрова М.Н.

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава РФ, Санкт-Петербург, e-mail: karina-moiseeva@yandex.ru*

По специально разработанным статистическим формам проведено анонимное анкетирование 130 родителей детей, проходивших лечение на отделении восстановительного лечения СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114» города Санкт-Петербурга. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей медико-социальной характеристики семей, имеющих детей с хроническими заболеваниями, требующими восстановительного лечения. Установлено, что семьи, имеющие ребенка с хроническим заболеванием, по большинству показателей не отличаются от популяции, однако среди факторов, формирующих условия и образ жизни семей, воспитывающих детей с тяжелой хронической патологией, нуждающихся в восстановительном лечении, имеется значительное количество факторов риска, способных оказывать влияние на состояние их здоровья. Воспитание больного ребенка требует значительных материальных затрат, что отрицательно сказывается на материальном положении семьи. В связи с необходимостью постоянного ухода за ребенком многие матери вынуждены не работать (удельный вес домохозяек в исследуемой группе составил 46,0 %). Накопление негативных эмоций, связанных с воспитанием больного ребенка, часто приводит к ухудшению психологического климата в семье. По мере взросления ребенка растет число конфликтных, имеющих напряженные отношения семей. В 25,0 % случаев наличие конфликтов в семье родители связывают с болезнью ребенка.

Ключевые слова: медико-социальная характеристика, дети с хроническими заболеваниями, детская поликлиника, восстановительное лечение.

## MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF FAMILIES HAVING CHILDREN WITH CHRONIC DISEASES

Moiseeva K.E., Kharbedia S.D., Alexandrova M.N.

*Saint-Petersburg state pediatric medical University, Saint Petersburg, e-mail: karina-moiseeva@yandex.ru*

On a specially designed, statistical forms conducted an anonymous survey of 130 parents of children treated at the Department of rehabilitation SPB SBHCI "City polyclinic № 114" of the city of St. Petersburg. The purpose of this study was to investigate the peculiarities of medico-social characteristics of families having children with chronic diseases requiring rehabilitation. Found that families with a child with a chronic disease, most of the indicators do not differ from the population, however, among the factors that shape the conditions and way of life of families raising children with severe chronic pathologies requiring rehabilitation, there are many risk factors that can affect their health. Raising a sick child requires significant material costs, which negatively affects the financial situation of the family. In connection with the need for constant childcare, many mothers are forced not to work (the proportion of Housewives in the study group amounted to 46,0%). The accumulation of negative emotions associated with raising a sick child often leads to a deterioration of the psychological climate in the family. As a child gets older, a growing number of conflict, with tensions between families. At 25.0 % of the cases, the presence of conflict within the family parents associated with the child's illness.

Keywords: medico-social characteristics, children with chronic diseases, children's hospital, rehabilitation treatment.

Одним из наиболее оптимальных путей повышения эффективности работы с детьми, имеющими хроническое заболевание, является развитие реабилитационного звена [2, с. 29], развитие которого зависит от внедрения адекватных форм и методов организации, оптимизации структуры учреждений восстановительного лечения, взаимодействия и преемственности различных медицинских, санаторно-курортных и социальных учреждений в обеспечении реабилитационных мероприятий [3, 4]. Проблема реабилитации детей с хроническими заболеваниями в последние годы в России приобрела большую значимость,

как в практических, так и научных ее аспектах. Существующие условия оказания медицинской помощи и реабилитации не могут в полном объеме обеспечить непрерывный процесс комплексной реабилитации детей. Необходимо дальнейшее повышение качества лечебно-реабилитационных мероприятий и их доступности детям [1, с. 65].

Многие хронические заболевания имеют важное медико-социальное значение, оказывая многообразное негативное воздействие на жизнь больных [2, 7]. На состояние ребенка, так и на результативность его лечения могут влиять различные факторы, характеризующие медико-социальную характеристику семьи, ее психологический климат, социально экономическое благополучие. Условия и образ жизни, которые являются объективной стороной существования семьи, оказывают значительное влияние на организм любого члена семьи, в особенности на формирующийся детский организм [5, с. 39]. Наличие в семье ребенка с хроническим заболеванием является тяжелым психологическим стрессом для обоих родителей. Часто не вполне осознавая этого, семья начинает жить в условиях повышенной эмоциональной нагрузки, оставаясь наедине со своей проблемой в течение длительного периода времени [6, с. 140].

**Цель исследования:** изучение особенностей медико-социальной характеристики семей, имеющих детей с хроническими заболеваниями, требующими восстановительного лечения.

#### **Материалы и методы исследования**

Настоящее исследование проводилось в городе Санкт-Петербурге на базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 114». Для оценки особенностей медико-социальной характеристики семей, имеющих детей с хроническими заболеваниями, требующими восстановительного лечения была разработана специальная статистическая форма, по которой было проведено анонимное анкетирование 130 родителей детей, проходивших лечение на отделении восстановительного лечения в детской поликлинике. В качестве аппаратного обеспечения в исследовании использовались рабочие станции (компьютеры) с процессором класса Intel Core 2 Duo. Для статистической обработки и анализа полученных результатов применялись пакеты Microsoft Office 2007 и STATISTICA 5.0. Таким образом, для достижения поставленной цели в работе был использован комплекс методов: контент-анализ, анкетирование, экспертная оценка, математико-статистический и графико-аналитический методы.

#### **Результаты и их обсуждение**

Проведенное исследование показало, что 44,0 % детей, нуждающихся в реабилитационном лечении, являлись единственными в семье, в то время как 45,0 % семей имели двух, а 11,0 % – трех и более детей. Почти во всех возрастных группах большая часть

семей являлись однодетными. В семьях, имеющих детей 1–2 лет, удельный вес однодетных семей составлял 53,3 %, в семьях с детьми 3–6 лет – 35,0 %, в семьях с детьми 11–14 лет – 28,6 %. Исключение составляли семьи, воспитывающие детей от 3–6 лет. В них преобладали семьи с двумя детьми (65,0 %).

Полученные данные семейно-брачного положения матерей на момент проведения анкетирования показал, что среди матерей, дети которых находились на восстановительном лечении, 71,0 % состояли в зарегистрированном браке, 13,0 % в гражданском браке, 7,0 % – в разводе, а 9,0 % являлись матерями одиночками.

Среди родителей исследуемой группы преобладали лица, имеющие неоконченное высшее и высшее образование (57,8 %), а также среднее и среднее специальное образование (38,5 %). Распределение матерей и отцов по уровню образования было примерно одинаково.

По социальному положению матери больных детей распределялись следующим образом: служащие – 34,0 %, рабочие – 16,0 %, домохозяйки – 46,0 %, пенсионеры и инвалиды – 1,0 %, прочие – 3,0 %. Среди отцов наибольший удельный вес занимали рабочие, которые составили 51,0 % опрошенных, служащие – 30,0 % респондентов, а 19,0 % детей воспитывались без отца.

Анализ распределения семей, воспитывающих детей, имеющих хронические заболевания и нуждающихся в восстановительном лечении, по уровню материального благосостояния показал, что большинство семей, а именно 52,0 %, оценивали свое материальное положение как удовлетворительное, 30,0 % отмечали, что живут хорошо, 9,0 % указывали на плохое материальное положение семьи, а 9,0 % семей имели проблемы финансового плана. Большая часть родителей вне зависимости от возраста ребенка оценивали свое материальное положение как хорошее и удовлетворительное.

По результатам анкетирования 66,0 % семей воспитывающие детей с хроническими заболеваниями, имели хорошие жилищные условия, 31,0 % проживали в удовлетворительных жилищных условиях, а 3,0 % имели плохие жилищные условия. Вне зависимости от возраста ребенка большая часть семей оценивали свои жилищные условия как хорошие.

Анализ наличия у родителей вредных привычек показал, что больший процент матерей не курили – 85,0 %, курили эпизодически – 13,0 % и курили регулярно – 2,0 %. Некурящие мамы преобладали во всех возрастных группах. Также среди женщин, имеющих больных детей 1–2 года жизни, удельный вес некурящих составил 86,6 %, 3–6 лет – 71,4 %, 7–10 лет – 84,8 %, 11–14 лет – 80,8 %. Однако долю регулярно курящих матерей все же нельзя назвать незначительной: в группе 1–2 года – 6,7 %, в группе 3–6 лет – 28,6 %, в группе 7–10 лет – 15,2 %, в группе 11–14 лет – 16,1 %.

Помимо курения изучался вопрос, связанный с употреблением алкогольных напитков. Результаты проведенного исследования показали, что 65,0 % матерей алкогольные напитки не употребляли, 32,0 % – только в торжественных случаях, а 3,0 % – выпивали 1–3 раза в месяц. Никто из матерей имеющих ребенка не злоупотреблял алкоголем. Изучение отношения к алкоголю со стороны отцов, воспитывающих больных детей, показало, что совсем не употребляли алкоголь 34,0 % мужчин, выпивали только в торжественных случаях 60,0 %, 1–2 раза в месяц – 6,0 %. На вопрос, есть ли в семье лица, злоупотребляющие алкоголем, 10,0 % респондентов ответили положительно, а 90,0 % – отрицательно.

Проведенный анализ частоты перенесенных детьми простудных заболеваний (ОРВИ, грипп, насморк) в течение года показал, что 31,0 % детей не болели, болели редко (1–3 раза) – 34,0 % детей, болели часто (4–6 раз) – 32,0 % детей, болели очень часто (7–10 раз) – 3,0 % детей. Удельный вес детей, не имевших в течение года простудных заболеваний, в возрасте от 1–2 лет составил 41,9 %, к 3–6 годам этот показатель снизился до 33,3 %, в возрасте от 7–11 и 11–14 лет показатель был почти одинаков (23,0 % и 23,5 % соответственно). Среди всех детей наибольший удельный вес болеющих редко наблюдался среди детей от 11–14 лет и составил 38,5 %, а наименьший среди детей 3–6 лет – 23,8 %, среди детей 1–2 лет и 7–11 лет он был одинаков и составил около 32,3 %. Самый высокий процент часто болеющих детей приходился на возраст от 7–10 лет – 44,1 %, самый низкий приходится на детей от 3–6 лет – 19,1 %. Доля часто болеющих среди детей 1–2 лет детей составила 25,8 % (табл. 1).

Таблица 1

Распределение детей в зависимости от кратности простудных заболеваний и возраста ребенка в годах (в % к итогу)

Число заболеваний за год	1-2	3-6	7-10	11-14	Всего
Не болеющие	41,9	33,3	23,5	23,0	31,0
Болеющие редко (1-3раз)	32,3	23,8	32,4	38,5	34,0
Болеющие часто (4-6раз)	25,8	19,1	44,1	38,5	32,0
Болеющие очень часто (7-10раз)	-	23,8	-	-	3,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Оценка особенностей посещаемости детских дошкольных учреждений детьми, находящимися на восстановительном лечении, показала, что от 1 года до 2 лет доля организованных детей составила 52,2 %, в возрасте 3–6 лет – 75,0 %. Однако, только 85,0 % детей младшего школьного возраста проходили обучение в общеобразовательных школах и

гимназиях, а 15,0 % были неорганизованные. Среди детей 7–10 лет в общеобразовательных школах и гимназиях училось 94,0 %, а 6,0 % детей были неорганизованные. Все дети 11–17-летнего возраста обучались в школах и гимназиях.

Вероятность возникновения у детей острых заболеваний, хронической патологии, сложность и длительность ее лечения во многом зависит от соблюдения ими режимов питания, сна и прогулок. Анкетные данные показали, что 70,0 % детей пищу принимали регулярно, а 30,0 % питались не всегда регулярно, причем регулярность приема с возрастом снижалась, а нерегулярность соответственно возрастала. Если в возрасте до 1–2 лет питались регулярно 81,0 % детей, то в возрасте от 3–6 лет регулярный прием пищи был у 73,3 % детей. Среди учеников в возрасте от 7–10 лет регулярное питание наблюдалось у 72,7 %, а у детей 11–14 лет регулярный уровень питания был только у 53,8 % школьников.

Исследование показало, что 34,0 % респондентов считали питание своего ребенка удовлетворительным, 4,0 % родителей характеризовали питание ребенка как плохое, а 3,0 % как скорее плохое. Только 59,0 % родителей считали, что их ребенок питался хорошо. Как видно из данных табл. 2, во всех возрастных группах недостаточна доля детей, питающихся хорошо.

Таблица 2

Распределение детей в зависимости от характеристики питания и возраста в годах  
(в % к итогу)

Характеристика питания	Возраст				
	1-2	3-6	7-10	11-14	Всего
Хорошее	66,7	66,7	39,4	92,3	59,0
Удовлетворит	33,3	19,0	51,5	-	34,0
Скорее плохое	-	14,3	-	-	3,0
Плохое	-	-	9,1	7,7	4,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При изучении продолжительности сна у детей с хроническими заболеваниями, находящимися на восстановительном лечении, было выявлено, что 6–8 часов в сутки спали 31,0 % детей, 9–10 часов – 33,0 %, 11 часов и более – 36,0 %. Среди детей 1–2 лет жизни спали более 10 часов 54,8 % детей, в возрасте 3–6 лет – 23,8 %, 7–10 лет – 42,4 %, что подразумевало еще и дневной сон. Среди подростков таковых не было. Доля детей 1–2 года жизни, у которых на сон приходилось 9–10 часов, составляла 25,8 %, у детей 3–6 лет – 38,1 %, у детей 7–10 лет – 39,4 %, а у школьников 11–14 лет – 33,3 %. Удельный вес спящих в сутки 6–8 часов и менее отмечался среди детей 1–2 года у 19,4 %, 3–6 лет – 38,1 %, 7–10 лет – 18,2 %, 11–14 лет – 66,7 %. Данные приведены в табл. 3.

## Распределение детей в зависимости от продолжительности сна и возраста в годах

(в % к итогу)

Продолжительность сна	Возраст				Всего
	1-2	3-6	7-10	11-14	
6-8ч	19,4	38,1	18,2	66,7	31,0
9-10ч	25,8	38,1	39,4	33,3	33,0
11и более	54,8	23,8	42,4	-	36,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Результаты проведенного исследования показали, что проводили на воздухе от 1 до 3 часов 88,0 % детей, от 3 до 5 часов – 8,0 % детей, 5 и более часов – 4,0 %. При анализе длительности прогулок в зависимости от возраста было выявлено, что все группы находились на свежем воздухе минимальное время. Максимальное время до 7 часов на прогулку выходили только дети 1–2 года, что составило 13,3 % детей. Средние показатели пребывания на свежем воздухе приходились на все возрастные группы.

Негативное влияние на состояние здоровья детей и подростков могут оказывать также длительные умственные нагрузки, как правило, приводящие к повышенной утомляемости. Одним из разделов программы было изучение временных затрат, связанных с дополнительными занятиями, которые проводились вне школы или вне дошкольного учреждения. Поскольку с детьми первых трех лет жизни дополнительные занятия (иностранные языки, музыка и т.п.) не проводились, затраты времени на их выполнение изучались только, начиная с 3-летнего возраста. В ходе проведенного исследования выявлено, что 47,2 % детей уделяли дополнительным занятием от 1 до 3 часов, 8,3 % детей тратили на них от 3 до 5 часов, а 44,4 % детей – от 5 до 10 часов.

Влияние на психологический климат семьи наличия в ней хронически больного ребенка неоспоримо. Поэтому один из разделов программы исследования был посвящен изучению зависимости психологического климата семьи от состояния здоровья данного ребенка. С целью изучения внутрисемейных отношений были взяты только полные семьи. В большинстве обследованных семей (88,0 %) сложились хорошие, доброжелательные отношения. У 4,0 % семей отношения характеризовались как безразличные, в 5,0 % случаев – напряженные, у 3,0 % семей возникали частые ссоры и конфликты. Установлено, что удельный вес семей, отличающихся доброжелательными отношениями, имел характер снижения по мере взросления больного ребенка. Наиболее конфликтными, часто ссорящимися, имеющими напряженные отношения, являлись семьи, воспитывающие детей в возрасте 11–14 лет.

На вопрос, были ли связаны частые ссоры, конфликты в семье (если такие имелись) со здоровьем ребенка 25,0% родителей ответили утвердительно (табл. 4). Наибольший удельный вес респондентов, отмечавших связь семейных конфликтов с наличием заболевания у ребенка, приходился на родителей, имеющих больных детей в возрасте 3-6 лет (30,0%) и 7-10 лет (30,8%). Связь частых ссор и конфликтов со здоровьем ребенка в зависимости от возраста представлена в табл. 4.

Таблица 4

Распределение семей в зависимости от наличия связи частых ссор и конфликтов в семье со здоровьем ребенка и возраста больного ребенка в годах (в % к итогу)

Наличие связи	1-2	3-6	7-10	11-14	Всего
Да, связаны	18,2	30,0	30,8	35,7	25,0
Нет, не связаны	81,8	70,0	69,2	64,3	75,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

### Заключение

Проведенное исследование показало, что семьи, имеющие ребенка с хроническим заболеванием, по большинству показателей не отличаются от популяции, однако среди факторов, формирующих условия и образ жизни семей, воспитывающих детей с тяжелой хронической патологией, нуждающихся в восстановительном лечении, имеется значительное количество факторов риска, способных оказывать влияние на состояние их здоровья. Воспитание больного ребенка требует значительных материальных затрат, что может отрицательно сказываться на материальном положении семьи. В связи с необходимостью постоянного ухода за ребенком многие матери вынуждены не работать (удельный вес домохозяйек в исследуемой группе составил 46,0 %). Дети, имеющие хронические заболевания не всегда соблюдают режимы питания, сна и отдыха, что может негативно отражаться на состоянии здоровья ребенка.

При изучении внутрисемейной обстановки было выявлено, что по мере взросления больного ребенка удельный вес семей, отличающихся доброжелательными отношениями, имеет характер снижения и растет число конфликтных, имеющих напряженные отношения семей. Наиболее конфликтными, часто ссорящимися, имеющими напряженные отношения являются семьи, воспитывающие детей в возрасте 11–14 лет. Накопление негативных эмоций, связанных с воспитанием больного ребенка, часто приводит к ухудшению психологического климата в семье. В 25,0 % случаев наличие конфликтов в семье родители связывают с болезнью ребенка.

## Список литературы

1. Батышева Т.Т., Гузева В.И., Гузева О.В., Гузева В.В. Совершенствование доступности и качества медицинской помощи в реабилитации детей с детским церебральным параличом / Т.Т. Батышева и [др.] // Педиатр. – 2016. – Т.7, № 1. – С. 65-72.
2. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов / В.А.Медик, В.К.Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.
3. Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д., Алексеев М.А. Медико-социальная характеристика инвалидов-колясочников и оценка ими качества доступной среды / К.Е. Моисеева, Ш.Д. Харбедия, М.А. Алексеев // VIII Международные научные чтения (памяти С.О. Костовича): сборник статей Международной научно-практической конференции. – М., 2017. – С. 39-41.
4. Моисеева К.Е., Харбедия Ш.Д., Алексеев М.А. Некоторые результаты оценки организации медико-социальной помощи инвалидам / К.Е. Моисеева, Ш.Д. Харбедия, М.А. Алексеев // Территория инноваций. – 2017. – № 4(8). – С. 105-111.
5. Моисеева К.Е. Состояние и пути оптимизации восстановительного лечения детей в условиях специализированного центра: дис. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2009. – 133 с.
6. Суренкова И.Н., Сулова Г.А., Скоромец А.П. О системе реабилитации недоношенных детей в Санкт-Петербурге, концепция шаговой доступности / И.Н. Суренкова, Г.А. Сулова, А.П. Скоромец // Педиатр. – 2016. – Т. 7. – № 2. – С. 140-144.
7. Юрьев В.К., Хведелидзе М.Г., Пузырев В.Г. Медико-социальная характеристика стационарных больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=21661> (дата обращения: 11.05.2017).