

2000 89

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ**
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРОФИЛАКТИКИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭКОЛОГИИ

На правах рукописи

НОГАЕВА Лиза Шамалбековна

**ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ СЕЛЬСКОЙ
МЕСТНОСТИ И МЕРЫ ПО ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ**

**14.00.33. - Социальная гигиена и
организация здравоохранения**

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2000

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте профилактики и медицинской экологии

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

И.К. Денисламова

Научный консультант:

доктор медицинских наук,
профессор

К.У. Акынбеков

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Ж.Т. Турлыбеков

кандидат медицинских наук,
доцент

А.С. Сыдыков

Ведущая организация: Казахский Государственный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова; г. Алматы.

Защита диссертации состоится «25» мая 2000 г. на заседании Специализированного Совета К 14.99.93. при Кыргызской Государственной Медицинской Академии (720061, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской Государственной Медицинской Академии.

Автореферат разослан «21» АПРЕЛЯ 2000 г.

Ученый секретарь
Специализированного Совета,
кандидат медицинских наук, доцент

А.А. Джорбаева

Актуальность темы. Проблема укрепления здоровья и повышения качества жизни детского населения не вызывает сомнения, т.к. она определяет и отражает весь комплекс социально-экономического потенциала общества.

Среди многообразия условий ликвидаций неблагоприятных тенденций в здоровье женщин и детей важнейшими являются воспитание элементов здорового образа жизни (ЗОЖ), сокращение вредных привычек в быту, достижение высокого уровня санитарной культуры населения, совершенствование законодательной базы для реализации глобальных целей стратегии достижения здоровья для всех, в первую очередь женщин и детей (Е.Н. Беляева, 1996; А.А. Шаршенова, 1999; А.Т. Flegg, 1983).

Причины стремительного ухудшения состояния здоровья и качества жизни как взрослого, так и особенно детского населения обуславливаются в основном экономическим и социальным положением населения, семьи, индивида. Здоровье населения сегодня в большей степени формируется под влиянием неблагоприятных факторов среды человека, проживающего в условиях высокого загрязнения объектов окружающей среды, ухудшения структуры качества питания, проблем с доброкачественной питьевой водой (F. Mendoza, E. Fuentes-Afflick, 1999; J. Schuman, 1998).

В сложившихся условиях очевидно, что система мероприятий, целью которых является оказание лечебной помощи населению, не может в полной мере справиться с тем объемом задач, связанных с предупреждением заболеваний и укреплением здоровья населения, который стоит перед органами здравоохранения. Декларирующий принцип предупреждения болезней и оздоровления образа жизни, могла бы дать, наряду с положительными результатами в области укрепления и благополучия общества, значительный, как показывает опыт западных стран, экономический эффект. К тому же стоимость профилактических программ несравнимо ниже стоимости лечения, поэтому их разработка и внедрение могут привести к ощутимой экономии ресурсов (Ю.А. Воронин, Б.М. Доронин, Н.Г. Лавров, 1998; Г.И. Сидоренко, 1988; Е.С. Скворцова, 1999). В настоящее время большинство исследователей считает, что только на основе социально-гигиенических исследований могут быть разработаны специальные программы, направленные на профилактику заболеваний среди населения (Е.А. Лепарский, М.Н. Никитина, 1982; И.Г. Низамов, В.П. Прокопов, 1991) и прогнозирование состояния здоровья человека (Г.И. Рогачев, В.В. Белокопытов, 1989).

Обращает внимание отсутствие работ по комплексной оценке различных сторон жизни основной ячейки общества - семьи, не изучены особенности ее организации, структуры, быта, не выделены основные причинные

факторы, воздействие на которые может способствовать укреплению здоровья и качества жизни детского населения, что и явилось основанием для выполнения настоящего исследования.

Цель исследования:

Разработка методологии санитарного просвещения и пропаганды ЗОЖ на уровне семьи с целью повышения качества жизни детского населения на основе изучения структуры семей, заболеваемости и смертности детей в сельской местности для выделения причинно-значимых внутрисемейных факторов.

Задачи исследования:

- изучить социальный статус и структуру семей в сельской местности;
- дать характеристику санитарно-гигиенических условий воспитания детей;
- изучить структуру заболеваемости сельских детей (0-14 лет);
- изучить причины смертности детей раннего возраста (от 0 до 2-х лет) на селе;
- изучить гигиенические знания матерей по уходу и воспитанию детей раннего возраста.

Новизна исследования.

Впервые в Республике предпринято исследование социально-гигиенического статуса сельских семей для выявления внутрисемейных факторов риска заболеваемости и смертности детей.

Установлено, что в структуре сельских семей преобладают многоукладные семьи, с более низким образовательным цензом, высоким уровнем профессиональных вредностей, распространенностью вредных привычек среди родителей.

Установлено, что неудовлетворительные бытовые условия, санитарно-гигиеническая культура семьи, больные родители составляют основную долю факторов риска бронхолегочных, инфекционных и паразитарных болезней у детей как дошкольного, так и школьного возраста.

Выявлена прямая корреляционная связь показателя младенческой смертности следующими внутрисемейными факторами: неудовлетворительные бытовые условия, неудовлетворительная санитарная и гигиеническая культура семьи, потребление алкоголя матерями, болезни отцов и матерей, обратная высокая корреляционная зависимость с образовательным уровнем отцов и матерей, низким среднедушевым доходом.

На основе комплексных социально-гигиенических исследований семей обоснована и разработана методология санитарного просвещения, направленная на предотвращение внутрисемейных факторов риска заболеваемости и смертности детей.

Практическая значимость и внедрение результатов работы.

Теоретически обоснованная и разработанная методология санитарного просвещения, направленная на предотвращение внутрисемейных факторов риска заболеваемости и смертности детей, внедренная в работу первичной медико-санитарной помощи практического здравоохранения района доказала ее высокую эффективность, что подтверждено снижением показателя младенческой смертности, заболеваемости детей, повышением уровня санитарно-гигиенической культуры семей, снижением числа членов семей, имеющих пристрастие к алкоголю и курению.

Для практического здравоохранения составлены анкеты по изучению медико-социальных характеристик семьи и по изучению осведомленности матерей по воспитанию детей раннего возраста.

Результаты НИР - дисперсионного анализа заболеваемости дошкольников и школьников, корреляционного анализа смертности детей от 0 до 2-х лет жизни могут быть ориентиром при планировании лечебно-профилактической работы в республике, а также при подготовке врачей общего профиля и групп семейных врачей.

По материалам исследования разработаны и изданы методические рекомендации «Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни в сельской и городской местности Кыргызской Республики» (г. Бишкек, 1998). Акт о внедрении от 05.08.1999г. Кеминской ЦРБ.

Подготовлено к изданию учебно-методическое пособие «О методологии формирования здорового образа жизни в семье».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Социально-гигиеническая характеристика сельских и городских семей
2. Общая заболеваемость и структура заболеваемости сельских и городских дошкольников и школьников
3. Структура смертности детей раннего возраста
4. Ранговая значимость внутрисемейных факторов в возникновении заболеваемости и смертности детей
5. Гигиенические знания матерей по уходу и воспитанию детей раннего возраста
6. Методология проведения санитарно-просветительной работы на уровне семьи
7. Анализ эффективности санитарно-просветительной работы в семьях

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 138 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3-4-5 главы с изложением собственных исследований, заключения, выво-

дов, предложений для практического здравоохранения, указателя литературы, включающего 210 источников, в т.ч. 54 иностранных. Диссертация иллюстрирована 39 таблицами, 6 рисунками, даны 2 приложения.

Апробация практических результатов.

Материалы диссертации апробированы на заседании Ученого Совета Кыргызского научно-исследовательского института профилактики и медицинской экологии (г. Бишкек, декабрь 1999), на Ученом Совете Кыргызской государственной медицинской академии (г. Бишкек, март 2000). Основные фрагменты диссертации доложены на Первом Конгрессе врачей Кыргызской Республики, IV конференции по программе «Манас» (г. Бишкек, ноябрь 1998), Международном симпозиуме «Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века» (г. Бишкек, октябрь 1998), научно-практической конференции «Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях» (г. Бишкек, май 1999), на районной врачебной конференции (пгт. Кемин, Кеминского района, июль 1998, август 1999).

Публикации. По результатам диссертации опубликовано 10 печатных работ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Базой исследования был избран Кеминский район Чуйской области, как один из типичных сельских районов, имеющих относительно хорошую оснащенность медицинских учреждений и укомплектованность медицинскими кадрами. Контролем служили показатели в городских семьях.

Исследование проводилось в 3 этапа:

1 этап - медико-социологическое исследование семей;

2 этап - изучение заболеваемости и смертности детей;

3 этап - разработка и апробация методики внутрисемейного обучения по вопросам ухода за детьми, профилактики заболеваний и воспитания потребности в ЗОЖ.

В 1996-1997 гг. в Кеминском районе обследовано 1503 семьи, общее число детей в них - 5111, в т.ч. 2758 детей 0-14 лет, в г. Бишкек - 1160 семей, 2205 детей, в т.ч. 990 детей 0-14 лет. Объектом изучения медико-социальных факторов была семья.

Методом опроса изучена характеристика питания семей, путем выяснения набора продуктов в семье на день исследования для того, чтобы определить состояние питания изучаемых семей, их возможности организовать правильное питание (одно, двух или трехразовое горячее питание) из

имеющегося набора продуктов, т.к. из-за социально-экономического кризиса в республике, большинство семей не способно организовать рациональное питание.

Методом опроса выяснялось экономическое положение семей. Подушевой доход в месяц на члена семьи определялся путем сложения всех видов дохода семьи (зарботная плата, пенсии, пособия по инвалидности с детства, стипендии, доходы, семьи по результатам сбора и продажи сельскохозяйственных продуктов, выращенных на арендуемых землях от 10-15-30 и более соток до 1-5-10 гектаров, пособия на детей, пособия по потере кормильца семьи и др.).

Заболеваемость и смертность детей изучались с акцентом на выявление внутрисемейных факторов, способствующих снижению уровня здоровья детского населения.

Статистическая обработка заболеваемости и смертности детей проводилась согласно статистической классификации болезней, травм и причин смерти (адаптированный вариант МКБ-9, Москва, 1986 г.) отдельно у детей сельской и городской местности.

Изучение заболеваемости по данным диспансеризации и смертности детей 0-14 лет проводилось по следующим источникам: Ф-112у; выписки из историй болезни; свидетельства о смерти.

Знания по вопросам ухода за детьми, профилактики заболеваний и воспитания потребности в здоровом образе жизни выяснялись по специально разработанной анкете (всего у 1050 сельских матерей).

Набор материала для исследования проводился выборочно, путем применения серийно-гнездового метода. Для достижения репрезентативности материалов исследования установлен допустимый размер ошибки репрезентативности не более 5%, размер доверительного коэффициента Т- от 2 до 3,5 и более, при вероятности безошибочного прогноза «р» от 0,05 до 0,01.

Объем выборочной совокупности рассчитан по общепринятой методике (А.М. Мерков, Л.Е. Поляков, 1974; Е.Н. Шиган, 1987) после установления размеров допустимой ошибки репрезентативности и доверительного коэффициента. Размер полученной выборочной совокупности по Кеминскому району составил 2603 (детей 0-14 лет), по г. Бишкек - 720 детей.

Статистическая обработка проведена путем анализа динамических рядов, вычисления относительных показателей, средних величин и критерия достоверности - Т, определения связи (парной корреляции) между изучаемыми явлениями и воздействующими факторами и ее достоверности путем вычисления коэффициента корреляции - «r». Достоверность коэффициентов

T и г в тексте и в таблицах обозначена значком *- T>2*, г*, в остальных случаях эти значения не достоверны.

Для изучения доли влияния отдельных факторов на уровень бронхолегочной, инфекционной и паразитарной заболеваемости дошкольников и школьников проведен однофакторный дисперсионный анализ по методике, изложенной в монографии А.М. Меркова, Л.Е. Полякова, 1974.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе исследования установлен низкий социальный статус семей на селе и в городе: лишь 4-6% обследованных семей имели приближенный к установленному уровень потребительской корзины (более 800 сомов в месяц - среднедушевой доход). Параллельно с этим выявлено, что сельские жители были несколько лучше городских обеспечены экономически; за чертой бедности в городе проживало достоверно больше семей, чем в сельской местности (T>2*).

В сельской местности преобладали молодые семьи (43,2%). Анализ структуры семей по образовательному уровню, как и ожидалось, позволил констатировать более высокий уровень образования среди городских жителей. Структура семей по профессиональной принадлежности и занятости в общественном производстве в обследуемых зонах оказалась примерно одинаковой. Можно лишь отметить, что, вопреки ожиданиям, число безработных матерей в городе оказалось выше, чем на селе.

Данные эпидемиологического исследования распространенности вредных привычек в изучаемых зонах позволили заключить, что около 66,5% мужчин и 32,8% женщин в сельской местности употребляли алкоголь; курящих мужчин было 52,7%. В городе отмечены достоверно ещё более высокие проценты распространенности алкоголепития и курения.

Достаточно широкое распространение в изучаемой зоне имели вредные контакты. Так, у 12,7% мужчин и у 3,2% женщин выявлено наличие контактов с опасными для здоровья веществами, причем достоверных различий их частоты на селе и в городе не отмечено.

Нами проводился сравнительный анализ характеристик питания семей. Установлено, что в сельской местности меньше, чем в городе, семей относительно неплохо обеспеченных продуктами питания и имеющих удовлетворительную организацию питания. В целом, можно констатировать, что в сельской и городской семьях обеспеченность продуктами, ассортимент их и организация питания значительно хуже рекомендуемых.

Наше исследование позволило установить, что санитарно-гигиенический уровень, жилищно-бытовые условия в сельской местности

значимо хуже, чем в городской. Это обусловлено, по-видимому, отставанием жилищно-коммунального благоустройства на селе.

При исследовании статуса и структуры семей особо пристальное внимание уделялось изучению условий воспитания детей раннего возраста, оценка которых проводилась на основе ряда факторов: наличие предметов по уходу за ребенком, характер его вскармливания, соблюдение элементов гигиены, участие медицинского персонала. Общая хорошая оценка условий воспитания детей младшего возраста отмечалась лишь в 11,0% сельских семей и в 27,9% городских. удовлетворительная - в 59,9 и 66,3%, неудовлетворительная - в 28,9 и 5,8% семей. Как видно, неудовлетворительные условия воспитания детей раннего возраста имели место примерно в каждой третьей сельской семье.

Таким образом, исследование различных сторон жизни семей в Кыргызской Республике в целом подтвердило имеющиеся в специальной литературе сведения о различиях социально-гигиенического статуса семей в сельской и городской местностях. Наши сведения соответствуют большинству публикаций по странам СНГ, указывающим на значительное отставание социально-бытовой сферы жителей села, по сравнению с городом (И.С. Тарасова, М.В. Чернов, В.М. Буянкин, 1999).

Полученные нами данные легли в основу исследований заболеваемости и смертности среди детей, поскольку наличие или отсутствие болезни у человека определяет качество жизни, а показатель младенческой смертности является индикатором социально-экономического благополучия населения данного района.

Исследованиями установлено, что общая заболеваемость сельских дошкольников по данным диспансеризации составляла $175,5 \pm 0,01$, городских - $263,8 \pm 0,07$ (T>2*). Выявлены различия заболеваемости детей дошкольного возраста, проживающих в сельской и городской местностях. Так, в сельских семьях в структуре заболеваемости дошкольников преобладали: болезни органов дыхания; инфекционные и паразитарные болезни; болезни нервной системы и органов чувств и органов пищеварения, составившие в сумме 73,8%. В городских семьях более часто встречались: болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета; болезни органов дыхания; болезни нервной системы и органов чувств, составившие в сумме 62,9%. Показатель общей заболеваемости сельских и городских школьников по данным диспансеризации составил соответственно: $221,7 \pm 0,01$ и $323,1 \pm 0,07$ (T>2*). В структуре заболеваемости в этой возрастной группе первое место занимал класс болезней нервной системы и органов чувств. По остальным классам болезней имелись различия. Так, у школьников села преобладали: болезни нервной сис-

темы и органов чувств; инфекционные и паразитарные заболевания; болезни органов дыхания, составившие в целом - 51,2%, в городе - болезни нервной системы и органов чувств; болезни органов пищеварения; инфекционные и паразитарные заболевания, составившие в целом - 58,3%. Можно считать, что в школьном возрасте существенное влияние на состояние здоровья оказывает учебно-воспитательный процесс в школе, по-видимому, являющийся причиной высокой распространенности болезней нервной системы и органов чувств.

Выявленный факт более низкого уровня заболеваемости детей 0-14 лет на селе, с нашей точки зрения, может быть обусловлен меньшим числом контактов на селе с одной стороны и меньшей медицинской активностью сельских жителей с другой.

Показатель младенческой смертности (ПМС) по всем исследованным семьям на селе составил $30,8 \pm 0,39$, в городе - $32,4 \pm 0,07$ ($T > 2^*$). В семьях, где умерли дети до года жизни, ПМС составил соответственно $211,3 \pm 0,12$ и $216,7 \pm 0,38$ ($T > 2^*$).

Показатель смертности одного (второго) года жизни (ПСОГ) по общей когорте семей составил: на селе - $6,0 \pm 0,10$, в городе - $8,3 \pm 0,04$ ($T > 2^*$), отдельно по семьям, где умерли дети второго года жизни ПСОГ был равен соответственно $42,2 \pm 0,005$ и $55,5 \pm 0,19$ ($T > 2^*$). Общий показатель смертности детей раннего возраста (от 0 до 2-х лет жизни) в целом составил в сельской местности $18,4 \pm 0,27$, в городской - $20,4 \pm 0,03$ ($T > 2^*$), где умерли дети до 2-х лет жизни, соответственно $126,7 \pm 0,10$ и $136,1 \pm 0,31$ ($T > 2^*$).

Как видно ПМС, ПСОГ и общий показатель смертности детей от 0 до 2-х лет жизни оказались достоверно более высокими в городе, хотя можно было ожидать обратного, в связи с худшими условиями жизни и медицинским обслуживанием на селе. Данная закономерность, по-видимому, обусловлена рядом причин, среди которых мы можем выделить более высокую рождаемость детей и вероятность недочетов регистрации умерших в сельской местности.

Наше исследование показало большую уязвимость в отношении выживаемости мальчиков, смертность которых в сельских семьях была равна 61,7%, в городских - 55,1%, младенцев I-го полугодия жизни (65,5% - на селе, 63,2% - в городе). На показатели младенческой смертности и смертности детей одного года заметно влияет и паритет родов. Дети, родившиеся от первых 3-х родов умирали почти в 4 раза чаще, чем дети, родившиеся в последующем. В сельских семьях 77,7% умерших составили младенцы от первых 3-х родов, в городских - 77,5%. Установленная закономерность вероятно является отражением малоопытности молодых матерей в уходе за

детьми раннего возраста и недостатков в медицинском обслуживании детей на ранних этапах их жизни.

В структуре смертности детей до 2-х лет жизни как в сельской, так и в городской местностях основную этиологическую значимость имели болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные болезни, болезни перинатального периода, ставшие причиной неблагоприятных исходов в 87,3% случаев на селе и в 73,6% - в городе.

Для уточнения глубины влияния внутрисемейных факторов на уровень смертности было проведено сопоставление их наличия в группе семей, где были случаи смерти детей (2-ая группа) и по всем исследованным семьям (1-ая группа). В семьях 2-ой группы оказалось достоверно больше родителей, употребляющих алкоголь и имеющих в анамнезе воздействия химических факторов. В сельских и городских семьях этой группы было больше повторных браков, разведенных матерей, родители имели, в основном, рабочие специальности. Анализ знаний матерей правил воспитания здоровых детей, ухода за младенцами, профилактики основных болезней детского возраста показал, что матери 2-ой группы были значительно менее образованы, чем в целом по когорте обследованных.

Вопреки ожиданиям семьи 2-ой группы материально оказались более обеспеченными, чем обследованные семьи в целом. Так, семей 2-ой группы, имеющих душевой доход 301-500 сомов в месяц на селе было больше в 1,97 раза, в городе - в 1,50 раза, чем в 1-ой группе. В целом обеспеченность сельских семей 2-ой группы была в 5,92 раза лучше, чем городских семей этой же группы ($T > 2^*$). Данное положение указывает на то, что материальное положение семьи в регионе, где проводилось исследование, не является ведущим фактором в смертности детей раннего возраста.

Изучив структуру семей по различным признакам, уровень санитарно-гигиенической культуры, экономическое положение семей, условия воспитания детей раннего возраста и сопоставив их с уровнем заболеваемости и смертности, был подтвержден факт обусловленности здоровья детей условиями их внутрисемейного проживания. Следующим этапом исследования предполагалось определить существенность влияния некоторых внутрисемейных факторов на показатели заболеваемости и смертности.

Методом дисперсионного анализа (табл. 1) определен характер влияния некоторых факторов на уровень бронхолегочных и инфекционных болезней, которые составляют наибольший удельный вес в структуре заболеваемости детей.

Из числа внутрисемейных факторов выбраны те из них, регулирование которых возможно при активном вмешательстве медицинских работников. Установлена средняя прямая корреляционная связь ($r=0,4^*$) частоты

бронхолегочных заболеваний дошкольников с бытовыми условиями (27,2%), санитарной культурой (20,0%), болезнями родителей (37,0%), уровнем гигиенической культуры семьи (5,0%), курением родителей (4,0%).

Таблица 1

Итоговые данные о влиянии факторов на заболеваемость дошкольников и школьников бронхолегочными, инфекционными и паразитарными болезнями

Факторы	Влияние на бронхолегочные заболевания		Доля влияния (%)		Влияние на инфекционные и паразитарные болезни		Доля влияния (%)	
	дошколь-ники	школь-ники	дошколь-ники	школь-ники	дошколь-ники	школь-ники	дошколь-ники	школь-ники
Больные родители	P<0,001	P<0,001	37,0	0,6	P<0,001	P<0,001	0,4	14,0
Курение родителей	P<0,001	P<0,05	4,0	0,9	P<0,05	-	0,4	0,03
Бытовые условия	P<0,001	P<0,001	27,2	3,0	P<0,001	P<0,001	36,0	21,2
Санитарная культура	P<0,001	P<0,001	20,0	39,0	P<0,01	P<0,001	50,0	34,0
Гигиеническая культура	P<0,001	-	5,0	4,0	P<0,001	P<0,001	6,0	11,0
Экономическое положение	-	P<0,05	0,1	0,5	-	P<0,05	0,01	0,5
Все прочие	-	-	6,7	52,0	-	-	7,2	19,3
Итого:	P<0,001	P<0,05	100	100	P<0,001	P<0,001	100	100

В группе детей школьного возраста выявлена прямая слабая корреляционная связь болезней легких и бронхов с уровнем санитарной культуры ($r=0,14^*$). При этом установлена статистически значимая зависимость ($P=0,99$) бронхолегочной заболеваемости от уровня санитарной культуры (39,0%) и бытовых условий (3,0%).

Уровень инфекционных и паразитарных заболеваний дошкольников находился в слабой корреляционной зависимости от санитарно-гигиенической культуры ($r=0,27-0,16$) и бытовых условий ($r=0,25$).

Влияние этих факторов было достоверно ($P=0,99$): санитарная культура семьи - 50,0%, бытовые условия - 36,0%, уровень гигиенической культуры - 6,0%.

В школьном возрасте отмечалась слабая прямая корреляционная связь частоты инфекционной и паразитарной заболеваемости с санитарно-гигиеническими ($r=0,25-0,19$; 34,0%), бытовыми условиями ($r=0,22$; 21,2%), наличием в семье больных родителей ($r=0,20$; 11,0%).

В целом, 89,2% заболеваний бронхолегочной системы у дошкольников и 46,6% у школьников обусловлены бытовыми условиями семьи, её санитарно-гигиенической культурой, больными родителями. Доля влияния этих факторов на частоту инфекционных и паразитарных болезней ещё более существенна и составляла соответственно 92,4 и 80,2%.

Установлены прямые корреляционные взаимосвязи смертности детей с рядом наиболее частых внутрисемейных факторов: с неудовлетворительными бытовыми условиями ($r=0,97^*$), неудовлетворительной санитарной ($r=0,93^*$) и гигиенической культурой ($r=0,99^*$), употреблением алкоголя матерями ($r=0,84^*$), болезнями у отцов ($r=0,79^*$) и матерей ($r=0,87^*$). Обратная высокая корреляционная зависимость установлена с образовательным уровнем родителей ($r=-0,96^*$), низким среднедушевым доходом ($r=-0,75^*$), рабочей профессией отцов ($r=-0,92^*$). Обратная средняя корреляционная зависимость смертности детей выявлена при сопоставлении её с хорошими бытовыми условиями ($r=-0,59^*$), удовлетворительным уровнем санитарной культуры ($r=-0,46^*$).

Таким образом, дисперсионный анализ заболеваемости детей и корреляционный анализ смертности детей убедительно показали, что санитарно-гигиенические и бытовые условия жизни семей, болезни и вредные привычки родителей, их низкий образовательный уровень наиболее значимо влияют на состояние здоровья и качество жизни детей. Воздействие на перечисленные факторы возможно, в ряду прочих мероприятий, с помощью санитарно-просветительной работы среди населения. Логическим продолжением данного исследования стали разработка и апробация рациональной методологии санитарного просвещения на уровне семьи по вопросам ухода за детьми и воспитанию потребности в здоровом образе жизни у взрослых членов семьи и подрастающего поколения.

Известно, что основные заботы по воспитанию детей являются прерогативой матерей, поэтому по специально разработанной анкете был определен уровень осведомленности матерей в вопросах воспитания здорового ребенка. Установлено, что 80,0-86,0% матерей в обследованных семьях не имели четких знаний по правилам ухода за детьми, первичной профилактики заболеваний у детей, организации здорового образа жизни в семье. Данные проведенного исследования свидетельствуют о пассивной позиции основной части населения в сохранении здоровья - своего и других членов

семьи. Большинство опрошенных считало, что за формирование здоровья ответственна преимущественно система здравоохранения.

В связи с изложенным, разработана и апробирована методика обучения семей, предполагающая получение более высоких положительных результатов.

Методологической основой санитарного просвещения были следующие принципы:

- формирование потребности в ЗОЖ должно носить превентивный характер;

- методика проведения работы в семье должна разрабатываться с учетом специфических конкретных региональных показателей;

- для лучшего усвоения рекомендаций и для трансформации их в соответствующие гигиенические навыки следует учитывать культурный, образовательный и психологический климат семьи;

- формы и методы санитарного просвещения должны быть дифференцированы и индивидуальны для каждой семьи.

Апробация разработанной методологии обучения проводилась в семьях, имеющих детей раннего возраста. Программа обучения семей разрабатывалась индивидуально, исходя из их экономических возможностей, социальной и санитарно-гигиенической организации. В каждом населенном пункте было предварительно обучено по 2-5 медицинских работников по правилам проведения санитарного просвещения на уровне семьи. В процессе формирования потребности в ЗОЖ населения вовлекались и органы местного административно-хозяйственного управления.

Опыт нашей работы по первичной профилактике показал, что формирование у человека потребности вести ЗОЖ лучше всего достигается при индивидуальных беседах на семейном уровне, причем в молодых семьях наибольший эффект достигался при использовании убедительных фактов, полученных при медико-социологических исследованиях, в семьях старших возрастов большее значение имели психологические убеждения. Немаловажным условием достижения цели по изменению общего уклада жизни и привычек семьи является высокая профессиональная подготовленность врача по методологии проведения гигиенического воспитания населения, когда врач полностью владеет всей информацией о факторах риска в данной семье и может разъяснить конкретную факторную связь здоровья человека и сферы его обитания.

Эффективность разработанной методологии санитарного просвещения на уровне семьи прослежена на 400 семьях, где параллельно с фоновым обследованием всех показателей, проводилась индивидуальная работа по вопросам воспитания детей раннего возраста и формирования потребности у

членов семьи в ЗОЖ. Практически по всем сравниваемым параметрам получена положительная динамика. Так, уровень санитарной культуры в опытных семьях на селе повысился на 50,6% (с 23,9 до 36,0%), в городских - на 17,6% (с 61,2 до 72,0%), частота неудовлетворительной санитарной культуры уменьшилась соответственно на 40,0% и в 2,6 раза. Хороший уровень гигиенической культуры отмечался в 3 раза чаще в сельских семьях (с 9,0 до 27,0%) и на 32,2% (с 53,7 до 71,0%) - в городских, частота неудовлетворительной гигиенической культуры уменьшилась на 55,8% среди сельских семей и в 2,9 раза среди городских).

Доказана эффективность проведенного санитарного просвещения и в части искоренения вредных привычек, что подтверждалось снижением числа употребляющих алкоголь отцов на 9,3% в сельских и на 17,8% - в городских семьях. Среди матерей произошло уменьшение употребляющих алкоголь в сельских семьях на 24,7%, в городских - на 35,6%. Число злоупотребляющих алкоголь отцов сократилось в 2,75 раза на селе и в 2,52 раза в городе.

В отношении курения, положительная динамика была более выражена среди матерей: число курящих женщин в городе сократилось на 40,0% (с 4,2 до 3,0%), сельские женщины-матери вообще перестали курить (с 0,2 до 0%). Среди отцов число курильщиков сократилось в сельской местности на 5,4%, в городской - на 10,7%.

Среди других членов семьи число употребляющих алкоголь сократилось в когорте сельских жителей на 34,1% (с 47,9 до 35,7%), в городских - на 14,4% (с 28,6 до 25,0%). Число злоупотребляющих алкоголем других членов семьи (в основном детей старшего возраста) снизилось на селе на 56,0%, в городе таковых не стало (1,2 - 0%). Число курильщиков членов семей на селе уменьшилось на 28,9% и в городе - на 4,4%.

Регулярно и целенаправленно проводимая работа с семьями положительно сказалась и на воспитании детей раннего возраста. Так, число семей, воспитывающих младенцев в бешике снизилось на 44,9% среди сельских семей и в 2,94 раза - среди городских.

Достоверно увеличилось число семей, воспитывающих детей в кровати-манеже, купающих их ежедневно, приобретших прогулочные коляски.

Известно, что важная роль в сохранении здоровья и проведении профилактической работы принадлежит медицинскому персоналу. За период проведения эксперимента увеличилось число семей, воспитывающих детей, которых регулярно посещали на дому врачи на селе на 47,2%, в городе - на 58,8% и общее число детей, полноценно обслуживаемых врачами в 1998 году достигло соответственно 81,7 и 79,4%. Увеличились также показатели посещения детей раннего возраста патронажными медсестрами на дому: на

селе - на 30,9%, в городе - на 68,6%, составив в 1998 году соответственно 91,4 и 88,2%.

Количество родителей, обученных в кабинете здорового ребенка на селе увеличилось в 4,46 раза, составив в 1998 году 34,4%, в городских семьях число обученных в КЗР родителей возросло на 53,8%, в целом составив 82,3%.

Хорошие условия для воспитания детей были констатированы в 2,87 раза чаще на селе, и в 2,1 раза - в городе, но в 57,0% сельских семей и в 35,3% городских условия жизни детей все еще оценивались лишь как удовлетворительные.

Естественно, что достижение положительных результатов в санитарно-гигиенической организации семьи и в характеристиках условий воспитания детей, не являлись лишь самоцелью. Основной задачей предпринятых мер было достижение благоприятной динамики показателей заболеваемости и смертности детей. Установлено, что по показателю наглядности (республиканский уровень младенческой смертности принят за 100,0) младенческая смертность по изучаемым населенным пунктам Кеминского района составляла в 1995 году - 103,2, в 1998 - 44,4. По г. Бишкек, на территории обследуемых поликлиник показатель наглядности младенческой смертности составил в эти же годы 48,4 и 42,1. В целом уровень младенческой смертности по изучаемым населенным пунктам в период проведения исследования снизился в 2,5 раза, в то время как в целом по Кеминскому району - на 15,1%, по Чуйской области даже произошло повышение - на 9,8%, по республике снижение лишь на 7,2%, по г. Бишкек - на 21,8%, в т.ч. по изучаемым поликлиникам - на 19,1% (табл. 2).

Подводя итоги проведенного исследования, важно подчеркнуть перспективность медико-социологических исследований, позволяющих получить фактические сведения по конкретному региону и выделить самые насущные причины неблагополучия в статистических показателях здоровья и качества жизни детей.

При всем разнообразии факторов, способствующих снижению продолжительности жизни детей, можно констатировать, что значительная часть кроется в недрах внутрисемейной организации.

В условиях экономической нестабильности в жизни общества в целом и семьи в частности, именно воздействие на внутрисемейные факторы риска следует считать первостепенным по значимости, так как при правильном его проведении оно является одним из малозатратных, но высоко эффективных.

Таблица 2

Динамика демографических показателей в изучаемых зонах по данным официальной статистической отчетности и Госкомстата Республики за 1995-1998 гг.

Показатели	Республика		Чуйская область		Кеминский район / по изучаемым зонам		г. Бишкек / по изучаемым зонам	
	1995	1998	1995	1998	1995	1998	1995	1998
Общая смертность + к 1998г. (%)	8,2	7,4	10,3	9,8	11,4/ 10,1	9,6/10,9	11,0	9,3
Младенческая смертность + к 1998 г. (%)	28,1	26,1	18,3	20,1	27,1/ 29,0	23,0/ 11,6	37,1/ 13,6	29,0/ 11,0
Рождаемость + к 1998 г. (%)	26,0	22,2	17,6	14,2	18,4/ 12,6	17,4/13,5	12,5	15,3
Естественный прирост населения + к 1998 г. (%)	17,8	14,8	7,3	4,4	7,0/ 2,5	7,8/2,6	1,5	6,0
Младенческая смертность в показателях наглядности в сравнении с республиканскими	100	100	65,1	77,0	96,4/ 103,2	88,1/44,4	132,0/ 48,4	111,1/ 42,1

Формой влияния медицинской науки и практики на внутрисемейные факторы риска заболеваемости с чисто клиническими задачами, должное внимание следует уделять вопросам разработки наиболее результативных методологий и форм проведения санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам воспитания детей и культивирования навыков здорового образа жизни (ЗОЖ).

ВЫВОДЫ:

1. Установлено, что по всем социально-гигиеническим характеристикам сельские семьи значительно отстают от городских, в них преобладают семьи с удовлетворительной санитарной культурой, неудовлетворительной гигиенической культурой, неполные семьи, общие условия воспитания детей раннего возраста оценены как хорошие лишь у 11,0% семей.

2. Структура сельских семей характеризуется преобладанием многоукладных семей, с рабочими специальностями, более низким, по сравнению

с городом, образовательным уровнем, высоким уровнем профессиональных вредностей, распространенностью вредных привычек у родителей.

3. В сельской местности по данным диспансеризации установлен высокий уровень заболеваемости детей, составляющий в дошкольном возрасте 175,5, в школьном возрасте - 221,7, в городе достоверно еще более высокий уровень - 263,8 и 323,1 (на 1000 детей соответствующего возраста).

В структуре заболеваемости сельских дошкольников наибольшую значимость имели болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни нервной системы и органов чувств, болезни органов пищеварения; среди школьников - болезни нервной системы и органов чувств, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания.

4. Установлено, что 89,2% заболеваний бронхолегочной системы у дошкольников и 46,6% - у школьников обусловлены бытовыми условиями семьи, её санитарно-гигиенической культурой и больными родителями. Доля влияния этих факторов на частоту инфекционных и паразитарных болезней ещё более существенна и составляет соответственно 92,4 и 80,2%.

5. В структуре смертности детей до 2-х лет жизни как в сельской, так и в городской местностях основную этиологическую значимость имели болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, составившие в сумме 87,2 и 73,6%.

6. Установлено, что показатель младенческой смертности находится в прямой высокой корреляционной зависимости от следующих внутрисемейных факторов: неудовлетворительные бытовые условия, неудовлетворительная санитарная и гигиеническая культура, потребление алкоголя матерями, болезни отцов и матерей.

7. Методология санитарного просвещения, основанная на посемейном его проведении, с использованием фактических медико-демографических сведений по району, выделением факторов риска индивидуально для каждой семьи, позволяет значительно повысить эффективность обучения населения, что подтверждается положительной динамикой условий воспитания детей и снижением показателя младенческой смертности в сельской местности (по изучаемым населенным пунктам) в 2,5 раза против 1,1 раза в целом по Кеминскому району.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:

1. Результаты НИР - дисперсионного анализа заболеваемости дошкольников и школьников, корреляционного анализа смертности детей от 0 до 2-х лет жизни могут быть использованы как ориентировочные при планировании и разработке лечебно-профилактических мероприятий в сельской местности Республики.

2. Рекомендованы анкеты по изучению медико-социальной характеристики семей и по изучению осведомленности матерей по уходу и воспитанию детей раннего возраста, результаты которых могут быть использованы при подведении итогов и оценки качества работы врачей первичной медико-санитарной помощи.

3. Для повышения эффективности санитарно-просветительной работы и расширения круга семей, ведущих ЗОЖ, следует использовать разработанную методологию обучения на уровне семьи. Подготовлено к изданию учебно-методическое пособие «О методологии формирования здорового образа жизни в семье».

ОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. О медико-социальных проблемах состояния здоровья населения Кыргызской республики // Сб. тр. КНИИГиМЭ «Окружающая среда и здоровье человека». - Бишкек, 1998. - Т. VI. - С. 126-129. (Соавт.: Г.К. Адылова, И.К. Денисламова, Б.Т. Токтомадова).

2. О медико-социальных исследованиях образа жизни, состояния здоровья и качества жизни сельского населения Кеминского района Кыргызской Республики // Наука и новые технологии. - 1998. - №2. - С. 70-76. (Соавт.: Г.К. Адылова, И.К. Денисламова)

3. Медико-социальные аспекты формирования образа жизни и состояния здоровья различных слоев населения сельской местности Кыргызской республики // Сб. науч. тр. Международного симпозиума «Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века», 8-10 октября 1998 г., Бишкек. - С. 859-863.

4. Эпидемиология распространенности алкоголепития среди населения Кыргызской Республики (1988-1998) // Сб. мат. Первого конгресса врачей Кырг. Республики, IV конференции по программе «МАНАС», 26 ноября 1998 г., Бишкек. - С. 238-240. (Соавт.: Г.К. Адылова, И.К. Денисламова).

5. Об основных факторах, участвующих в формировании образа жизни сельских и городских семей // Наука и новые технологии. - 1998. - № 4. - С. 78-83. (Соавт.: Г.К. Адылова, И.К. Денисламова).

6. Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни в сельской и городской местности Кыргызской Республики // Методические рекомендации. - Бишкек, 1998. - 63С. (Соавт.: И.К. Денисламова, Г.К. Адылова, Ж.О. Омурзаков и др).

7. Заболеваемость детей г. Бишкек от 0 до 14 лет (по данным диспансерного наблюдения) // Сб. тр. КНИИПиМЭ «Окружающая среда и здоровье человека». - Бишкек, 1998. - Т. VII. - С. 8-13. (Соавт.: Г.К. Адылова, И.К. Денисламова, Х.Р. Ахмедова).

8. Здоровый образ жизни - определение, основы и методы формирования // Сб. мат. научно-практич. конф. «Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях». 14 мая 1999 г., Бишкек. - С. 240-245. (Соавт.: Г.К. Адылова, И.К. Денисламова, А.Б. Фуртикова).

9. Состояние здоровья и качество жизни сельских детей (на примере Кеминского района) // Наука и новые технологии. - 1999. - №3. - С. 32-34. (Соавт.: Г.К. Адылова, И.К. Денисламова).

10. Об анализе эффективности и санитарно-просветительной работы в семьях // Здравоохранение Кыргызстана. - 1999. - №4. - С. 21-24. (соавт.: Г.К. Адылова, И.К. Денисламова).

АННОТАЦИЯ

Представлены результаты исследования социально-гигиенических характеристик, заболеваемости и смертности детей в семьях Кеминского района, контролем служили семьи г. Бишкек.

Обследовано соответственно 1503 семьи (2758 детей до 14 лет) и 1160 семей (990 детей).

Установлено, что по всем показателям сельские семьи отстают от городских, в них преобладают семьи с неудовлетворительной и удовлетворительной гигиенической культурой, неполные семьи. Общие условия воспитания детей раннего возраста оценены как хорошие лишь в 11,0% семей.

Доказано, что 89,2% заболеваний бронхолегочной системы у дошкольников и 46,6% - у школьников обусловлены бытовыми условиями семьи, её санитарно-гигиенической культурой. Доля влияния этих факторов на частоту инфекционных и паразитарных болезней ещё более существенна и составляет соответственно 92,4 и 80,2%.

Установлено, что показатель младенческой смертности (ПМС) находится в прямой корреляционной зависимости от следующих внутрисемейных факторов: неудовлетворительные бытовые условия и санитарно-гигиеническая культура, потребление алкоголя матерями, болезни отцов и матерей.

Разработана методология санитарного просвещения, позволяющая значительно повысить его эффективность и качество жизни детей, что подтверждается снижением ПМС.

АННОТАЦИЯ

Издөөлөрдүн натыйжасынан келип чыккан социалдык-гигиеналык мүнөздөмөлөр, Кемин районунун үйбүлөлөрүндөгү балдардын оору жана өлүм көрсөткүчтөрү келтирилген. Бишкек шаары контролдук үйбүлөлөрүн түзгөн.

Ушуга ылайык 1503 үйбүлөөгө (2758 14-ко чейинки балдар) жана 1160 үйбүлөөгө (990 бала) текшерүү жүргүзүлгөн.

Баардык социалдык-гигиеналык мүнөздөмөлөр боюнча айылдык үйбүлөөлөр шаардыктарга караганда артта калууда, жана алардын арасында гигиеналык маданияты начар жана орточо деңгээлиндегилердин толук эмес үйбүлөөлөрдүн саны көбүрөөк болуп, ал эми 11,0% гана жаш балдарды багууда үйбүлөөдө жакшы шарт түзүлгөндүгү аныкталды.

Мектепке чейинки балдардын өпкө бронх системаларынын ооруларынын 89,2%, мектепте окуган балдардын 46,6% үйбүлөөлөрдүн жашоо турмуш шарттары, санитардык жана гигиеналык маданиятулуктарынан экендиги далилденген. Ушул эле факторлордун жугуштуу жана паразитардык ооруларына болгон салыгы мынданда олуттуурак болуп чыкты - 92,4 жана 80,2%.

Бирге чейинки балдардын өлүмүнүн көрсөткүчү төмөнкү үйбүлөө аралык факторлор менен бийик туз коррекциялык байланышы бар экендиги аныкталган: начар жашоо шарттары жана санитардык-гигиеналык маданияты менен, энелердин алкоголь ичүүсү, оорулуу аталар жана энелер менен.

Санитардык агартуу иштеринин методологиясы иштелип чыккан, ал анын эффективдүүлүгүн жана балдардын жашоосунун сапатын көтөрүүгө көмөктөш болгон, бул бирге чейинки балдардын өлүмүнүн көрсөткүчү төмөндөп кетүүсү менен аныкталган.

SUMMARY

The results of the study of social-hygienic characteristics, morbidity and mortality of children in families in the Kemin District are presented. Families from Bishkek served as controls.

1503 families (2758 children up to 14 years of age) and 1160 families (990 children) were studied respectively.

It was found that the rural families were much below the urban families in all social-hygienic parameters. There were more families with satisfactory sanitary culture, with unsatisfactory sanitary culture, more incomplete families. The overall upbringing conditions of infants were rated as good in 11.0% of families.

It was shown that the rate of respiratory system diseases were related to living conditions in the family, its sanitary-hygienic culture at 89.2% in pre-school children and 46.6% in schoolchildren. The impact of these factors on the infectious and parasitic disease rates was still greater: 92.4% and 80.2% respectively.

It was found that the infant mortality rate was directly related to the following intrafamilial factors: unsatisfactory living conditions, unsatisfactory sanitary and hygienic culture, alcohol consumption by mothers, diseases of fathers and mothers.

The methodology of health education has been developed which allows increasing considerably the effectiveness of health education and the quality of life of children. This is supported by reduction in the infant mortality.

Зак № 290. Объем 1 п.л. Тираж 100 экз. Формат издания 60x84 1/16

МП Фирма «БИЛД». Панфилова, 136