© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.24-002.5-053.2/.6

DOI 10.21292/2075-1230-2018-96-10-23-29

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ*

Н. В. ЗОЛОТОВА, А. А. АХТЯМОВА, Е. С. ОВСЯНКИНА, И. Ю. ПЕТРАКОВА, А. Ю. ХИТЕВА

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва, Россия

Рассмотрена одна из актуальных проблем, связанных с изучением социальных аспектов детского туберкулеза, — обоснование содержательных критериев выделения типов семей с различным социальным статусом. Цель исследования — сравнительное изучение социального портрета различных типов семей с детьми и подростками, больными туберкулезом органов дыхания, на основе дифференцированного подхода к определению уровня социальной адаптации семьи.

Изучены социальные характеристики семей 239 детей и подростков, которые находились в 2016-2017 гг. на обследовании и стационарном лечении в ФГБНУ «ЦНИИТ». В результате дифференцированного подхода к определению социального статуса выделены две группы: благополучные семьи (49,4%) и семьи социального риска (50,6% случаев). В результате сравнительного анализа выделенных типов семей, имеющих больных туберкулезом детского и подросткового возраста, выявлена их социально-экономическая неоднородность. Объединяющими характеристиками выделенных типов семей как с детьми, так и подростками, были образовательный уровень родителей и особенности трудовой занятости отцов. Остальные критерии (состав семьи, занятость матерей, жилищно-бытовые условия, размер дохода) достоверно различались в семьях детей и подростков. Показана необходимость комплексного анализа социальных характеристик семьи для определения ее социального статуса.

Ключевые слова: дети, подростки, социальные характеристики, благополучная семья, семья социального риска

Для цитирования: Золотова Н. В., Ахтямова А. А., Овсянкина Е. С., Петракова И. Ю., Хитева А. Ю. Социальный портрет семей детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулёз и болезни лёгких. — 2018. — Т. 96, № 10. — С. 23-29. DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-10-23-29

SOCIAL FEATURES OF THE FAMILIES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM RESPIRATORY TUBERCULOSIS

N. V. ZOLOTOVA, A. A. AKHTYAMOVA, E. S. OVSYANKINA, I. YU. PETRAKOVA, A. YU. KHITEVA

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia

The article describes one of the topical issues related to the study of social aspects of children tuberculosis that is the justification of substantial criteria of for defining social status of different families. The objective of the study is to compare social features of the families with children and adolescents ill with respiratory tuberculosis based on the differential approach to the assessment of social adaptation of the family.

Social characteristics of families of 239 children and adolescents have been studied, all the children and adolescents were examined and treated in Central Tuberculosis Research Institute in 2016-2017. This differential approach to social status assessment has allowed identifying two groups: functional families (49.4%) and families facing a high social risk (50.6% of cases). When comparing and analyzing two types of families, who had children and adolescents suffering from tuberculosis, it has been found out that those families differed from the social and economic point of view. The features common for certain types of families both with children and adolescents were the parents' level of education and particular employment of fathers. The remaining criteria (family structure, mothers' employment, accommodation, income size) were confidently different in the families of children and adolescents. The article demonstrates the need for a comprehensive analysis of the family in order to define its social status.

Key words: children, adolescents, social characteristics, functional family, family facing social risks

For citations: Zolotova N.V., Akhtyamova A.A., Ovsyankina E.S., Petrakova I.Yu., Khiteva A.Yu. Social features of the families of children and adolescents suffering from respiratory tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2018, Vol. 96, no. 10, P. 23-29. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-10-23-29

Высокая значимость влияния социальных факторов на заболеваемость туберкулезом органов дыхания (ТОД) у детей и подростков подчеркивается многими современными авторами [3, 5-7, 9]. Под социальными факторами заболевания в детской фтизиатрии традиционно подразумевается неблагополучный социальный статус семьи. При этом во фтизиатрических исследованиях, затрагивающих проблему неблагополучного социального статуса семьи, используются довольно разнообразные обозначения: социально дезадаптированные

группы населения [2], социопатическая семья [4], социально дезадаптированная семья [6, 8], низкий социальный уровень жизни в семье [7, 9] и т. п. Вполне закономерным может являться вывод об отсутствии четких методических подходов к выделению различных категорий семей в зависимости от ее социального статуса, что может затруднять научное общение специалистов по указанной проблеме.

В данном исследовании применен дифференцированный подход в оценке социального статуса семей с детьми и подростками, больными ТОД, на

^{*} Работа выполнена в рамках темы НИР № 0515-2015-0001 «Психологические аспекты в лечении туберкулеза органов дыхания у детей из очагов туберкулезной инфекции и социальных групп риска».

основе разработанной в социально-педагогических исследованиях типологии семьи с различным уровнем социальной адаптации [1]. Согласно указанной типологии, благополучные семьи успешно справляются со своими функциями, обладают высокими адаптивными способностями, которые основываются на материальных, психологических и других внутренних ресурсах, успешно решают задачи воспитания и развития ребенка. В семьях группы риска адаптивные способности снижены в силу различных неблагоприятных факторов (экономических, социально-демографических, психологических и т. п.) или сложных жизненных обстоятельств, поэтому подобные семьи ограничены в возможности создания необходимых условий для благополучного развития детей. В неблагополучных семьях возможности для создания необходимых условий для воспитания ребенка существенно снижены вследствие низкого экономического статуса, неблагоприятного психологического климата, сниженного социокультурного уровня членов семьи. Наконец, в асоциальных семьях количество дезадаптирующих факторов максимально: жилищно-бытовые условия не отвечают элементарным санитарно-гигиеническим требованиям, родители ведут аморальный образ жизни и не занимаются воспитательным процессом. Основными социальными характеристиками семьи являются ее состав, финансовое положение, жилищно-бытовые условия проживания, а также возраст и род занятий родителей. Подчеркивается, что социальный статус не является статичной характеристикой, представляет собой срез некоторого состояния семьи в различных сферах ее жизнедеятельности в конкретный момент времени [1].

В соответствии с вышеприведенным положением при изучении социального статуса семьи необходимо учитывать этап ее жизненного цикла, который, в частности, определяется возрастом ребенка. Как указывают исследователи, семьи с ребенком различного возраста представляют собой разные модели функционирования, отличаются специфическими задачами и кризисами [10].

Цель исследования: сравнительное изучение социального портрета различных типов семей с детьми и подростками, больными ТОД, на основе дифференцированного подхода к определению уровня социальной адаптации семьи.

Материалы и методы

Изучены социальные характеристики семей 239 пациентов 9-17 лет, которые находились в 2016-2017 гг. на обследовании и стационарном лечении в ФГБНУ «ЦНИИТ». Распределение пациентов по возрастному и половому составу представлено в табл. 1.

Социальные характеристики семей изучали с помощью анкетирования родителей, в ходе которого выясняли состав семьи, материальную обеспеченность, жилищно-бытовые условия. Также учитывали общее число детей в семье, образовательный уровень и трудовую занятость родителей, место постоянного проживания семьи (Москва, Московская область, другие регионы страны).

В соответствии с полученными данными все семьи были разделены на полные (наличие двух родителей или заменяющих родителей лиц трудоспособного возраста) – 163 (68,2%) случая, неполные (наличие одного родителя) – 64 (26,8%) случая, а также опекунские семьи, в которых родительские функции выполняли родственники нетрудоспособного возраста (чаще бабушки) – 12 (5%) случаев. В зависимости от качественной оценки родителем уровня ежемесячного дохода семью относили к одной из следующих категорий: низкий, удовлетворительный, средний и высокий уровень материальной обеспеченности. Под низкой материальной обеспеченностью подразумевался доход, позволяющий приобретать только продукты питания – 8 (3,3%) случаев, под удовлетворительным – доход, позволявший приобретать продукты питания и самые необходимые вещи – 58 (24,3%) случаев. Средний доход оценивался как «на существенные покупки приходится копить» – 116 (48,5%) случаев, высокий – «ни в чем себе не отказываем» – 57 (23,8%) случаев. Жилищно-бытовые условия, в которых проживали семьи, подразделяли на хорошие – 146 (61,1%) случаев, удовлетворительные – 78 (32,6%) случаев и неудовлетворительные – 15 (6,3%) случаев.

По итогам комплексного анализа полученных данных выделено две группы: социально-благополучная семья и семья социального риска. Низкий экономический статус, отличающий социально-неблагополучную семью, регистрировался всего в единичных (3,3%) случаях, что недостаточно для

Таблица 1. Распределение пациентов по возрастному и половому составу *Table 1.* Breakdown of patients as per age and gender

	Число пациентов					
Группы пациентов	по всей группе		дети 9-12 лет		подростки 13-17 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Девочки	131	54,8	67	48,2	64	64
Мальчики	108	45,2	72	51,8	36	36
Всего	239	100	139	100	100	100

объективного сравнительного анализа. Следовательно, указанное число семей было включено в группу семей социального риска. На момент исследования 11 (4,6%) пациентов, родители которых вели асоциальный образ жизни, проживали в опекунских семьях, изучаемые характеристики которых соответствовали благополучной семье или семье социального риска. Таким образом, группу социально-благополучных составили только полные семьи со средним и высоким уровнем материальной обеспеченности, наличием хороших и удовлетворительных жилищно-бытовых условий. В группу социального риска вошли семьи, обладающие хотя бы одной из следующих характеристик: неполная, удовлетворительный ежемесячный доход, доход на уровне прожиточного минимума, заменяющие родителей лица нетрудоспособного возраста, наличие неудовлетворительных жилищно-бытовых условий проживания, прибывшая в московский регион для трудоустройства.

Соотношение численности благополучных и семей социального риска достоверно не различалось – 118 (49,4%) и 121 (50,6%) случай соответственно (p > 0.05). Отсутствие указанных различий в соотношении было характерным как для семей с пациентами 9-12 лет (48,9 и 51,1% случаев), так и для семей с пациентами подросткового возраста (по 50% случаев соответственно), (p > 0.05). Сравнительный анализ социальных характеристик проводили между благополучными семьями с наличием больного ТОД ребенка (9-12 лет) и подростка (13-17 лет), а также между семьями социального риска с пациентами различного возраста. В выделенных группах учитывали факт наличия установленного контакта с источником туберкулезной инфекции, близость контакта (семейный, родственный, квартирный), а также наличие очагов смерти от туберкулеза.

В статистическом анализе использовали методы анализа номинативных данных (точный критерий Фишера, χ^2 Пирсона), параметрические методы сравнения (t-критерий Стьюдента для независимых выборок), а также методы корреляционного анализа (коэффициент корреляции r-Пирсона). Достоверными считали различия при p < 0.05.

Результаты

Сравнительное изучение состава благополучной семьи с учетом возраста пациентов позволило установить, что один из родителей был неродным у одинакового числа пациентов (8,8% детей и 16% подростков, p > 0,05), опекуны трудоспособного возраста заменяли двух родителей в редких случаях (4,4% детей и 4% подростков, p > 0,05). Как установлено, более трети (34%) семей подростков являлись многодетными. В семьях с пациентами 9-12 лет трое детей и более воспитывалось значительно реже (11,8% случаев), (p < 0,01). Подавляющее большинство благополучных семей как с

детьми, так и подростками проживали в хороших жилищно-бытовых условиях (72,1 и 82% случаев соответственно, p > 0.05).

Средний возраст родителей пациентов 9-12 лет составлял $37,3 \pm 8,3$ года, родителей пациентов подросткового возраста -41.9 ± 5.9 года (p < 0.001). При этом возраст абсолютного большинства (90%) родителей подростков соответствовал второму периоду среднего возраста (36-55 лет для женщин и 36-60 лет для мужчин), и лишь 10% родителей составляли более младшую возрастную подгруппу среднего возраста (21-35 для женщин и 22-35 для мужчин). Среди родителей пациентов 9-12 лет соотношение лиц, возраст которых соответствовал первому и второму периоду среднего возраста, было одинаковым (57 и 43% случаев соответственно), (p > 0,1). Большинство родителей в благополучных семьях имели высшее (45,3% случаев) и среднее специальное образование (40,4% случаев), каждый седьмой (14,3%) родитель получил только среднее образование. Как было выявлено, образовательный уровень матерей и отцов пациентов различного возраста в благополучных семьях достоверно не различался (табл. 2).

Наличие постоянной трудовой занятости характеризовало 73,8% родителей в благополучных семьях, отсутствие работы выявлялось в единичных (9,8%) случаях. Среди матерей пациентов различного возраста обнаруживалась как трудовая, так и домашняя занятость, при этом матери пациентов детского возраста являлись домохозяйками достоверно чаще (табл. 3).

Как установлено, уровень материальной обеспеченности достоверно различался в благополучных семьях с пациентами различного возраста (табл. 4). Так, в семьях с пациентами 9-12 лет превалировал средний ежемесячный доход, высоким доходом отличалась лишь каждая четвертая семья. В семьях подростков высокий финансовый доход регистрировался достоверно чаще (табл. 4).

Соотношение детей из благополучных семей, постоянно проживающих в Москве, Московской области, а также прибывших для лечения из других регионов страны, было одинаковым (p > 0,1). Среди пациентов подросткового отделения достоверно преобладали жители различных регионов (p < 0,05) (табл. 5).

Пациенты из контакта с источником туберкулезной инфекции достоверно превалировали по сравнению с пациентами без установленного контакта (64,4% детей и 68% подростков), (p < 0,01). Большинство пациентов было из семейного контакта с больным туберкулезом — 71,4% детей и 70,6% подростков. Случаи смерти от туберкулеза регистрировались в семейных очагах с детьми достоверно реже, чем в очагах с подростками (9,5 и 29,4% случаев соответственно), (p < 0,05).

Таким образом, благополучные семьи с больными ТОД детьми различного возраста имели как сходные, так и отличительные особенности. К сходным

Таблица 2. Уровень образования родителей в различных типах семей с детьми и подростками, больными туберкулезом органов дыхания (%)

Table 2. The educational level of parents in different types of families with children and adolescents suffering from respiratory tuberculosis (%)

Y. C.	Родители					
Уровень образования	матери пациентов 9-12 лет	матери пациентов 13-17 лет	отцы пациентов 9-12 лет	отцы пациентов 13-17 лет		
Благополучная семья						
Среднее	11,8 bb	10,6 bb	18,2 b	15,9		
Среднее специальное	38,2	31,9	47,0	43,2		
Высшее	50,0 bb	57,4 bb	34,8 b	40,9 b		
Семья социального риска						
Среднее	40,3 bb	34,1 bb	37,5 b	25,0		
Среднее специальное	41,9	43,2	43,8	53,6		
Высшее	17,7 bb	22,7 bb	18,8 b	21,4 b		

Примечание: здесь и в таблицах далее: достоверность различий между благополучными семьями с детьми и подростками, а также между семьями социального риска с детьми и подростками обозначена: $^a-p < 0.05$; $^{aa}-p < 0.01$. Достоверность различий между благополучными семьями и семьями социального риска с детьми, а также между благополучными семьями и семьями обозначена: $^b-p < 0.05$; $^{bb}-p < 0.01$

Таблица 3. Особенности трудовой занятости родителей в различных типах семей с детьми и подростками, больными ТОД (%)

Table 3. Specific features of employment in different types of families with children and adolescents suffering from respiratory tuberculosis (%)

Особенности трудовой	Родители					
занятости	матери пациентов 9-12 лет	матери пациентов 13-17 лет	отцы пациентов 9-12 лет	отцы пациентов 13-17 лет		
Благополучная семья						
Имеют постоянную работу	52,9 ª	70,2 a	88,2 bb	84,1 b		
Домашняя занятость	38,2 ab	23,4 a	-	-		
Безработные или не имеют постоянной работы	8,8	6,4	11,8 bb	11,4 b		
Пенсионеры	-	-	-	4,5		
Семья социального риска						
Имеют постоянную работу	61,3	61,4	62,5 bb	60,7 b		
Домашняя занятость	21,0 b	34,1	-	-		
Безработные или не имеют постоянной работы	17,7 ª	4,5 ª	37,5 bb	32,1 ^b		
Пенсионеры	-	-	-	-		

Таблица 4. Оценка ежемесячного дохода в различных типах семей с детьми и подростками, больными ТОД (%) Table 4. Estimation of monthly income in different types of families with children and adolescents suffering from respiratory tuberculosis (%)

Ежемесячный доход	Благополучная семья		Семья социального риска		
	пациенты 9-12 лет (n = 68)	пациенты 13-17 лет (<i>n</i> = 50)	пациенты 9-12 лет (n = 71)	пациенты 13-17 лет (<i>n</i> = 50)	
Прожиточный минимум	-	-	11,3 a	-	
Удовлетворительный	-	-	54,9 ª	38,0 a	
Средний	76,5 a	60,0 a	23,9	34,0	
Высокий	23,5 a	40,0 a	9,9 ^{aa}	28,0 aa	

особенностям следует отнести: образовательный уровень родителей (высшее и среднее специальное образование), занятость родителей (превалирование постоянной трудовой занятости), качество жилищно-бытовых условий (проживали в хороших условиях). Отличительными особенностями благополучных семей с пациентами различного возрас-

та являлись состав семьи (многодетность в семьях подростков), домашняя занятость матерей (более высокая в семьях с детьми), ежемесячный доход (семьи подростков чаще имели высокий доход). Также пациенты подросткового возраста достоверно чаще проживали в регионах страны, чем в Москве и Московской области.

Таблица 5. Регионы постоянного проживания детей и подростков, больных ТОД (%)

Table 5. Regions of regular living of children and adolescents suffering from respiratory tuberculosis (%)

	Благополу	чная семья	Семья социального риска		
Регион проживания	пациенты 9-12 лет (n = 68)	пациенты 13-17 лет (<i>n</i> = 50)	пациенты 9-12 лет (n = 71)	пациенты 13-17 лет (<i>n</i> = 50)	
Москва	33,8 bb	26,0	8,5 bb	18,0	
Московская область	26,5	24,0	31,0	24,0	
Другие регионы России	39,7 b	50,0	53,5 b	58,0	
Мигранты	-	-	7,0	-	

Сравнительное изучение социальных характеристик семьи социального риска с учетом возраста пациентов позволило установить наличие некоторых различий в составе указанных семей. Так, дети чаще имели двух родителей по сравнению с подростками (43,7% случаев, подростки – 28% случаев; p < 0.05), при этом среди полных семей с подростками наличие неродного родителя встречалось достоверно чаще (35,7% случаев), чем в семьях с детьми (16,1% случаев), (p < 0.05). По сравнению с детьми подростки чаще воспитывались в неполных семьях (64% случаев, дети – 45,1% случаев; p < 0.05). При этом среди неполных семей с детьми и подростками более половины распались в результате развода или отсутствия фактического совместного проживания родителей (53,1 и 65,6% случаев соответственно; p > 0.05), 25 и 31,3% семей стали неполными по причине смерти одного из родителей (p > 0.05). Одинокими матерями воспитывалось 21,9% детей и 3,3% подростков (p < 0,01). Значительно меньшую долю в группе семей социального риска составляли дети и подростки, проживающие в опекунских семьях прародителей (11,3% детей и 8,0% подростков), а также в многодетных семьях (11,3 и 19% случаев), (p > 0.05).

Как установлено, удовлетворительными признавали свои жилищно-бытовые условия более половины (56,3%) семей с пациентами детского возраста и только пятая часть (20%) семей подростков (p < 0,01), значительная часть (66%) которых проживала в хороших условиях. Среди семей с детьми лишь треть (32,4%) оценивала свои жилищно-бытовые условия как хорошие (p < 0,01). Наличием неудовлетворительных условий отличались 11,3% семей детей и 14% семей подростков (p > 0,05).

Средний возраст родителей пациентов 9-12 лет составлял $37,6\pm 8,0$ года, родителей пациентов подросткового возраста $-41,9\pm 6,4$ года (p<0,001). Распределение родителей подростков в семьях риска по возрастным диапазонам, соответствующим первому и второму периодам среднего возраста, было сходным с указанным распределением в благополучных семьях: 20 и 80% случаев (p<0,001). Среди родителей пациентов 9-12 лет достоверно преобладали лица, возраст которых соответствовал первому периоду среднего возраста (66% случаев) по сравнению с лицами второго возрастного периода (34% случая) (p<0,01).

Большинство родителей в семьях риска имели среднее (35,5% случаев) и среднее специальное образование (44,6% случаев), каждый пятый (19,9%) родитель – высшее образование. Образовательный уровень матерей и отцов пациентов различного возраста в семьях риска достоверно не различался (табл. 2). При этом по сравнению с благополучными семьями доля родителей со средним образованием в семьях риска оказалась достоверно более высокой (35,5% против 14,2%; p < 0,01). В благополучных семьях родители достоверно чаще имели высшее образование (45,3% против 19,9; p < 0,01).

Случаи безработицы регистрировались достоверно чаще среди отцов в семьях риска по сравнению с отцами в благополучных семьях (табл. 3). Среди матерей более молодого возраста в семьях риска по сравнению с матерями подростков случаи безработицы регистрировались достоверно чаще (табл. 3).

Уровень материальной обеспеченности достоверно различался в семьях риска с пациентами различного возраста (табл. 4). Так, семьи подростков с одинаковой частотой имели удовлетворительный, а также средний и высокий уровень ежемесячного дохода. Доход большинства семей с детьми соответствовал удовлетворительному (p < 0.05), при этом почти каждая девятая семья располагала очень низким, на уровне прожиточного минимума, доходом (p < 0.05). Как высокую оценивало свою материальную обеспеченность менее 10% семей с пациентами детского возраста (p < 0.01). Достоверные различия обнаружены в распределении пациентов из семей социального риска по месту постоянного проживания (табл. 5). Как следует из табл. 5, среди находившихся на лечении детей и подростков значительно преобладала доля жителей регионов страны, жителями Москвы являлось достоверно меньшее число пациентов (p < 0.001).

Среди пациентов детского возраста из семей риска достоверно преобладали пациенты из контакта с источником туберкулезной инфекции (74,6% случаев; p < 0,001), что соответствовало частоте выявления контакта среди детей (61,8%) и подростков (68%) из благополучных семей (p > 0,05). Обратное соотношение по наличию контакта было обнаружено у подростков из семей риска, среди которых достоверно превалировали пациенты с неустановленным контактом (76% случаев; p < 0,001). Подобный факт можно объяснить большей автономностью

указанных подростков от своих семей, неорганизованными и неконтролируемыми формами времяпрепровождения и, следовательно, более высокой вероятностью наличия источника инфекции в окружении подростка, не являющего членом семьи или не относящегося к кругу ее знакомых [7]. Случаи смерти от туберкулеза в семьях риска с детьми и подростками регистрировались с одинаковой частотой (26,4 и 29,4% случаев соответственно; p > 0,05).

Таким образом, семьи риска с пациентами различного возраста были сходны между собой по образовательному уровню родителей (преобладание среднего и среднего специального образования), трудовой занятости отцов (более высокая частота безработицы по сравнению с благополучными семьями), месту постоянного проживания (более высокая доля жителей регионов страны по сравнению с жителями Москвы и Московской области). В семьях риска с пациентами различного возраста выявлялись отличия по следующим параметрам: состав семьи, занятость матерей, а также качество жилищно-бытовых условий и ежемесячный доход семьи. Так, семья пациентов 9-12 лет с одинаковой частотой являлась полной и неполной. В неполных семьях дети чаще воспитывались матерями, не находившимися в официальном браке. Среди матерей превалировала постоянная трудовая занятость, однако случаи безработицы регистрировались достоверно чаще по сравнению с матерями подростков. Большинство семей имели удовлетворительный ежемесячный доход и проживали в удовлетворительных жилищно-бытовых условиях. Пациенты 13-17 лет достоверно чаще проживали в неполных семьях (в результате развода или смерти одного из родителей), реже - в полных семьях. Среди матерей превалировала постоянная трудовая занятость. Семьи проживали в хороших жилищно-бытовых условиях и в равном соотношении обладали удовлетворительным, средним, а также высоким уровнем ежемесячного дохода.

Более высокий экономический статус благополучных, а также семей риска с подростками можно объяснить не только более высокой трудовой занятостью матерей подростков в благополучных семьях или более частыми случаями безработицы среди матерей детей в семьях риска, но и более высоким уровнем возрастной зрелости родителей подростков. Так, среди всех родителей подростков ко второму периоду среднего возраста относилось 90% родителей в благополучных семьях и 80% родителей в семьях риска. Среди родителей пациентов 9-12 лет к указанному возрастному периоду относилось достоверно меньшее число родителей (43 и 34% соответственно; p < 0,01). Также была выявлена статистически значимая корреляционная связь качества жилищно-бытовых условий с доходом семьи (r = 0,331; p < 0,001) и с возрастом родителей (r = 0,268; p < 0,01).

Заключение

Применяемый в данном исследовании дифференцированный подход в оценке социального статуса семей с детьми и подростками, больными ТОД, позволил выделить группу благополучных семей и группу семей социального риска. В результате проведенного сравнительного анализа установлена социально-экономическая неоднородность выделенных групп семей с пациентами различного возраста. К критериям, объединяющим благополучные семьи, а также семьи риска, можно отнести лишь образовательный уровень родителей и особенности трудовой занятости отцов. Остальные социальные характеристики (состав семьи, занятость матерей, жилищно-бытовые условия, размер дохода) достоверно различались в каждом типе семьи в зависимости от возраста пациентов. Кроме того, полученные в исследовании данные позволяют считать, что такой критерий, как многодетность, не является в современных условиях однозначным маркером социально-неблагополучной семьи. Указанный признак необходимо рассматривать в комплексе с такими характеристиками, как состав семьи, ежемесячный доход. В сравниваемых группах семей получены некоторые различия по эпидемическим характеристикам заболевания.

Полученные в исследовании данные демонстрируют, что заболевание туберкулезом ассоциируется не только с семьями социального риска, но также является проблемой для семей с благоприятным социальным статусом. Следовательно, спектр негативных социальных факторов риска развития туберкулеза оказывается шире, чем явные и очевидные формы семейного неблагополучия, которые традиционно отражаются такими понятиями, как «социально дезадаптированная» или «асоциальная семья».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов. **Conflict of Interests.** The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галагузова М. А., Штинова Г. Н., Галагузова Ю. Н. Социальная педагогика: учебник для вузов. - М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2008. - 260 с.

Куфакова Г. В., Овсянкина Е. С. Факторы риска развития заболевания туберкулезом у детей и подростков из социально-дезадаптированных групп населения // Большой целевой журнал о туберкулезе. – 1998. – № 1. – С. 29-30.

REFERENCES

- Galaguzova M.A., Shtinova G.N., Galaguzova Yu.N. Sotsialnaya pedogogika: Uchebnik dlya vuzov. [Social pedagogics. Handbook for university students]. Moscow, Gumanitar. Izd. Tsentr VLADOS Publ., 2008, 260 p.
- Kufakova G.V., Ovsyankina E.S. Risk factors for tuberculosis development in children and adolescents from socially marginalized groups of population. Bolshoy Tselevoy Journal o Tuberkuleze, 1998, no. 1, pp. 29-30. (In Russ.)

- Михайлова С. В., Кривохиж В. Н. Влияние социальных факторов на инфицирование МБТ у детей из семейных очагов туберкулеза // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 7. – С. 89-90.
- Мордык А. В., Иванова О. Г., Турица А. А., Кондря А. В. Психологические проблемы больных туберкулезом и членов их семей // Инфекционные болезни, иммунология, иммунотерапия. – 2016. – № 2. – С. 67-71.
- Мордык А. В., Пузырева Л. В. Основные факторы, определяющие заболеваемость туберкулезом контактных лиц в очагах инфекции // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 1. – С. 9-13.
- Мотанова Л. Н., Русских Н. Ю. Особенности клинического течения туберкулеза у детей и подростков из социально-дезадаптированных семей // Туб. и болезни легких. – 2011. – № 1. – С. 16-21.
- Овсянкина Е. С., Юхименко Н. В., Петракова И. Ю., Хохлова Ю. Ю., Бородина Н. Н. Факторы риска развития туберкулеза у детей при наличии и отсутствии контакта с больным туберкулезом // Туб. и болезни легких. 2014. № 10. С. 20-23.
- Романова М. А., Мордык А. В., Цыганкова Е. А. Структуры клинических форм туберкулеза и сопутствующей ему патологии у детей в зависимости от степени социальной дезадаптации их семей // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 7. – С. 120-121.
- Старшинова А. А., Довгалюк И. Ф., Павлова М. В. Факторы высокого риска в развитии туберкулеза у детей из семейного очага инфекции // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 8. – С. 96-97.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-изд. СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

- Mikhaylova S.V., Krivokhizh V.N. Impact of social risk factors on children exposed to tuberculosis in their families. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 7, pp. 89-90. (In Russ.)
- Mordyk A.V., Ivanova O.G., Turitsa A.A., Kondrya A.V. Psychological problems of tuberculosis patients and their family members. *Infektsionnye Bolezni, Immunologiya, Immunoterapiya*, 2016, no. 2, pp. 67-71. (In Russ.)
- Mordyk A.V., Puzyreva L.V. Main factors defining the tuberculosis incidence in those exposed to tuberculous infection. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 1, pp. 9-13. (In Russ.)
- Motanova L.N., Russkikh N.Yu. Specific clinical course of tuberculosis in children and adolescents from socially marginalized families. *Tuberculosis* and Lung Diseases, 2011, no. 1, pp. 16-21. (In Russ.)
- Ovsyankina E.S., Yukhimenko N.V., Petrakova I.Yu., Khokhlova Yu.Yu., Borodina N.N. Risk factors of tuberculosis development in children exposed and not exposed to a TB case. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 10, pp. 20-23. (In Russ.)
- Romanova M.A., Mordyk A.V., Tsygankova E.A. Structures of clinical forms of tuberculosis and its concurrent conditions in children depending on the degree of social dysfunction of their families. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 7, pp. 120-121. (In Russ.)
- Starshinova A.A., Dovgalyuk I.F., Pavlova M.V. Tuberculosis risk factors in children exposed to tuberculous infection in their families. *Tuberculosis* and Lung Diseases, 2014, no. 8, pp. 96-97. (In Russ.)
- Eydemiller E.G., Yustitskis V. Psikhologiya i psikhoterapiya semyi. [Family psychology and psychotherapy]. 4th ed., St. Petersburg, Piter Publ., 2008, 672 p.

для корреспонденции:

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», 107564, Москва, Яузская аллея, д. 2. Тел.: 8 (499) 785-90-27.

Золотова Наталья Владимировна

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы по изучению психологических проблем туберкулеза детско-подросткового отдела. E-mail: Zolotova n@mail.ru

Ахтямова Альмира Ахнафовна

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы по изучению психологических проблем туберкулеза детско-подросткового отдела.

Овсянкина Елена Сергеевна

доктор медицинских наук, профессор, руководитель детско-подросткового отдела.

Петракова Ирина Юрьевна

кандидат медицинских наук, заведующая детским отделением.

Хитева Антонина Юрьевна

младший научный сотрудник детско-подросткового отдела.

Тел.: 8 (499) 785-90-05.

FOR CORRESPONDENCE:

Central Tuberculosis Research Institute 2, Yauzskaya Alleya, Moscow, 107564

Phone: +7 (499) 785-90-27.

Natalya V. Zolotova

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis, Children and Adolescents Department. Email: Zolotova_n@mail.ru

Almira A. Akhtyamova

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis, Children and Adolescents Department.

Elena S. Ovsyankina

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Children and Adolescents Department.

Irina Yu. Petrakova

Candidate of Medical Sciences, Head of Children Department.

Antonina Yu. Khiteva

Junior Researcher of Children and Adolescents Department. Phone: +7 (499) 785-90-05.

Priorie. +7 (499) 785-90-05.

Submitted as of 03.07.2018

Поступила 03.07.2018