

В.Ю. Альбицкий<sup>1</sup>, С.Я. Волгина<sup>2</sup>, Е.А. Курмаева<sup>3</sup><sup>1</sup> Научный центр здоровья детей РАМН, Москва<sup>2</sup> Казанская государственная медицинская академия<sup>3</sup> Казанский государственный медицинский университет

## Состояние здоровья и образ жизни детей из бедных семей

В СТАТЬЕ АНАЛИЗИРУЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ДАННЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ АВТОРОВ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ПРОБЛЕМЕ БЕДНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ИЗ БЕДНЫХ СЕМЕЙ. ПОКАЗАНО, ЧТО БЕДНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА РАССТРОЙСТВ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ. ТОЛЬКО ПРИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМ ПОДХОДЕ МОЖНО ДОБИТЬСЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВЛИЯНИЯ УКАЗАННОГО ФАКТОРА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** РЕБЕНОК, БЕДНОСТЬ, ЗДОРОВЬЕ, ОБРАЗ ЖИЗНИ.

### Контактная информация:

Волгина Светлана Яковлевна,  
доктор медицинских наук,  
профессор кафедры педиатрии  
и неонатологии Казанской  
государственной медицинской академии  
Адрес: 420012, Казань,  
ул. Муштары, д. 11,  
тел. (843) 5-168-720  
Статья поступила 28.03.2007 г.,  
принята к печати 03.12.2007 г.

Здоровье является одним из основополагающих прав человека, касающихся всех детей и подростков. Право на «наивысший достижимый уровень здоровья» закреплено в Конвенции о правах ребенка и является моральной и юридической основой для деятельности, направленной на обеспечение справедливого доступа к средствам охраны здоровья [1]. Создание условий для роста и развития детей в таких семейных условиях и в такой социальной и физической среде обитания, которые обеспечивали бы эту справедливость, должно быть важнейшей стратегической задачей для всех стран [2].

Последнее десятилетие характеризуется неблагоприятными демографическими процессами в нашем обществе, которые сопровождаются резким ухудшением состояния здоровья детей [3]. В особо уязвимом положении оказались дети из бедных семей. В документе «Ликвидация разрыва» ВОЗ (1995) отмечает: «Самый беспощадный убийца мира и главная причина страдания на Земле — это чрезмерная бедность». Это заявление подчеркивает значимость выделения бедности как фактора, неблагоприятно влияющего на здоровье.

В сентябре 2000 г. Декларация тысячелетия ООН возложила ответственность на государства за создание глобального партнерства по сокращению масштабов нищеты, улучшению здоровья и укреплению мира, прав человека, гендерного равенства и устойчивости окружающей среды [4].

Во всех странах нищета ассоциируется с высокими показателями детской и материнской смертности, подверженностью детей инфекционным болезням, недоеданию и дефициту необходимых микроэлементов. Плохие жилищные условия, небезопасная вода, отсутствие надлежащих санитарных условий, недоедание и неграмотность — все эти факторы и сегодня остаются повседневным явлением для огромной части населения планеты [4].

Довольно часто мигранты сталкиваются с проблемами социальной изоляции и бедности. Смена окружения, происходящая при переезде в другую страну, серьезно влияет на их здоровье [5]. Значительные изменения в их укладе жизни и социальном статусе сопровождаются стрессом, что может привести к депрессии, психическим заболеваниям, употреблению наркотиков или алкоголя [6].

V.Yu. Albitsky<sup>1</sup>, S.Ya. Volgina<sup>2</sup>, Ye.A. Kurmayeva<sup>3</sup><sup>1</sup> Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow<sup>2</sup> Kazan' State Medical Academy<sup>3</sup> Kazan' State Medical University

THE ARTICLE ANALYZES THE DOCUMENTS OF THE INTERNATIONAL ORGANIZATIONS, DATA OF THE RUSSIAN AND FOREIGN AUTHORS DEVOTED TO POVERTY AND HEALTH OF CHILDREN FROM DISADVANTAGED FAMILIES. IT WAS SHOWN THAT POVERTY IS THE BASIC RISK FACTOR FOR THE SOMATIC AND PSYCHIC DISORDERS OF CHILDREN. THE REDUCTION OF THE IMPACT EXERTED BY THE GIVEN FACTOR ON THE HEALTH STATUS OF CHILDREN MAY BE ACHIEVED BY THE MULTIDISCIPLINARY APPROACH ONLY.

**KEY WORDS:** CHILD, POVERTY, HEALTH, LIFESTYLE.

## Health status and lifestyle of children from disadvantaged families

По утверждению Международного центра по вопросам миграции и охраны здоровья, показатели состояния здоровья свидетельствуют о том, что для мигрантов в Европе опасность заболеть некоторыми болезнями намного выше, чем для местного населения принимающих стран [7]. Необходимость платить за требуемую медицинскую помощь может привести к тому, что та или иная семья окажется в абсолютной нищете [4].

Распространенность платных медицинских услуг на фоне падения реальных доходов населения обусловила возникновение барьеров в доступе к медицинским услугам. Вместе с тем, дети не выглядят как уязвимая группа, поскольку и государство и родители стараются обеспечить приоритетный доступ детей (особенно в возрасте до 5 лет) и к лекарствам и к медицинским услугам [8].

Существует тесная взаимосвязь между бедностью в детстве и неудовлетворительными результатами, полученными при обучении таких детей в школе, их плохим здоровьем, возможностью забеременеть в подростковом возрасте, наркотической зависимостью и токсикоманией, уголовным и антисоциальным поведением, низкой заработной платой, безработицей и длительной зависимостью от социального обеспечения. Канадский социолог L. Strohschein из Университета провинции Альберта проанализировала статистические данные, касающиеся американской молодежи, и пришла к выводу, что детям, родившимся в бедных семьях, в гораздо большей степени присущи признаки антиобщественного поведения. Например, они «задирают» своих сверстников в школе, проявляют жестокость, организуют акты вандализма или участвуют в них, а также прибегают к обману и лжи. Как только родители таких детей начинают зарабатывать больше денег, и финансовые обстоятельства семьи улучшаются, поведение детей начинает укладываться в пределы нормы [9].

В раннем детстве малоимущие родители читают детям гораздо меньше, чем более благополучные папы и мамы, позднее и сами дети из семей с низким уровнем дохода читают меньше. Дети из бедных семей реже посещают кружки, спортивные секции или имеют другие увлечения. Они проводят больше времени без присмотра взрослых и очень мало работают для благотворительных организаций на добровольных началах [4].

В других источниках приводятся доказательства того, что из бедных детей чаще вырастают болезненные, малообразованные, неактивные и необщительные взрослые, в меньшей мере способные выдерживать риск и давление конкурентного общества. Так, недавний государственный отчет Министерства здравоохранения США о состоянии американских детей показал, что в бедных семьях (в отличие от семей со средним и высоким достатком) дети чаще не имеют медицинской страховки, больше болеют и пропускают школьные занятия, страдают проблемами эмоционального и поведенческого характера. Например, бронхиальной астмой (болезнью, достигшей масштабов эпидемии среди нового поколения США) болеют 10,2% детей малоимущих родителей по сравнению с 8,7% — из семей, где у родителей зарплата в 2 раза выше, и 6,9% — из семей, где родители получают в 4 раза больше. Признаки плохого поведения и отсутствие эмоционального контроля проявляют 13,1% бедных детей по сравнению с 9,3% сверстников из семей с достатком в 2 раза больше и 5,0% — из семей с заработком в 4 раза выше. На второй год остаются 22,2% школьников из семей с низкими доходами, в то время как в семьях, где доходы в 2 раза больше — 14,9%, а в семьях, где заработок в 4 раза выше — только 5,3% [10].

Следует отметить, что формы поведения и установки, присущие человеку на протяжении всей его жизни, нередко

определяются в дошкольные годы, поэтому гораздо важнее заложить правильные основы на этом этапе развития, чем корректировать их в будущем. На развитие ребенка младшего возраста большое влияние оказывает стиль жизни родителей, формируется его отношение к формам поведения, связанным со здоровьем (таким, как курение и физическая активность), вырабатываются привычки питания. Вдыхаемый табачный дым (пассивное курение) может непосредственно влиять на респираторные показатели здоровья ребенка младшего возраста, в том числе, и долгосрочной перспективе при длительном воздействии [4].

Специальное изучение здоровья дошкольников показало, что неудовлетворительная практика кормления детей в этом возрасте может стать серьезной причиной недостаточного питания. Это приведет к отставанию физического развития и когнитивных функций. В то же время нездоровый рацион питания с повышенной калорийностью способствует формированию избыточной массы тела и ожирения. Могут вырабатываться вредные привычки питания, сохраняющиеся на протяжении всей жизни [4].

Необходимо обратить внимание на тот факт, что у детей из бедных семей выше вероятность получения травм бытового характера или при дорожно-транспортных происшествиях. Случаи смерти от утопления и пожара чаще наблюдаются среди детей младшего возраста, находящихся дома. Случаи пренебрежительного и жестокого обращения с детьми в течение первых лет жизни отмечаются во всех странах Европейского региона [11]. В 1996 г. Всемирная ассамблея здравоохранения провозгласила, что насилие в рамках семьи и местных сообществ представляет собой растущую проблему здравоохранения. Это утверждение остается в силе и сегодня. Не всегда легко получить точные данные о распространенности случаев жестокого обращения с детьми. Последствия такого обращения с детьми приводят к физическим, психологическим и поведенческим изменениям в организме и могут быть необратимыми [12, 13]. Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми впоследствии может вызывать долгосрочные нарушения психического здоровья — такие как депрессия и заниженная самооценка. Эта проблема имеет серьезные последствия и для общества в целом. Иногда детям, подвергающимся жестокому и пренебрежительному обращению или оставленным родителями, необходима альтернативная помощь. В этих случаях формы ее оказания на основе семьи (например, родственниками и приемными родителями), предпочтительнее помощи, предоставляемой в рамках учреждений интернатного типа. С точки зрения экономических потерь последствия жестокого и пренебрежительного обращения с детьми трагивают как сектор здравоохранения, так и систему уголовного правосудия, сферы социального обеспечения, образования и трудоустройства [14].

Психические расстройства в детском возрасте возникают вследствие взаимодействия генетических и средовых факторов. Связь между неблагоприятными переживаниями и психическим расстройством весьма сложна и включает реципрокные эффекты со стороны детей, которые вовсе не являются пассивными реципиентами таких переживаний. Постепенно возрастающее количество исследований по изучению связи между бедностью и здоровьем указывает на то, что низкий доход в сочетании с неблагоприятными демографическими факторами и недостаточной внешней поддержкой вызывает стресс и жизненные кризисы, которые являются факторами риска для детей и могут провоцировать развитие психических расстройств в детском возрасте. И здесь важно отметить, что дети из са-

мых бедных семей страдают психическими расстройствами в 3 раза чаще, чем их сверстники из более благополучных семей [15].

Бедность и неблагоприятное социальное положение сильнее всего связаны с недостаточно развитыми навыками и умениями у детей и низкими их достижениями в учебе [16]. Расстройство поведения, в том числе, и гиперактивное поведение с дефицитом внимания тесно связаны с бедностью семьи. Это наиболее заметно на примере детей из семей, испытывающих постоянные экономические трудности. Связь между бедностью и расстройством здоровья, по-видимому, более заметна у мальчиков, чем у девочек, и сильнее в детском, чем в подростковом возрасте. Частота расстройств детского возраста варьирует в разных местностях и в разных районах. Результаты исследований, проведенных в Великобритании, свидетельствуют о том, что риск развития расстройств здоровья у жителей крупных городов в 2 раза выше, чем у жителей небольших населенных пунктов [17].

Общепризнано, что расстройство поведения у детей, живущих в бедных семьях с низким доходом или в бедных кварталах, отмечается в 3–4 раза чаще. Возможно, механизмы, повышающие риск развития психического расстройства у бедных детей, в основном имеют отношение к высокой степени выраженности семейных и родительских характеристик, связанных с психическим расстройством у ребенка, а не с самим неблагоприятным экономическим положением. Что же касается последнего, то следует различать бедность постоянную и возникшую в данный момент. Первая является значимым предвестником интернализованных симптомов (например, депрессии в детском возрасте), а недавно возникшая — прогностическим фактором экстернализованных симптомов (например, поведенческих расстройств детского возраста). Весьма вероятно, бедность вызывает стресс и у родителей, что тормозит процессы неформального социального контроля в семье. Это, в свою очередь, повышает риск сурового отно-

шения родителей к детям и ослабления их эмоциональной отзывчивости, что необходимо для удовлетворения потребностей детей в общении.

G. Kaplan и соавт., изучив социально-экономическое положение в детстве и когнитивное функционирование у взрослых, пришли к заключению, что более обеспеченное социально-экономическое положение в детстве и более высокий уровень образования обуславливают адекватный уровень когнитивного функционирования в период зрелости. При этом мать и отец независимо друг от друга способствуют развитию творческого когнитивного функционирования своих детей и их когнитивных способностей в дальнейшей жизни. Улучшение социально-экономического положения родителей и повышение уровня образования их детей, по-видимому, могут улучшать качество когнитивного функционирования и снижать риск развития деменции в более позднем периоде жизни [18]. Беспорядочное, сопровождающееся угрозами, суровое воспитание, отсутствие надзора и слабое чувство привязанности между родителем и ребенком усугубляют эффекты бедности и другие факторы, имеющие значение в развитии делинквентности (отклонений в поведении, связанных с нарушением правовых и нравственных норм) несовершеннолетнего. В исследовании, посвященном изучению несовершеннолетних преступников, именно бедность была выделена в качестве одной из наиболее важных предпосылок развития делинквентности в детском возрасте [19]. Установлено также, что бедность влияла на отставание в учебе и увеличивала риск развития делинквентности поведения даже после внесения поправки на образование матери и поведение ребенка в раннем возрасте [20].

Таким образом, анализ проведенных медико-социальных исследований свидетельствует о том, что дети из бедных семей имеют худшие показатели здоровья. Разработка путей и методов оказания помощи указанному контингенту детей требует мультидисциплинарного подхода.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конвенция о правах ребенка — М.: ИНФРА-М, 2003. — С. 2–4.
2. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» Европейский региональный комитет, Бухарест, Румыния, 12–15 сентября 2005 г. — С. 24.
3. Баранов А.А., Щеллягина Л.А., Ильин А.Г. и др. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Российский педиатрический журнал. — 2005. — № 2. — С. 29–30.
4. Одиннадцатая общая программа работы на 2006–2015 гг. Доклад секретариата ВОЗ. Исполнительный комитет eb117/16. — 12 декабря 2005 г. — С. 44.
5. МакКей Л., Мацнтайер С., Эллавей А. Миграция и здоровье: обозрение международной литературы. Совет по медицинским исследованиям. Отделение общественных наук и наук об общественном здравоохранении. — Непериодическая серия, выпуск 12. — Глазгоу. — 2003.
6. Миграция, путь к бедности? 3-й доклад по изучению проблем бедности в Европе. — Брюссель, 2006. — С. 102.
7. Карбалло М., Нерукар А. Миграция, беженцы и угрозы здоровью. Международный центр по вопросам миграции и охраны здоровья. — Верньер, Швейцария, 2000.
8. Овчарова Л.Н., Попова Д.О. Детская бедность в России. Тревожные тенденции и выбор стратегических действий (резюме доклада ЮНИСЕФ) — ЮНИСЕФ. — М., 2005. — С. 24.
9. Детская бедность в богатых странах — ЮНИСЕФ, 2005.
10. The health and well-being of children: A portrait of States and the Nation 2005. Доступно на: <http://www.mchb.hrsa.gov/thechild/index.htm>.
11. Пиньейру П.С. Доклад независимого эксперта для проведения исследования ООН по вопросу о насилии в отношении детей. — 2006. — С. 40.
12. Farrington D.P. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key finding from the Cambridge Study in Delinquent Development // *J. of Child Psychology and Psychiatry*. — 1995. — № 36. — P. 929–964.
13. Global initiative to end all corporal punishment of children. *Global Summary of the Legal Status of Corporal Punishment of Children*, 2006. Доступно на: <http://www.un.org/>.
14. Implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Report of the World Health Assembly (WHA56.24), Fifty-sixth World Health Assembly. — Geneva. WHO, 2003.
15. Department of Health. *Saving Lives: Our Healthier Nation*. — London: Stationery Office, 1999.
16. Duncan G.J., Brooks-Gunn J. *Consequences of Growing Up Poor*. — New York: Russell Sage, 1997.
17. Rutter M., Yule B., Quinton D. Attainment and adjustment in two geographical areas. III: Some factors accounting for area differences // *British Journal of Psychiatry*. — 1975. — № 126. — P. 520–533.
18. Kaplan G.A., Turrell G., Lynch J.W. Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood // *Int. J. of Epidemiology*. — 2001. — № 30. — P. 256–263.
19. Global estimates of health consequences due to violence against children. Background paper for the United Nations Study on Violence against Children. — Geneva. WHO, 2006.
20. Pagani L., Boulerice B., Vitaro F. Effects of poverty on academic failure and delinquency in boys: a change and process model approach // *J. of Child Psychology and Psychiatry*. — 1999. — № 40. — P. 1209–1219.