

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 61: [173.7:364.6] –053.2:364.444 (045)Авторское мнение

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

О. В. Медведева — ГБОУ ВПО Рязанский ГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздравсоцразвития России, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО, доцент, доктор медицинских наук; **А. В. Дмитриев** — ГБОУ ВПО Рязанский ГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой педиатрии с курсом детской хирургии, доктор медицинских наук; **Е. И. Петрова** — ГБУ Рязанской области «Областной клинический перинатальный центр», главный врач.

MEDICO-SOCIAL ASSISTANCE TO CHILDREN IN DIFFICULT SITUATIONS

O. V. Medvedeva — Ryazan State Medical University n.a. I. P. Pavlov, Head of Department of Public Health and Health Care, Nursing Course of Social Hygiene and Public Health Organization FAPGE, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; **A. V. Dmitriev** — Ryazan State Medical University n.a. I. P. Pavlov, Head of Department of Pediatrics with Course of Children Surgery, Doctor of Medical Science; **E. I. Petrova** — Ryazan Regional Clinical Perinatal Center, Head Physician.

Дата поступления — 05.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 05.06.2012 г.

Медведева О. В., Дмитриев А. В., Петрова Е. И. Организация медико-социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 305–307.

Проанализированы теоретические основы оказания медико-социальной помощи детям групп социального риска, приведены данные об организации медико-социальной помощи детям в Рязани.

Ключевые слова: дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, дети группы социального риска, социально неблагополучные семьи, беспризорные дети, учреждения медико-социальной помощи.

Medvedeva O. V., Dmitriev A. V., Petrova E. I. Medico-social assistance to children in difficult situations // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012. Vol. 8, № 2. P. 305–307.

Provision of medical and social assistance to children at risk groups has been analyzed theoretically. Information of medical and social assistance to children in the city of Ryazan has been presented.

Key words: children in difficult situations, children of social risk groups, socially dysfunctional families, homeless children, institutions of medical and social assistance.

Введение. Возможность оказания медицинской помощи детям во многом определяется их социальным статусом. В любом обществе во все времена существовали и существуют группы детей, характеризующихся различного рода социально-гигиеническим неблагополучием (далее — дети группы социального риска). Эти дети, как правило, подвергаются одновременно воздействию комбинации неблагоприятных факторов риска для здоровья. Вместе с тем возможности выявления патологии, лечения и тем более осуществление последующих организационных мероприятий и профилактики значительно затруднены по социальным причинам [1–3].

Цель: выявление и исследование причин возникновения угроз здоровью детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в целях оптимизации медико-социальной помощи.

Методы. До настоящего времени нет четкой грани между группой детей, находящихся в социально благополучных условиях, и детьми группы социального риска. Данная граница является относительной и зависит как от социально-экономического уровня территории, так и от социальной группы. Социальное благополучие обычно характеризуется наличием полной семьи с заботливым отношением родителей к ребенку, достаточными жилищно-бытовыми, гигиеническими условиями и материально-экономической обеспеченностью. Под данные характеристики подпадают далеко не большинство семей, имеющих детей

в ЦФО России. Однако выделяется группа детей, безусловно находящихся в неблагоприятных условиях.

Группы детей социального риска можно условно разделить на три категории: 1-я — дети, находящиеся в семьях, характеризующихся теми или иными признаками социально-гигиенического или экономического неблагополучия; 2-я категория — дети, находящиеся на попечении государства; 3-я категория — дети, практически лишённые адекватной семьи, но не находящиеся в специализированных учреждениях. Каждая из трех категорий имеет существенные особенности и требует специфических способов работы с ними.

Дети, имеющие тяжелые нарушения здоровья (инвалидность), обычно размещаются в специализированных учреждениях. Наибольшая доля детей-инвалидов, находящихся в государственных учреждениях, представлена большими неврологического и психоневрологического профиля. Неблагоприятные факторы, способствующие формированию этой патологии, часто носят сочетанный социально-гигиенический и медико-биологический характер: пьющие родители, родители с психическими заболеваниями, инфицированные инфекциями, передаваемыми половым путем, ВИЧ, наркоманы, асоциальные лица и т. д. Таким образом, факторы, приведшие к формированию патологии, в последующем являются факторами неблагополучия для ребенка.

Результаты. Служба и учреждения медико-социальной помощи детям групп социального риска. Помимо участия в работе с детьми группы социального риска общих лечебно-профилактических и психоло-

Ответственный автор — Медведева Ольга Васильевна.

Адрес: г. Рязань, ул. Чапаева, 15, кв. 36.

Тел.: +79106238395.

E-mail: dvasar@mail.ru

го-педагогических учреждений, организуются специализированные учреждения для временного или длительного пребывания ребенка нескольких типов: социальный приют, социальный реабилитационный центр, отдельный центр или отделение медико-социальной помощи при медицинском учреждении [4, 5].

В расширенном виде служба медико-социальной помощи должна комбинировать оказание следующих видов помощи и таким образом структурно включать в себя: непосредственно медицинскую службу (в более общем виде — медицинская и медико-гигиеническая, лечебная и профилактическая помощь), психологическую и педагогическую помощь (включая логопедическую, дефектологическую), юридическую помощь. Желательны и дополнительные структуры: телефон доверия, кабинет анонимной консультации.

Учреждение медико-социальной помощи может располагать своим стационаром или сотрудничать с местной детской больницей, но, как правило, используется смешанный подход. Целесообразность собственных стационарных коек обусловлена спецификой контингента, затрудняющей нахождение в общем стационаре без родителей, необходимостью присутствия специалистов — педагогов и психологов.

Традиционной формой организации медико-социальной помощи в Рязанском регионе является помещение детей групп социального риска в санаторий. Такой метод позволяет временно вывести ребенка из неблагоприятного окружения и эффективно совместить медицинскую и психолого-педагогическую реабилитацию. Как правило, в таких (часто специализированных) санаториях присутствует хорошая база с опытными специалистами (медики и педагоги), имеющими опыт работы с такими детьми (что очень важно!).

Обсуждение. Особенности медицинского обслуживания детей группы социального риска включают: отсутствие или недостаточность анамнеза (в том числе вакцинального), необследованность (необходимо полное обследование), частота социально-ассоциированных заболеваний, прежде всего нутритивных дефицитарных состояний и их последствий, инфекций и паразитозов [6–8].

Первая задача в организации службы медико-социальной помощи детям группы риска — сбор информации, мониторинг ситуации. При этом ключевым вопросом является «кто должен заниматься выявлением таких детей?». Традиционно в этой работе существенная роль принадлежит участковой педиатрической службе, особенно в сельской местности. В современных условиях в городах, когда медицинское обслуживание не всегда соответствует территориальному принципу, роль участковой службы менее эффективна. Необходимо участие органов социального надзора и опеки, взаимодействие между медицинской, социальной службами, органами правоохранения, общественностью [9, 10].

Важнейшим аспектом мониторинга социально неблагополучных групп детей является предоставление информации в административные структуры с последующим использованием данных для формирования социальной политики. Обратной, не менее важной стороной мониторинга является доступность всей информации для общественности.

Следующий этап работы — анализ имеющейся информации и ресурсов, планирование деятельности, распределение ресурсов. Основной блок этого этапа — проведение медицинского освидетельство-

вания, лечебных и реабилитационных мероприятий, динамическое наблюдение детей.

Медико-социальная помощь детям, попавшим в трудные социальные ситуации, может быть оказана с использованием двух диаметрально противоположных подходов. Первый подход заключается в выведении ребенка из неблагоприятной среды — это эксклюзивный подход, смысл которого состоит в попытке полностью заменить естественные начальные условия, имеющие негативную характеристику, на искусственную оптимизированную среду детского интерната или приёмной семьи. Безусловно, данный подход является единственно возможным при отсутствии семьи или абсолютной ее непригодности (что в ряде случаев может быть весьма спорным и относительным).

Второй подход заключается в попытке поддержать естественную семью с помощью мер социальной поддержки, это так называемый интервенционный подход. Объем вмешательства в различных ситуациях может быть весьма широк: финансовая помощь семье, коммунальные и иные льготы, целевая помощь в виде передачи семье продуктов питания, лекарств, психолого-педагогическая, юридическая и другая консультационная помощь.

Медико-социальная помощь детям группы социального риска в Рязанской области. В Рязанской области медицинская и социально-психологическая помощь детям группы высокого социального риска с 2002 г. целенаправленно оказывается отделением медицинской и социально-психологической помощи на базе государственного учреждения «Рязанский областной кожно-венерологический диспансер». Объем оказываемой помощи определяется приказом Минздрава РФ № 307 от 14.07.2003 г. «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним».

За период 2002–2010 гг. различную помощь в отделении получили 2373 несовершеннолетних. В 2010 г. обследование прошли 305 детей и подростков, из них 143 девочки и 162 мальчика. Большинство пациентов отделения составили жители Рязанской области, доля жителей других регионов и не имеющих определенного места жительства — только 4,6%. Половина детей (50,5%) были доставлены в отделение сотрудниками подразделений по делам несовершеннолетних органов внутренних дел.

Доля детей, направленных в отделение органами образования, составила 40,5% в 2009 г. и 35,7% в 2010 г. Значительно меньшее количество детей направлено в отделение учреждениями социальной защиты, однако удельный вес данной группы детей только за 2009–2010 гг. увеличивается в 4 раза (с 3,3 до 12,9% соответственно), что отражает повышение активности данных учреждений. Единичные дети поступают в отделение из медицинских учреждений и другими путями.

Основными социальными ситуациями, приводящими ребенка в отделение, являются уход из дома (32,5%), что в большинстве случаев связано с неблагоприятной семейной обстановкой, а также лишение попечения родителей (47,1% в 2009 г. и 31,1% в 2010 г.) в связи с лишением их родительских прав или (реже) смертью. Нередкой причиной поступления детей в отделение является уход ребенка из государственного детского учреждения, на эти случаи в 2009 г. пришлось 17,0%, а в 2010 г. 26,3% (заметим, что только за один год относительный рост составил

54,7%). В последние годы в отделение помещаются также дети из семей, попавших в трудные жизненные ситуации (потеря родителями работы, временная их нетрудоспособность, потеря жилья вследствие чрезвычайных обстоятельств).

На базе отделения проводится диспансеризация детей-сирот и детей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, силами областного консультативно-диагностического центра. Средняя длительность пребывания детей в отделении составляет 15,4 дня.

После выписки из отделения каждый третий ребёнок направляется в учреждения системы министерства образования, столько же детей возвращаются родителям, немногим более 20% детей направляются в учреждения социальной защиты, около 15% — в медицинские учреждения.

Вместе с тем в существенном объёме в медицинском обслуживании данной категории детей в Рязанской области принимают участие другие учреждения различной ведомственной подчинённости, в частности Областная детская клиническая больница, куда госпитализируются для медицинского освидетельствования и лечения дети-сироты и дети, изъятые их семей. Это дети различного возраста, чаще раннего, что обуславливает повышенную потребность в уходе. Перспективным является организация на базе многопрофильного стационара специализированного отделения для обследования и лечения детей группы высокого социального риска, что потребует привлечения психолого-педагогического персонала. При наличии в регионе нескольких учреждений, занимающихся оказанием медико-социальной помощи детям групп социального риска, возникает необходимость в упорядочении и координации их деятельности, создании единого информационного банка данных и общих элементов ультраструктуры.

Заключение. Группы детей социального риска характеризуются неоднородностью, что обусловлено разнообразием социальных факторов и диктует необходимость разработки многоплановых подходов к организации медико-социальной помощи. Рассмотренные факторы социального риска носят, как правило, сочетанный характер, включают взаимосвязанные биологические, гигиенические и социально-экономические условия. Главной особенностью деятельности службы медико-социальной помощи детям группы риска является неразрывность медицинской и социально-психологической помощи и взаимодействие различных ведомств и служб. Имеющийся в регионах опыт организации медико-социальной помощи свидетельствует о необходимости развития различных типов учреждений — стационарных, консультативных, санаторных, с учетом региональных особенностей. Организация и функционирование службы медико-социальной помощи показывает высокую эффективность и при заинтересованности государства и наличии экономической поддержки имеет значительные резервы развития. Однако нельзя полагаться на результативность функционирования служб чрезвычайного характера, не направляя основного усилия на профилактику социального неблагополучия населения.

Библиографический список

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии: избр. очерки. М.: ИД «Династия», 2003. 512 с.
2. Руководство по социальной педиатрии / под ред. В. Г. Дьяченко. Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2010. С. 342–343.
3. Анализ положения детей в Российской Федерации / ЮНИСЕФ. М., 2007. С. 40–41.
4. Дети улицы: Что нужно знать для успешного управления проектом. Б. м.: Детский фонд ООН / ЮНИСЕФ, 2001. 54 с.
5. Ибрагимов А. И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального, обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей: дис.... д-ра. мед. наук. Казань, 2006. 359 с.
6. Болотников И. Ю. Медико-социальная характеристика состояния здоровья воспитанников интернатных учреждений, оставшихся без попечения родителей // Здоровоохранение Рос. Федерации. 2008. № 6. С. 40–43.
7. Тужанова О. В. Состояние здоровья и организация медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 25 с.
8. Туранова Л. В., Шлюшина Е. Л. Отделение (Центр) медико-социальной помощи — новая форма работы с подростками в условиях многопрофильной больницы // Детская больница. 2006. № 4. С. 7–8.
9. Иванов О. П. Межведомственная интеграция медико-социальной помощи на муниципальном уровне (на примере Единого муниципального образования «г. Норильск»): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 25 с.
10. Положение о Межведомственной комиссии по вопросам семьи и детей: приказ Минздравсоцразвития РФ, Минобразования РФ, Минкультуры и массовых коммуникаций РФ № 506 / 168 / 294 от 28.07.06 // Мед. газ. 2006. № 62. С. 13.

Translit

1. Baranov A. A., Al'bickij V. Ju. Social'nye i organizacionnye problemy pediatrii: izbr. ocherki. M.: ID «Dinastija», 2003. 512 s.
2. Rukovodstvo po social'noj pediatrii / pod red. V. G. D'jachenko. Habarovsk: Izd-vo DVGMU, 2010. S. 342–343.
3. Analiz polozhenija detej v Rossijskoj Federacii / JuNISEF. M., 2007. S. 40–41.
4. Deti ulicy: Chto nuzhno znat' dlja uspeshnogo upravlenija proektom. B. m.: Detskij fond OON / JuNISEF, 2001. 54 s.
5. Ibragimov A. I. Sostojanie zdorov'ja i puti optimizacii mediko-social'nogo, obespechenija detej, ostavshih'sja bez popechenija roditel'ej: dis.... d-ra. med. nauk. Kazan', 2006. 359 s.
6. Bolotnikov I. Ju. Mediko-social'naja harakteristika sostojanija zdorov'ja vos-pitannikov internatnyh uchrezhdenij, ostavshih'sja bez popechenija roditel'ej // Zdravo-ohranenie Ros. Federacii. 2008. № 6. S. 40–43.
7. Nozhninova O. V. Sostojanie zdorov'ja i organizacija mediko-social'noj pomowi detjam-sirotam i detjam, nahodjajavimsja v trudnoj zhiznennoj situacii: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2009. 25 s.
8. Turanova L. V., Shljushina E. L. Otdelenie (Centr) mediko-social'noj pomowi — novaja forma raboty s podrostkami v uslovijah mnogoprofil'noj bol'nicy // Detskaja bol'nica. 2006. № 4. S. 7–8.
9. Ivanov O. P. Mezhvedomstvennaja integracija mediko-social'noj pomowi na mu-nicipal'nom urovne (na primere Edinogo municipal'nogo obrazovanija «g. No-ril'sk»): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2002. 25 s.
10. Polozhenie o Mezhvedomstvennoj komissii po voprosam sem'i i detej: prikaz Minzdravsocrazvitija RF, Minobrazovanija RF, Minkul'tury i massovyh kommunika-cij RF № 506 / 168 / 294 ot 28.07.06 // Med. gaz. 2006. № 62. S. 13.