

ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ ВЫСОКОГО СОЦИАЛЬНОГО РИСКА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ¹

© 2007 Н.В. Миронова²

Последствия социально-экономического кризиса в Российской Федерации на рубеже XX–XXI веков поставили перед лечебно-профилактическими учреждениями новые задачи по оказанию медико-социальной помощи детям и семьям высокого социального риска. В представленной работе изложена новая технология работы с детьми из асоциальных семей в условиях амбулаторно-поликлинической педиатрической сети.

С конца 90-х годов на территориях Российской Федерации создается и укрепляется сеть учреждений, в компетенцию которых входят оказание социальной помощи и проведение реабилитации детям из неблагополучной микросоциальной среды. Медико-социальная помощь детям традиционно оказывается в лечебно-профилактических учреждениях [1–3]. Однако принадлежность учреждений к различным ведомствам, отсутствие четких регламентированных технологий совместной работы делают их деятельность недостаточно эффективной. Предлагаемая централизация медико-социальной работы в условиях детской поликлиники, по-видимому, оптимизирует совместную межведомственную работу учреждений системы профилактики.

Социально-экономический кризис постперестроечного периода породил массу проблем, негативно повлиявших на состояние здоровья населения Российской Федерации. Особенно демонстративно эти процессы отразились на проблемах семьи, материнства и детства [4–6]. В городе Каменск-Шахтинском Ростовской области, как и на других территориях, появились беспризорно-бездзорные дети; увеличилось количество детей, оставленных матерью сразу после рождения; среди несовершеннолетних распространяются алкоголизм, наркомания и токсикомания, а также инфекции, передающиеся половым путем.

Рост психоневрологической патологии в структуре заболеваемости детей до 18 лет отчетливо проявляется в школьном возрасте увеличением количества детей, испытывающих трудности в обучении, не способных обучаться

¹Представлена доктором медицинских наук профессором И.Г. Кретовой.

²Миронова Наталья Васильевна, МУЗ "Детская городская больница", Россия, г. Каменск-Шахтинский, Ростовская обл.

по стандартам общеобразовательных школ, а также имеющих девиантное поведение и неврологические расстройства.

Социальная природа перечисленных тенденций не вызывает сомнений, и в городе с конца 90-х годов создаются и укрепляются структуры, призванные оказывать медико-социальную помощь детям. Были открыты Центр социальной помощи семьи с детским социальным приютом на 45 мест; детский дом на базе школы-интерната; Центр планирования семьи; психолого-медико-педагогическая комиссия при горно; постоянно действующая комиссия по делам несовершеннолетних; после длительного перерыва возобновил работу в новом после капитального ремонта здании Дом ребенка. Все это в некоторой мере снизило социальную напряженность в сфере материнства и детства, но проблемы остались.

Учреждения здравоохранения часто становятся первым рубежом, где проявляется социальное неблагополучие ребенка. Это родильные дома, где родители отказываются от новорожденного; детские поликлиники, где участковые педиатры выявляют детей, за которыми родители не осуществляют надлежащего ухода и где пребывание в семье угрожает здоровью и жизни ребенка; детские стационары, куда поступают дети с травмами и отравлениями и прочее. Совершенно очевидно, что проблемы этих детей носят медико-социальный характер, и оказание помощи не должно ограничиваться стандартным набором лечебных и диагностических мероприятий. Необходим межведомственный подход к решению этих проблем.

Федеральный закон №120 "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" от 24.06.1999 г. регламентирует деятельность учреждений различных ведомств в работе с детьми из асоциальных семей. В перечень входят комиссии по делам несовершеннолетних, учреждения здравоохранения, учреждения образования, органы опеки и попечительства, учреждения социальной защиты населения, подразделения по делам несовершеннолетних отделов внутренних дел, прокуратура. Ст. 18 ФЗ №120 содержит перечень задач и функций учреждений здравоохранения в системе профилактики.

Кроме наблюдения и лечения несовершеннолетних в рамках медицинской компетенции медикам предписано информировать комиссии по делам несовершеннолетних о всех случаях нарушения прав детей и угрожающих их жизни и здоровью ситуациях. Таким образом, кроме непосредственного выполнения своих лечебно-диагностических функций, детские поликлиники составляют списки асоциальных семей и информируют комиссию по делам несовершеннолетних, горно, при необходимости отдел внутренних дел о случаях выявления. Однако такую работу нельзя считать эффективной. Участковый характер работы педиатров, низкая укомплектованность врачебным и сестринским персоналом, неосведомленность медиков по социально-правовому законодательству, непредусмотренность оплаты социального патронажа в системе обязательного медицинского страхования не позволяют контролировать и оперативно реагировать на обострение ситуации в

асоциальных семьях. Не ясен механизм преемственности (обратной связи) между учреждениями системы профилактики и лечебно-профилактическими учреждениями.

С 2004 года в детской городской поликлинике г. Каменск-Шахтинского Ростовской области внедряется новая технология медико-социальной работы в семьях группы высокого социального риска. Организован кабинет медико-социальной помощи. Для работы в кабинете выделена медсестра, ответственность за организацию работы и контроль возложены на заведующую одним из отделений поликлиники.

Определены задачи медико-социального кабинета:

- создание централизованной картотеки на детей из асоциальных семей;
- руководство работой персонала поликлиники в семьях группы риска;
- документальное отражение проводимой работы с детьми и семьями;
- осуществление взаимосвязи с учреждениями системы профилактики;
- планирование совместной с КДН индивидуальной работы с детьми и семьями.

Для реализации этих задач на каждую семью (ребенка) был заведен социальный паспорт, где подробно изложен социальный статус семьи с указанием жилищных условий, возраста и статуса проживающих в семье взрослых, родителей ребенка, их рода занятий, вредных привычек, материальной обеспеченности, наличия документов и прочее. Также излагаются основания, по которым семья причислена к асоциальной. Сведения берутся также из КДН, горono и других учреждений. Далее в этих паспортах фиксируется вся медико-социальная работа персонала поликлиники с этой семьей: социальный патронаж, копии докладных в комиссию по делам несовершеннолетних, информация из отдела опеки и попечительства, сведения о пребывании в стационарах, приюте и т.д. Здесь же отражается планирование работы с семьей, указываются сроки намеченных мероприятий. Через медсестру медико-социального кабинета осуществляется связь между участковой педиатрической службой и учреждениями системы профилактики (ЦСПС, КДН, ГОРОНО, социальный приют, ОВД) как прямая, так и обратная. Таким образом, в поликлинике знают, что предпринимают другие службы в отношении данной семьи для ее реабилитации либо изъятия ребенка из асоциальной среды.

Медико-социальный кабинет реализует преемственность в работе с семьями группы социального риска лечебно-профилактических учреждений. Родильный дом, детская городская больница, дом ребенка, детская поликлиника совместными усилиями помогают решать проблемы со здоровьем ребенка, а также выявлять симптомы социального неблагополучия в семье, информировать о них учреждения системы профилактики, оказывать помощь в реализации общего плана по улучшению социального окружения ребенка.

Особое значение придается женской консультации и кабинету планирования семьи, которые, имея общий банк данных о неблагополучных семьях, должны активно пропагандировать и заниматься контрацепцией среди женщин этой среды. Эта работа должна проводиться совместно акушерами-гинекологами женской консультации, родильного дома, гинекологического отделения, кабинета планирования семьи с привлечением при необходимости социальных работников ЦСПС.

В результате совместной координированной работы кабинета медико-социальной помощи детской городской поликлиники совместно с другими лечебными учреждениями и учреждениями системы профилактики наметилась тенденция к улучшению некоторых демографических показателей в г. Каменск-Шахтинском. Так, на протяжении 2004 и 2005 гг. в городе показатели младенческой смертности и ее составляющие — неонатальная смертность (смертность детей от 0 до 1 месяца) и постнеонатальная смертность (смертность детей от 1 месяца до 1 года жизни) — существенно ниже средних показателей по Ростовской области (таблица). Кроме того, в этот период не умирали дети до 1 года на дому, что часто бывает обусловлено социальными причинами.

Таблица

**Показатели детской смертности в г. Каменск-Шахтинском
за 2004–2005 гг. по сравнению со средними
по Ростовской области**

Наименование показателя, %	2004		2005	
	г. Каменск	Ростовская обл.	г. Каменск	Ростовская обл.
Младенческая смертность	7,7	13,4	10,8	14,9
Постнеонатальная смертность	3,3	4,7	3,6	5,3

Последние регламентирующие акты, в частности приказ № 319 от 28.04.2006 года Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации "Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники", предусматривают в составе детской поликлиники работу отделения медико-социальной помощи, где помимо медицинского персонала в штатное расписание включается социальный работник. Безусловно, это позволит оптимизировать работу медицинского учреждения с детьми и семьями из группы высокого социального риска.

Таким образом, централизация работы с детьми из семей группы социального риска в условиях амбулаторно-поликлинического педиатрического звена позволит сделать более эффективной работу педиатров с детьми из асоциальных семей. Это позволит решить проблему преемственности между учреждениями здравоохранения и другими учреждениями системы профи-

лактики, сделает работу планомерной, даст возможность контроля и оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений во взаимодействиях с этими семьями.

Литература

- [1] Ткаченко, В.С. Основы социальной медицины / В.С. Ткаченко. – М.: Инфра-М., 2003.
- [2] Тен, Е.Е. Основы социальной медицины / Е.Е. Тен. – М.: Форум-Инфра-М., 2003.
- [3] Кургузов, В.Т. Социально-медицинские аспекты работы с населением групп риска / В.Т. Кургузов. – М., 1998.
- [4] Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. – М., 2002.
- [5] О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад 2001 г. – М., 2002.
- [61] Педиатрическая служба в условиях реформирования здравоохранения / Н.Н. Ваганов [и др.] – М., 1999.

Поступила в редакцию 26/XII/2006;
в окончательном варианте — 26/XII/2006.

TECHNOLOGY OF MEDICAL AND SOCIAL WORK WITH FAMILIES OF HIGH SOCIAL RISK IN POLYCLINIC CONDITIONS³

© 2007 N.V. Mironova⁴

The consequences of socio-economic crisis in Russian Federation at the end of XX – the beginning of XXI century have put new problems of rendering medical and social services by treatment-and-precautions institutions. In the present paper new technology of working with children from asocial families in conditions of pediatric out-patients and polyclinic system is considered.

Paper received 26/XII/2006.

Paper accepted 26/XII/2006.

³Communicated by Dr. Sci. (Med.) Prof. I.G. Kretova.

⁴Mironova Nataliya Vasilievna, Children's Municipal Hospital, Kamensk-Shakhtenskiy, Rostov region, Russia.