

инвалидами сохраняется в пределах 300 человек ежегодно.

Удельный вес пострадавших от производственных травм невысок, преобладают в структуре первичной инвалидности бытовые травмы.

В структуре первичной инвалидности преобладают лица молодого возраста, преимущественно мужчины.

Уровень инвалидности III группы составляет больше половины, уровень инвалидности I и II групп в совокупности составляет 45%.

За 2010—2011 гг. наметилась тенденция к уменьшению числа инвалидов по последствиям ЧМТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиткина Л.С., Смычек В.Б., Рябцева Т.Д., Святская Е.Ф. Черепно-мозговая травма как причина инвалидности (медицинские и социальные аспекты). В кн.: Первый съезд врачей Республики Беларусь: Тезисы докладов. Минск; 1998. 193—194.
2. Святская Е.Ф. Медико-социальная экспертиза больных с

последствиями черепно-мозговой травмы. Мед. панорама 2004; 9: 47—48.

3. Боева Е.М., Еникеева А.А., Старовойтова И.М. Медико-социальные аспекты инвалидности лиц моложе 45 лет с последствиями черепно-мозговой травмы. В кн.: Актуальные проблемы инвалидности. М.; 1991. 76—77.
4. Вегер А.М. Клинические варианты отдаленных последствий травм черепа. В кн.: Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. М.; 1946. 83—95.

Поступила 29.04.12

Сведения об авторах:

Ванина В. П. — руководитель экспертного состава смешанного профиля № 3, врач по медико-социальной экспертизе, невролог (категория высшая), Засл. врач Российской Федерации; Сарафанова Е. А. — врач по медико-социальной экспертизе, невролог экспертного состава смешанного профиля № 3 (категория первая).

Для контактов:

Ванина Вера Петровна, 454076, Челябинск, ул. Воровского, 70, Медгородок, Челябинская областная клиническая больница, корпус 2. Телефон/факс: 8(351) 232-79-80, e-mail: gbms74fmbamail.ru.

© О. С. БЕЛОВА, А. Г. СОЛОВЬЕВ, 2013

УДК 616.899-053.3-058

О. С. Белова, А. Г. Соловьев

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ОТКЛОНЕНИЙ В ПСИХОРЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Представлены результаты исследования различных характеристик семей, дифференцируемых по специфике психофизических и социально-экономических статусов. Выявлены и ранжированы социальные факторы риска формирования отклонений нервно-психического развития у детей раннего возраста с перинатальным поражением центральной нервной системы.

Ключевые слова: дети, ранний возраст, нервно-психическое развитие, перинатальное поражение головного мозга, отклонения, социальные факторы риска.

ROLE OF SOCIAL RISK FACTORS IN THE FORMATION OF TOLERANCE IN PSYCHOVERBAL DEVELOPMENT IN YOUNG CHILDREN

O.S.Belova, A.G. Soloviev

Northern State Medical University, Arkhangelsk

The results of study of various characteristics of households that are differentiable on the specifics of psychophysical and socioeconomic status. Identified and ranked social risk factors which form neuropsychological development deviations in infants with perinatal central nervous system lesion.

Keywords: children, young age, psychological development, perinatal brain damage, deviation, social risk factors.

Семья выступает одним из основных факторов социальной интеграции ребенка. Именно от семьи, ее активности в процессе развития и образования ребенка зависит его психофизический и социокультурный статус в будущем, уровень интеграционного потенциала [1]. Если в первые годы жизни на развитие ребенка большее влияние оказывают медико-биологические факторы, то впоследствии возрастает влияние социальных факторов, особенно внутрисемейной ситуации. Социопсихогенный фактор часто действует не как этиологический, а как дополнительная нагрузка на мозг с компенсированным или субкомпен-

сированным дефектом, возникшим в перинатальном периоде [2].

Семья может помочь восстановить взаимоотношения ребенка с окружающим миром, включить его в жизнь общества. В связи с этим проблема ранней психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, востребована и актуальна.

Целью исследования явилось выявление медико-социальных факторов риска (ФР) и социальных характеристик семей, воспитывающих детей раннего возраста с отклонениями в нервно-психическом раз-

витии (НПР) на фоне перинатального поражения головного мозга (ППГМ).

Нами на базе психоневрологического отделения Архангельской областной детской клинической больницы (АОДКБ), Детской поликлиники №2 Архангельска проведено исследование различных характеристик семей, дифференцируемых по специфике психофизических и социально-экономических статусов. Целевая выборка составила 544 семьи, из них 21 семья воспитывала детей без отклонений в развитии, 121 — имела детей с отклонениями НПР на фоне ППГМ, а 402 — детей с речевыми нарушениями.

Для выявления ФР отклонений в речевом развитии была изучена медицинская документация (“История развития ребенка” учетная форма 112/У) 402 детей дошкольного возраста (245 мальчиков — 60,9%, 157 девочек — 39,1) 3,5—11 лет с различными формами нарушений речи и состоявших на диспансерном учете у логопеда (группа сравнения — ГС). Основную группу (ОГ) составил 121 ребенок раннего возраста (1—3 лет), обследованных в психоневрологическом отделении АОДКБ с ППГМ. Полученные результаты сравнивались с данными обследования 21 ребенка контрольной группы (КГ), не имеющих в анамнезе ППГМ и отклонений в психоречевом развитии и относившихся ко II группе здоровья.

При проведении исследования было выявлено, что доминирующим типом семейной системы выступает простая нуклеарная семья. В группе детей без отклонений в развитии доминировали семьи с одним ребенком (76,2%); у детей с отклонениями в развитии — в 64% случаев семьи воспитывали одного ребенка, в 7,5% — являлись многодетными ($p < 0,05$ в сравнении с КГ).

Анализ социально-демографических данных показал, что значительную долю семей, имеющих детей с ППГМ и отклонениями в развитии (ОГ и ГС), составили неполные семьи (соответственно 19 и 22,2% по сравнению с 4,8% в КГ). Преимущественно это семьи одиноких матерей, разведенных женщин, вдов, семей с отчимами или приемными отцами.

Семьи детей с отклонениями в развитии в 5 раз чаще были неполными. Если основной причиной наличия неполных семей в КГ был развод родителей, то в семьях детей с психоречевой патологией — развод, смерть одного из родителей и воспитание детей одинокими матерями с рождения ($p < 0,05$). При этом в случае распада семьи в результате развода родителей в семьях с детьми с отклонениями в развитии, как правило, инициатором являлся отец, а в КГ — мать.

Воспитание ребенка в неполной семье представляет собой главный ФР, нуклеирующий негативное воздействие остальных неблагоприятных микросоциальных факторов через деформацию практически всех сторон образа жизни такой семьи [3].

Анализ распределения родителей по возрасту показал доминирование среди них лиц в возрасте от 31 года до 40 лет: в ОГ — 57%, в КГ — 66,7%. Четвертая часть родителей детей с отклонениями в психоречевом развитии находилась в возрастном “коридоре” между 41 и 50 годами (24,8%). Среди родителей здоровых детей лиц с аналогичными рамками паспортного возраста выявлено 4,8%. Самыми малыми по ко-

личеству оказались наиболее полярные родительские группы по возрасту — до 30 лет и старше 50 лет.

Трудовой потенциал семьи подразумевает совокупность характеристик, обеспечивающих благосостояние и развитие за счет профессионально-трудовой деятельности ее членов. Самостоятельное развитие семьи базируется прежде всего на использовании трудового потенциала, составными частями которого являются образовательный и профессионально-квалификационный потенциал каждого члена [1]. Анализ результатов исследования образовательного уровня и профессионального статуса родителей показал, что подавляющее большинство родителей детей с отклонениями в интеллектуальной сфере имели начальное (21,9%), среднее (8%), среднее специальное (45%) образование и только четверть (24,9%) — высшее образование. Среди родителей детей без отклонений в развитии подавляющее большинство составили люди с высшим образованием (66,7%), 28,6% имели среднее специальное, а 4,8% — среднее образование.

Полученные нами данные показали, что между образовательным уровнем родителей детей сравниваемых групп имелись значимые различия. В ОГ достоверно реже ($p < 0,001$) встречались матери (в 3 раза) и отцы (в 3,5 раза) с высшим образованием и соответственно чаще со средним; у 21,5% матерей и 42,1% отцов в ОГ имелось неполное среднее образование.

По профессиональному статусу родители распределились следующим образом: около половины (47,9%) матерей и отцов детей с отклонениями в развитии являлись представителями двух профессиональных групп — рабочих (25,6%) и работников сельского хозяйства (22,3%); среди родителей детей без отклонений в развитии к первой из них относились лишь 9,5% человек, а представителей второй не было совсем. Самое большое число родителей детей без отклонений было занято в сфере предпринимательства (42,9% против 14,9% в ОГ). Ведением домашнего хозяйства занимались 19% родителей детей без отклонений в развитии и только 9,1% родителей детей ОГ.

Высокий образовательный и профессиональный статус часто обуславливает получение материального дохода, необходимого для нормального функционирования семьи, а значит осуществления ею эффективных социализирующих и интеграционных практик в отношении ребенка, в том числе с отклонениями в развитии. В нашем исследовании не имели постоянного места работы более трети (37,2%) родителей детей с отклонениями в развитии; в КГ все родители имели постоянное место работы.

Известно, что большинство семей, где воспитывается ребенок с отклонениями в развитии, имеют более низкий уровень образования и профессиональной квалификации, следовательно, не могут способствовать полноценному интеллектуальному и социальному развитию ребенка [4].

Материальное положение по субъективной оценке членов семьи в ОГ было ниже, чем в семьях КГ. Важным является не столько сам показатель дохода (что точно измерить достаточно сложно), сколько его восприятие членами семьи [1]. Это тем более значимо, так как уровень совокупного дохода во многих се-

мьях невелик. Следовательно, можно предположить, что семьи стремятся минимизировать свои потребности либо иметь дополнительные источники существования. Так, в КГ 52,4% семей отнесли себя к хорошо обеспеченным, в ОГ таких было только 20,7% ($p < 0,01$); в КГ ни одна из обследованных семей не считала себя малообеспеченной. В ОГ 14,1% семей отметили, что их доходов хватает лишь на питание и крайне необходимое ($p < 0,01$), в 8,3% семей доходов еле хватало на питание.

Экономический потенциал семьи, ее материальный достаток, финансовый капитал определяются не только уровнем текущих доходов, но и наличием жилья, уровнем жилищно-бытовых условий. Анализ последних показал, что 90,5% семей КГ и 57% детей ОГ проживали в благоустроенных квартирах со всеми удобствами. Свой дом в основном с частичными удобствами имели 9,5% семей КГ, а также 36,4% — ОГ. 4,8% семей КГ и 10,7% ОГ проживали в общежитии или коммунальной квартире. Семьи детей без отклонений в развитии, как правило, имели благополучные материально-бытовые условия.

Анализ наличия у родителей вредных привычек показал, что до 14,5% отцов и 4,1% матерей ($p < 0,05$) в ОГ злоупотребляли алкоголем. Курение отца было широко распространено и в ОГ, и в КГ, а курение матери достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечалось в ОГ — у 24%.

Вероятно, такие социальные ФР, как низкий образовательный уровень родителей, социально-неблагополучная семья, низкая материальная обеспеченность, привели к тому, что 14,9% женщин ОГ во время данной беременности не наблюдались в женской консультации (в КГ подобная ситуация не встречалась), большая часть из них обозначила данную беременность как преждевременную или нежелательную в силу различных обстоятельств (учеба, работа, жизненные обстоятельства). В то же время известно, что нежелательная беременность представляет высокий риск для здоровья детей раннего возраста [5], эмоциональные расстройства матери могут оказывать патогенное влияние на развитие плода.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ социально-демографических и экономических характеристик семей, воспитывающих детей с различными отклонениями в НПР, позволяет констатировать значительное различие семейных систем. Одними из основных факторов, детерминирующих различие семей, выступают образовательный уровень родителей и их профессиональный статус. Данные факторы часто обуславливают получение материального дохода, необходимого для осуществления нормального функционирования, жизнедеятельности семьи, а значит, эффективного осуществления ею социализирующих и интегрирующих практик в отношении ребенка, в том числе с ограниченными возможностями [1]. В наиболее бедственном положении оказываются семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии;

в большинстве своем они имеют неблагоприятные материально-бытовые условия, уровень образования родителей крайне низок, лишь каждая десятая семья может считаться по совокупности социокультурных, экономических и иных характеристик относительно благополучной. Сравнительно благополучной можно считать каждую вторую семью с обычным ребенком.

Очевидно, что семья, оказавшаяся в кризисной социально-экономической ситуации, не только не в состоянии оказать какой-либо действенной помощи в развитии ребенка, но, напротив, выступает ФР, осложняющим реализацию процессов его социализации и социальной интеграции.

В последние годы государство предпринимает ряд мер социокультурной поддержки семьи, женщин и детей, однако система социальных гарантий и механизмы их реализации пока не сформировались в полной мере и не обеспечивают достаточную защиту различных категорий семей. Все усилия государства направлены в основном на поддержку семей, уже оказавшихся в зоне социального риска. Поэтому нужно создавать и расширять сеть центров социально-психологических профилактических услуг, так как проблемы семьи, в частности воспитывающей детей с отклонениями в развитии, сложны и многогранны и требуют систематизации и повышенного внимания со стороны не только специалистов, исследователей, но и всего общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев Д. В., Зайцева О. В. Социокультурный анализ современных семей разных типов: сравнительный анализ. Вестн. психосоц. и коррекц.-реабил. работы. 2005; 3: 53—62.
2. Лексин Е. Н., Курошина Е. Е. Этапы развития функций головного мозга в норме и патологии // Современные проблемы и перспективы развития региональной системы комплексной помощи ребенку: Материалы Международной науч.-практ. конф. Архангельск, 2000: 120—123.
3. Ашанина Н. М. Социально-гигиенические аспекты разводов и их влияние на состояние матери и ребенка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997.
4. Бочарова Е. А., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни / Под ред. П. И. Сидорова. Архангельск, 2005.
5. Барашинов Ю. И. Роль антенатальной кардиотокографии в прогнозировании церебральных повреждений у новорожденных в раннем неонатальном периоде. Акуш. и гин. 1998; 2: 18.

Поступила 23.03.12

Сведения об авторах:

Белова О. С. — канд. мед. наук, ассистент каф. психиатрии и клин. психологии Северного государственного медицинского университета; Соловьев А. Г. — д-р мед. наук, проф., зам. дир. Ин-та ментальной медицины Северного государственного медицинского университета.

Для контактов:

Белова Ольга Сергеевна, 163002, Архангельск, пр. Ленинградский, 3, кв. 34. Телефон: 8-905-293-10-06; e-mail: osbelova@rambler.ru.