ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

УСТИНОВА НАТАЛИЯ ВЯЧЕСЛАВОВНА

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение
14.01.08 – Педиатрия

Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:
доктор медицинских наук, профессор,
академик РАН
А.А. БАРАНОВ
заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор
В.Ю. АЛЬБИЦКИЙ

Москва – 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ…….7

ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ (Обзор литературы)……..16

1.1. Социальные детерминанты и их влияние на здоровье детского населения……... 16

1.2. Медико-социальная помощь детскому населению…….26

1.2.1. Организация медико-социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в Российской Федерации……..26

1.2.2. Организация помощи уязвимым группам детского населения за рубежом……...30

1.3. Становление социальной педиатрии…….35

1.3.1. Становление социальной педиатрии в России…….....35

1.3.2. Социальная педиатрия за рубежом……42

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ……47

2.1. Характеристика базы и организация исследования…….47

2.2. Методологические принципы и походы в исследовании…….52

2.2.1. Терминологический анализ……52

2.2.2. Наукометрический анализ……..53

2.2.3. Методы стратегического планирования……..57

2.3. Математико-статистический анализ данных исследования……...57

2.4. Этапы исследования……60

ГЛАВА 3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ»: ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ФОРМИРОВАНИЕ КАТЕГОРИАЛЬНОГО АППАРАТА…….. 70

3.1. Обоснование необходимости терминологического анализа понятия «социальная педиатрия»……..70

3.2. Дефиниции и экспликации термина «социальная педиатрия» за рубежом……...72

3.3. Дефиниции и экспликации термина «социальная педиатрия» в отечественной науке и практике……80

3.4. Контент-анализ определений термина «социальная педиатрия»…...89

ГЛАВА 4. НАУКОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ……..96

4.1. Количественный наукометрический анализ диссертационных исследований……..96

4.2. Контент-анализ диссертационных исследований……101

4.3. Социальная педиатрия как объект и предмет диссертационных исследований……116

ГЛАВА 5. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ ……...129

5.1. Преподавание социальной педиатрии за рубежом …….129

5.1.1. Основные тенденции и перспективы преподавания вопросов социальной педиатрии за рубежом……..129

5.1.2. Результаты интернет-опроса членов Международного общества социальной педиатрии (ISSOP)……131

5.1.3. Программы преподавания социальной педиатрии за рубежом…136

5.2. Преподавание социальной педиатрии в Российской Федерации….149

5.2.1. Преподавание вопросов социальной педиатрии на последипломном этапе обучения врачам-педиатрам и организаторам педиатрической службы……151

5.2.3 Социологическое исследование «Проблемы профессиональной подготовки педиатров первичного звена здравоохранения по вопросам социальной педиатрии»……..156

ГЛАВА 6. АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ…….. 167

6.1. Социологическое исследование «организация медико-социальной помощи детскому населению»……..168

6.2. Медико-социальная помощь беременным, находящимся в трудной жизненной ситуации.....175

6.2.1. Анализ основных нормативных и правовых актов, регулирующих оказание медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации……...176

6.2.2. Подходы социальной педиатрии в нормативных правовых актах, регламентирующих деятельность кабинетов (отделений) медико-социальной помощи беременным…….. 179

6.2.3. Организация отделений медико-социальной помощи беременным в ТЖС в Москве…….180

6.2.4. Экспертные интервью «Организация медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации»……...187

6.3. Организация медико-социальной помощи в детских поликлиниках……..195

6.3.1. Основные нормативные и правовые акты, регламентирующие деятельность отделений (кабинетов) медико-социальной помощи детских поликлиник …….196

6.3.2. Подходы социальной педиатрии в нормативных правовых документах, регулирующих деятельность отделений медико-социальной помощи детских поликлиник……199

6.3.3. Организация работы отделения медико-социальной помощи (на примере детских поликлиник Санкт-Петербурга)……...201

6.3.4. Экспертные интервью «Организация медико-социальной помощи детскому населению в условиях детской поликлиники: состояние, проблемы и перспективы»……212

6.4. Организация паллиативной помощи детскому населению.....222

6.4.1. Анализ основных нормативных и правовых актов, регламентирующих оказание паллиативной помощи детям……222

6.4.2. Принципы и подходы социальной педиатрии в «Концепции развития паллиативной помощи детям и подросткам в Российской Федерации на 2015-2019 гг.»…….225

6.4.3. Экспертные интервью «Оценка реализации принципов и подходов социальной педиатрии при оказании паллиативной помощи детскому населению»……..228

ГЛАВА 7. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ……..233

7.1. Основные законодательные и нормативные правовые акты, обеспечивающие охрану здоровья и жизни детского населения с учетом социальных факторов риска……...233

7.2. Региональная модель многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению……236

7.2.1. Стратегический анализ развития системы медико-социальной помощи детскому населению в Российской Федерации (SWOT-анализ)……...236

7.2.2. Разработка и план реализации (дорожная карта) региональной модели многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению……255

7.2.3. Результаты внедрения региональной модели многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в Республике Татарстан……262

ГЛАВА 8. НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (заключение)…….266

8.1. Определение термина социальная педиатрия……..266

8.2. Состояние и перспективы научных исследований в сфере социальной педиатрии……...269

8.3. Проблемы и перспективы преподавания социальной педиатрии ..272

8.4. Задачи развития практической социальной педиатрии……276

8.5. Значение социальной педиатрии для построения системы медико-социальной помощи детскому населению……..282

ВЫВОДЫ……..287

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ……..291

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ……..293

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ…….295

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Отечественные и зарубежные исследователи, в целом, сходятся во мнении, что становление социальной педиатрии, как области научного знания и медико-социальной практики, происходило медленно и неравномерно в течение XIX и первой половины XX века. Потребность во внедрении новых научно обоснованных подходов к сохранению здоровья детей определялась необходимостью снижения чрезвычайно высокой детской смертности, главными причинами которой были бедность и низкий уровень культуры значительной части населения (Н.Г. Веселов, 1989, 1996; В.Ю. Альбицкий, 1994,2007,2011,2012; B.Lindstrom с соавт., 1995; M.Blair с соавт., 2003; L.Kohler, 2003; N.Spencer с соавт., 2005;).

Сегодня среди новых вызовов социальной педиатрии в Российской Федерации важнейшими являются: необходимость соблюдения принципов приоритета охраны здоровья детского населения; сохранение профилактической направленности в работе педиатрической службы; медико-социальная защита детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; ликвидация социального неравенства в возможностях обеспечения квалифицированной помощью; минимизация воздействия на здоровье ребенка неблагоприятных социальных факторов, называемых детерминантами (А.А. Баранов, В.Ю.Альбицкий с соавт., 2003,2005,2008, 2011,2012, 2014).

Социальные детерминанты здоровья, как их определяет ВОЗ – это условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют. Формирование таких условий зависит от политики государства в области здравоохранения, характера финансирования и распределения ресурсов (биологических, экологических, социальных), осуществляемого на глобальном, национальном и местном уровнях. Социальные детерминанты признаются основными факторами предотвратимых различий в характеристиках состоянии здоровья детского населения.

В 1998 году, впервые на законодательном уровне, в статье 1 Федерального закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (от 24 июля 1998г №124-ФЗ), было дано определение понятию «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации» (ТЖС). Обновленная нормативная правовая база Российской Федерации признала общественное здравоохранение важнейшим медико-социальным институтом, призванным удовлетворять биологические и психосоциальные потребности населения (И.Ю. Стволинский, 2003). Отмечена исключительная значимость службы охраны здоровья матери и ребенка в общей системе государственного здравоохранения, ее ведущая роль в обеспечении здоровья нынешнего и будущего поколений (А.А.Баранов с соавт., 2005,2011; Ю.Е.Лапин с соавт., 2007).

В то же время, относительно разобщенный и недостаточно конкретизированный характер нормативных правовых актов затрудняет эффективную координацию и взаимодействие федеральных и местных органов управления, правоохранительных, лечебно-профилактических и образовательных структур. В результате не решаются в полном объеме проблемы, связанные с профилактикой и устранением социально детерминированных нарушений здоровья детского населения.

На фоне разнообразных социально-экономических преобразований увеличиваются нагрузки психологического, техногенного и экологического характера, в особенности на детское население. Между тем, среди причин предотвратимых потерь здоровья детей и молодежи как в России, так и в мире, на первый план выходят социальные детерминанты (А.А. Баранов, 2005,2008,2010,2014; В.Ю. Альбицкий, 2006,2007,2011,2014; В.Г.Дьяченко, 2010; Д.Ю. Лебедев, 2011; Е.Г.Алексеева, 2012, Е.В. Макушкин, с соавт., 2013, М.В. Чернобавский, 2013; M.Blair с соавт., 2003; M.Marmot, 2008; Gilbert R. с соавт., 2009, 2012; M. Robl с соавт., 2013; L. Vernon-Feagans с соавт., 2013; J. Zhang с соавт., 2015; M.Sills с соавт., 2016).

Многочисленные научные изыскания отражают важность изучения и решения проблем детского здравоохранения с позиций социальной педиатрии. В частности, проблемам оптимизации медико-социальной помощи детскому населению посвящены исследования Веселова Н.Г. (1996); Баранова А.А. (1986, 1999, 2005, 2007, 2010-2015); Орла В.И. (1998, 2003, 2010; 2013); Альбицкого В.Ю. (1986, 1999, 2005, 2007, 2010-2015); Антоновой Е.В. (2011, 2014); Ждановой Л.А. (2013, 2014); Чичерина Л.П. (2006, 2012, 2013); Фаррахова А.З. (2014); Kohler L. (1998, 2003); Julien G. (2004); Wong S. (2012) и многих других.

Однако аналитический обзор научных исследований показывает, что изучение влияния на здоровье детей социальных детерминант, обоснование, выбор и внедрение максимально эффективных профилактических технологий, направленных на минимизацию негативных воздействий социальной среды остаются актуальными задачами современной социальной педиатрии. Является важным осуществление системного анализа основных медико-социальных технологий и разработка мер по ликвидации социального неравенства в отношении здоровьесбережения детского населения. В соответствии с перечисленными вызовами, необходимо обеспечить подготовку специалистов, компетентных в оказании комплексной медико-социальной помощи.

Дополнительной проблемой представляется отсутствие единого подхода к определению социальной педиатрии, что приводит к различным трактовкам самого понятия.

Таким образом, актуальность исследования современного состояния и направлений научно-практического развития социальной педиатрии не вызывает сомнений.

Цель исследования

Научное обоснование социальной педиатрии как необходимой составляющей педиатрии и организации здравоохранения; определение

основных направлений и задач развития медико-социальной помощи детскому населению.

Задачи исследования

1. Разработать дизайн исследования.
2. Проанализировать существующие дефиниции и экспликации термина «социальная педиатрия» и предложить научно обоснованное авторское определение.
3. Провести наукометрический анализ диссертационных исследований по проблемам социальной педиатрии.
4. Изучить особенности преподавания вопросов социальной педиатрии за рубежом и в России.
5. Изучить проблемы и перспективы организации различных форм медико-социальной помощи детскому населению.
6. Обосновать теоретические принципы и организационные подходы построения региональной модели системы медико-социальной помощи детскому населению и оценить результаты ее функционирования.
7. Представить концептуальные основы развития медико-социальной помощи детскому населению.

Научная новизна

Разработана методология комплексного исследования проблем социальной педиатрии на основе понятийно-аналитических, наукометрических и социологических подходов, методов стратегического планирования. Проведено исследование места и роли социальной педиатрии в системе охраны здоровья детского населения и предложены мероприятия по оптимизации медико-социальной помощи.

В ходе проведенного исследования в области социальной педиатрии достигнуты следующие новые научные результаты.

На основе терминологического анализа зарубежных и отечественных дефиниций и экспликаций самого термина «социальная педиатрия» разработан понятийно-категориальный аппарат его использования.

Предложено авторское определение термина «социальная педиатрия».

Наукометрический анализ диссертационных работ, посвященных проблемам охраны здоровья детского населения, позволил определить объем и содержание научных исследований в области социальной педиатрии. В частности, установлены основные векторы и тенденции научных изысканий, а также круг недостаточно изученных проблем в этой сфере.

Выявлены основные характеристики, отличительные особенности и существующие проблемы, связанные с преподаванием вопросов социальной педиатрии как в России, так и в других развитых странах.

Определены слабые стороны и содержание основных проблем в организации разных форм медико-социальной помощи детскому населению: отделений (кабинетов) медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации; отделений (кабинетов) медико-социальной помощи детских поликлиник; структур, оказывающих паллиативную помощь детям.

Научно обоснована необходимость использования основных принципов и подходов социальной педиатрии при организации медико-социальной помощи детскому населению.

Результаты исследования позволили разработать и апробировать региональную модель системы медико-социальной помощи детям с оценкой результатов ее функционирования.

В итоге проведенного исследования представлены концептуальные основы развития системы медико-социальной помощи детскому населению в Российской Федерации.

Научно-практическая значимость работы

Определены медико-организационные приоритеты социальной педиатрии с учетом воздействия неблагоприятных факторов жизнедеятельности в детском возрасте.

Представлены основные принципы подготовки профессиональных кадров по вопросам социальной педиатрии для участия в организации медико-социальной помощи детскому населению.

Обоснованы социально-педиатрические подходы к оказанию различных видов медико-социальной помощи, включая помощь беременным в трудной жизненной ситуации; организацию работы в условиях детской поликлиники и паллиативную помощь.

Разработана и апробирована региональная модель системы медико-социальной помощи детскому населению.

На основании представленных концептуальной основы развития медико-социальной помощи предложен комплекс мер, направленных на улучшение и сохранение состояния здоровья детского населения.

Предложенные инновации в организации комплексной медико-социальной помощи детскому населению могут служить основой для разработки плана мероприятий по дальнейшему совершенствованию системы охраны здоровья детей в Российской Федерации.

Внедрение результатов исследования в практику

Разработанная в ходе исследования региональная модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению прошла апробацию в Республике Татарстан в соответствии с планом мероприятий рабочей группы № 3 «Здравоохранение, дружественное к детям» Координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы.

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность:

- лечебно-профилактических учреждений Республики Татарстан;
- лечебно-профилактических учреждений г. Москвы;
- лечебно-профилактических учреждений г. Санкт-Петербурга.

Материалы исследования используются в учебном процессе для подготовки педиатрических кадров в рамках преподавания в системе

последипломного образования ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Результаты исследования использованы при подготовке:

- методических рекомендаций, утвержденных Союзом педиатров России «Организация медико-социальной помощи детям и подросткам в Республике Татарстан» (2014);

- проекта Концепции развития паллиативной помощи детям в России (разработан совместно с Благотворительным фондом развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», Московским центром паллиативной помощи детям НПЦ «Мед. помощи детям» Департамента здравоохранения Москвы) (2014);

- Постановлений Кабинета Министров РТ, приказов МЗ РТ.

Апробация работы

Материалы диссертации доложены на:

- XIX, XVIII, XVII, XVI Конгрессах педиатров России (Москва, 2012-2016 гг.);

XVII Съезде педиатров России (Москва, 2013 г.);

- российских конференциях с международным участием «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе» (Казань, 2013-2014 гг.);

- всероссийском Конгрессе «Современное состояние, новые возможности и перспективы развития паллиативной помощи детям» (Санкт-Петербург, 2014г.);

- конференциях Международного общества социальной педиатрии (ISSOP) (Маастрихт, Нидерланды, 2012г.; Сент-Эндрюс, Великобритания, 2012г.; Женева, Швейцария, 2015 г.);

- 6-м (Europaediatrics-2013) и 7-м (Europaediatrics-2015) Европейских Конгрессах педиатров - (Глазго, Великобритания, 2013; Флоренция, Италия, 2015г.);

- 27-м Всемирном конгрессе педиатров (Мельбурн, Австралия, 2013 г.);

- 57 Турецком национальном педиатрическом Конгрессе (Анталия, Турция, 2013);

- практическом семинаре «Создание потенциала на муниципальном уровне по предупреждению травм и насилия среди подростков» (Москва, ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2015 г.).

Степень достоверности результатов

Достоверность и объективность полученных результатов определяются выверенным дизайном исследования, репрезентативностью изучаемой выборки, использованием адекватных методов исследования и современными методами статистической обработкой полученных данных.

Личное участие диссертанта

Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора на всех этапах работы: при постановке цели и задач, при разработке методологии исследования, при сборе первичных данных, при обработке, анализе и обобщении полученных результатов для написания и оформления рукописи.

Публикации

По теме диссертации опубликованы **25** печатных работ в рецензируемых журналах, в том числе: 24 статьи в отечественных журналах, рекомендуемых ВАК, из них 6 – индексируемых в SCOPUS; одна - в рецензируемом международном журнале, индексируемом в SCOPUS.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на страницах машинописного текста и состоит из введения и 8 глав (обзор литературы, методология и организация исследования, 5 глав собственных исследований), заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 34

рисунками, 27 таблицами. Библиографический указатель содержит 337 источников, из них отечественных - 201 и 126 иностранных авторов.

ГЛАВА 1
СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ
Обзор литературы

1.1. Социальные детерминанты и их влияние на здоровье детского населения

По известному определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье определяется состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов.

ВОЗ определяет социальные детерминанты здоровья, как: «условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения; они формируются под воздействием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие проводимая государством политика. Социальные детерминанты здоровья являются основной причиной неравенства в отношении обеспечения здоровья» [309,310]

Здоровье в социальном контексте рассматривалось еще в XIX веке. Зарубежные исследователи в качестве основоположника социальной медицины, уделяющего особое внимание важности социальных условий для формирования здоровья, выделяют Рудольфа Вирхова (1821-1902) - создателя «целлюлярной теории». Р.Вирхов активно выступал за социальные и политические реформы. Он заявлял, что «врачи — естественные адвокаты бедных, и значительная часть социального вопроса входит в их юрисдикцию» [39,233,283, 329].

В России, как считают исследователи этого вопроса, вся система охраны детства формировалась под эгидой борьбы с высокой смертностью

детского населения, основными причинами которой являлись факторы социальные [29,30,31,108,112].

Современные подходы к охране здоровья предполагают обращение к биопсихосоциальной модели, которая рассматривает не только сами болезни, но также взаимовлияние социальных, психологических и биологических факторов на здоровье человека [64,105,133,134,135,140,204,212,242,294, 319,322].

В бедных и развивающихся странах мира проблемы охраны здоровья, связанные с социальными условиями, очевидны: голод, недостаток чистой воды, надлежащего жилья, отсутствие доступа к образованию и здравоохранению, вооружённые конфликты [300]. В развитых странах неблагоприятные социальные детерминанты здоровья не столь отчетливо выражены, однако их влияние на жизнь и здоровье ребенка и семьи сохраняется [104,107,115,153,154,220,237, 240,267,299, 328,333].

В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье для подростков во всем мире» (2014) сообщается, что основной причиной заболеваний и инвалидности среди мальчиков и девочек в возрасте от 10 до 19 лет является депрессия. Ведущими причинами смерти подростков в глобальных масштабах являются дорожно-транспортные травмы, ВИЧ/СПИД и самоубийства [94,96,254,302,318]

В целях реализации стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке» странам-участницам рекомендовано придать особое значение, прежде всего, медико-социальным потребностям подрастающего поколения, усилить профилактические меры и роль первичной медико-санитарной помощи [102]

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что социальные детерминанты здоровья ребенка актуальны во всех отраслях педиатрии, и представлены либо в причинно-следственных отношениях, либо последствиями и исходами нарушений здоровья, либо и тем, и другим [125,144,195,203,208,216,224,247,250,304,307,315].

Актуальность развития системы, направленной на своевременное выявление неблагоприятных социальных факторов риска и профилактику их воздействия на здоровье детского населения, обострили как социально-демографические изменения в стране и мире, появление новых социальных проблем (социальное неравенство, миграция населения, беженцы, рост употребления наркотических средств и др.), так и закономерности развития гуманистического общества [171,179,205,226,228,230,242,243,262,272, 294,335].

В Указе Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» в разделе IV «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» представлен краткий анализ системы охраны здоровья в стране [4]. Кроме всего прочего, акцентируется внимание на социально детерминированных проблемах: «...по распространенности суицидов среди подростков Россия занимает одно из ведущих мест в мире, уровень смертности детей значительно выше, чем в других европейских странах. Особого внимания требуют проблемы подросткового алкоголизма, включая "пивной алкоголизм", наркомании и токсикомании, немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ детьми, особенно школьного возраста».

Признано, что показатели детской смертности характеризуют как состояние здоровья детского населения, так и уровень социально-экономического развития общества. Проведенные в последние годы в Российской Федерации многочисленные научные исследования показывают, что в структуре смертности детей в возрасте 1-17 лет первое ранговое место занимает класс «травмы, отравления и травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» [28,32,45,51,330]. Авторы указывают, что к смертности от вышеуказанных причин приводят социальные, поведенческие и психологические факторы. При анализе причин детской и подростковой смертности исследователи выделяют особую группу

немедицинских факторов, среди которых - жестокое обращение, оставление в опасности и риск суицидального поведения [27,44,101,303].

По данным научных исследований, показатели смертности подростков России снижаются в течение последнего десятилетия, однако все еще остаются самыми высокими среди экономически развитых стран. Более 70% случаев смерти подростков вызвано травмами, отравлениями и другими внешними повреждениями, на фоне которых все остальные причины смертности выглядят как мало значимые [52].

По данным официальной статистики (2012 г.) основными внешними причинами смертности подростков являются самоубийства (24,3% - 2012г.); дорожно-транспортные происшествия (23,9%) и случайные отравления (9,4%). Уровень суицидов среди российских подростков остается самым высоким в Европе [40,189,200].

Значительную долю в структуре смертности российских подростков от внешних причин занимают повреждения с неопределенными намерениями или повреждения без уточнений [52]. По мнению исследователей, этим может маскироваться значительная часть смертности от таких социально обусловленных и социально значимых причин, как убийства и отравления психоактивными веществами (ПАВ).

Один из главных показателей состояния систем здравоохранения – младенческая смертность. В течение постсоветского периода произошло значительное снижением уровня *МС* - с 17,4 на 1000 родившихся живыми в 1990 г. до 6,5 в 2015 г. По данным исследователей, этот процесс отчетливо коррелировал с социально-экономической ситуацией в стране [44]. В кризисные годы (после распада СССР и дефолта 1998 года) отмечались кратковременные подъемы МС - в 1993 г. и в 1999 г. Последний пик повышения уровня МС к 2012 г. до 8,6 на 1000 родившихся связан с переходом на новые критерии регистрации живорождения [51].

В научных работах указывается, что еще одним косвенным подтверждением влияния социальных факторов на уровень младенческой

смертности является сохранение разницы между этими показателями в селе и городе, которая в 2012 г. составила 24,7% [51]. Кроме того, исследователи данного вопроса подчеркивают, что показатели смертности у детей в возрасте до 1 года в РФ имеют выраженные региональные особенности. Так, в 2012 г. уровень данного показателя колебался от 4,1 на 1000 родившихся живыми в Тамбовской области до 21,2 в Чукотском автономном округе, что в большей степени связано не с медицинскими, а с социальными, экономическими и географическими причинами [51].

Таким образом, несмотря на значительное снижение показателей младенческой, детской и подростковой смертности, они пока еще превышают таковые в экономически развитых странах. В научных исследованиях показано, что в значительной степени разрыв между показателями состояния здоровья детей развитых стран и РФ обусловлен действием социально-экономических факторов и поведенческими факторами риска.

Особенности состояния здоровья детей и подростков, относящихся к различным уязвимым группам детского населения, остаются в фокусе российских и зарубежных исследований [167,200,215,249,251,296, 299].

Изучались такие неблагоприятные последствия нахождения ребенка в институциональных учреждениях, как выраженное отставание в нервно-психическом развитии, высокое распространение алиментарно-зависимых заболеваний, превышение показателей смертности в сравнении со средними по стране [104].

Изучалось неблагоприятное влияние на здоровье детей социально неблагополучной семьи (семьи с проблемами алкоголизма, наркотизации, бывших заключенных, лиц без определенного места жительства и др.), исследовалось состояние здоровья детей из семей, испытывающих финансовые затруднения, проблемы злоупотребления ПАВ, воспитывающихся одним родителем, несовершеннолетней матерью, проживающих в сельской местности и др. [90,111,129,130,153,158,159,195, 291,293,324,327]. Было показано, что перечисленные социальные факторы

прямо или косвенно негативно воздействуют на здоровье и качество жизни ребенка, а в некоторых случаях могут представлять непосредственную угрозу самому его существованию.

С распространением новых социальных явлений - например, массовой миграции населения - появились научные исследования, посвященные здоровью детей из семей-мигрантов [38,110,150,252,297,328].

Серьезной проблемой является латентность некоторых видов жестокого или ненадлежащего обращения с детьми, связанная, в том числе, с отсутствием навыка выявления таких ситуаций. Например, в одном из исследований было установлено, что уголовные дела возбуждаются лишь при установлении применения физического насилия к ребенку [121]. В случаях же только психического (запугивания несовершеннолетнего, высказывания реальных угроз причинения вреда здоровью или совершения действий сексуального характера) или эмоционального (пренебрежения, игнорирования, эмоционально жесткого обращения) насилия в отношении несовершеннолетнего органы прокуратуры отказывались поддерживать обвинение. Проведенный автором анализ следственно-судебной практики показал полное отсутствие в материалах и приговорах фактов обвинения лица в неисполнении обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего, основанных на применении психического насилия над потерпевшим, т.е. жестокое обращение фактически отождествлено лишь с физическим насилием [121]. Однако ВОЗ трактует понятие «жестокое обращение» гораздо шире и включает не только физическое насилие, но и все «формы эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения, невнимания и эксплуатации в коммерческих или иных целях, что приводит к нанесению реального или потенциального вреда здоровью, выживаемости, развитию или достоинству ребенка в контексте взаимосвязи ответственности, доверия или власти» [101].

В исследовании распространенности неблагоприятных событий детства в Российской Федерации [107] показано, что распространенность жестокого

обращения с детьми высока: сексуальное насилие 5,7%, физическое насилие 14%, эмоциональное насилие 37,9% и эмоциональное пренебрежение 57,9%. Были свидетелями жестокого обращения с матерью 11,1% из числа опрошенных. Кроме того, результаты исследования показывают, что вероятность поведенческих паттернов, наносящих вред здоровью (курение, употребление алкоголя и наркотиков, промискуитет, суицидальные наклонности) возрастает с увеличением числа ненадлежащего обращения в периоде детства.

Результаты исследований жестокого обращения с детьми в глобальном масштабе, которые приводит ВОЗ (2014), также свидетельствуют, что это явление представляет серьезную угрозу здоровью и жизни детей [101]. Так, примерно 25% взрослых сообщают о том, что в детстве они подвергались физическому насилию; одна из 5 женщин и 1 из 13 мужчин сообщают о том, что в детстве они подвергались актам сексуального надругательства. Особо подчеркивается, что последствия жестокого обращения с детьми включают пожизненные нарушения физического и психического здоровья. К таким последствиям причисляют: совершение насилия или становление жертвой насилия; депрессию; курение; ожирение; сексуальное поведение высокого риска; незапланированную беременность; употребление алкоголя и наркотиков.

Приводятся данные, что ежегодно происходит 34 000 убийств детей в возрасте до 15 лет. Уточняется, что «значительная доля случаев смерти в результате жестокого обращения с детьми неправильно приписывается к падениям, ожогам, утоплениям и другим причинам», так что реальные показатели значительно выше [101].

Между тем, согласно отечественным авторам, недостаточный учет социальных детерминант здоровья ребенка в практике врача-педиатра участкового приводит к сохранению высоких показателей смертности от внешних причин, распространенности употребления психоактивных веществ

и девиантного поведения, психосоматическим заболеваниям и другим нарушениям здоровья [114,123].

В статье профессора Ждановой Л.А., факторы, формирующие здоровье детей, разделяются на здоровьезатратные и здоровьесберегающие, а их в свою очередь – на управляемые в индивидуальном порядке (семейные и школьные), управляемые в масштабах макросоциума (экология и здравоохранение) и малоуправляемые (наследственные) [99]. Семейные и школьные факторы являются наиболее управляемыми при оптимальной организации комплексного мультидисциплинарного сопровождения.

Исследователями предпринимались попытки классифицировать степень предотвратимости утраты жизни или здоровья. Традиционно по уровню предотвратимости потерь здоровья выделяется:

- первичная профилактика — система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, образ и условия жизни, рациональное питание, экологические аспекты и.т.д.);

- вторичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания;

- третичная профилактика - комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности [37].

В классификации W. Holland (1991) выделяются следующие группы заболеваний и причин смерти: 1) могут быть предупреждены первичной профилактикой, т.е. влиянием на риски возникновения заболеваний (в первую очередь определяемые образом и условиями жизни населения); 2) могут быть предотвратимы или снижены неблагоприятные последствия вторичной профилактикой (своевременное выявление и ранняя диагностика заболевания); 3) зависящие от качества (уровня развития) медицинской помощи [264].

Существует также подход, определяющий возможность предотвратить заболевания и утрату жизни 1) возможность реализации профилактических мероприятий только силами системы здравоохранения; 2) возможность реализации профилактических мероприятий учреждениями здравоохранения с привлечением других ведомств и общественных организаций; 3) возможность реализации профилактических мероприятий учреждениями здравоохранения при условии изменения государственной политики в области охраны здоровья [151].

Представляется, такие классификации носят условный характер, в большинстве случаев можно говорить о приоритете того или иного уровня предотвратимости развития заболевания, но при этом влияние других факторов на сохранение здоровья также имеет значение.

ВОЗ для достижения максимально возможного здоровья одной из главных целей ставит преодоление неравенства или несправедливости в его отношении [309,310]. По определению ВОЗ, «несправедливость в отношении здоровья - это *предотвратимые* неравенства в состоянии здоровья между группами населения внутри стран и между странами. Такая несправедливость возникает в результате неравенств внутри стран и между сообществами. Социальные и экономические условия и их воздействие на жизнь людей определяют риск развития у людей болезней и действия, направленные на предотвращение развития у них болезней или их лечение в случае заболевания» [309].

Учеными разных стран были продемонстрированы примеры неравенства в отношении здоровья детского населения [309]:

- показатель младенческой смертности составляет 2 на 1000 случаев рождения живых детей в Исландии и более 120 на 1000 случаев рождения живых детей в Мозамбике;
- риск материнской смертности составляет 1 из 17 400 в Швеции и 1 из 8 в Афганистане.

- в Боливии смертность детей грудного возраста, рожденных женщинами без образования, превышает 100 на 1000 случаев рождения живых детей, в то время как показатель смертности детей грудного возраста, рожденных матерями, имеющими, по крайней мере, среднее образование, меньше 40 случаев на 1000;
- ожидаемая продолжительность жизни среди аборигенов Австралии значительно ниже (54,4 года для мужчин и 64,8 года для женщин), чем у некоренных австралийцев (76,6 и 82,0, соответственно).

Среди наиболее показательных результатов зарубежных исследований, иллюстрирующих влияние социальных факторов на показатели здоровья детского населения, рассматривается так называемый «эффект Глазго» [218]. В 2008 г. на примере г.Глазго было продемонстрировано, что средняя ожидаемая продолжительность жизни мальчика из бедного района города (Калтон) равна 54 годам, в то время как мальчик из богатого Лэнзи, расположенного на расстоянии 12 км, может прожить до 82 лет.

В 2010 году исследование было продолжено с целью получить ответ на вопрос: «одинаковы ли показатели здоровья в разных неблагополучных городах Соединенного Королевства?". Оказалось, что жители таких социально-неблагополучных районов Глазго, как Калтон, имеют меньшую ожидаемую продолжительность жизни и худшее состояние здоровья, чем жители таких же бедных районов в других городах Великобритании (Манчестер, Ливерпуль, Бирмингем и др.). Так, ожидаемая продолжительность жизни при рождении 71,6 года для мужчин, что почти на семь лет меньше среднего показателя по стране (78,2 года), и 78 лет для женщин, - на четыре года меньше средней по стране (82,3). Авторы дали название такому феномену - "эффект Глазго" - и призвали к проведению дальнейших исследований с целью выяснения причин обозначенных различий [218].

Для решения выявленных проблем, связанных с социальным неблагополучием, правительством Шотландии, основываясь на результатах

исследований, принимаются меры: государственные программы, направленные на борьбу с нищетой и неравенством в доходах; «Стратегия борьбы с детской нищетой» (2011); инициативы, направленные на уменьшение неравенства в отношении здоровья. Внедрена региональная программа, нацеленная на обеспечение всех детей максимально возможным благоприятным жизненным стартом [218].

Таким образом, можно констатировать значительное влияние социальных факторов на здоровье детского населения как в Российской Федерации, там и в планетарном масштабе.

1.2. Медико-социальная помощь детскому населению

1.2.1. Организация медико-социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в Российской Федерации

В нашем исследовании мы рассматривали медико-социальную помощь в соответствии с определением, предложенным А.В.Мартыненко (: «Медико-социальная помощь (МСП) определяется как «мультидисциплинарная профессиональная деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленная не только на восстановление, но и сохранение и укрепление здоровья» [146,147].

Целью МСП детскому населению является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации детей с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане. МСП представляет комплексный подход, который включает в себя медицинскую составляющую и помощь в решении социальных (в широком смысле слова) проблем пациента.

Социально-уязвимая часть населения в подавляющем большинстве испытывает медико-социальные проблемы, требующие комплексного подхода в их решении [202,268,269,316].

В 1998 году на законодательном уровне было впервые дано определение понятию «дети в трудной жизненной ситуации», тем самым декларируется особое внимание охране здоровья социально-незащищенной

категории детского населения России. На основании ст. 1 Федерального закона "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" от 24.07.1998 N 124-ФЗ, к детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, относятся: дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии; дети - жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети - жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода (специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа); дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи» [7].

Многочисленными научными исследованиями подтверждается тесная взаимосвязь социальных, психологических и внутрисемейных аспектов жизни с процессами формирования и поддержания здоровья, что требует развития особого комплексного вида помощи - медико-социального .

По мнению исследователей, сфера деятельности, виды, направления и организационные формы медико-социальной работы зависят как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современных концепций здоровья и теорий социального обеспечения [146,147].

Исходя из определения МСП, она должна оказываться в самых разных учреждениях различного подчинения – здравоохранения, социальной защиты, образования (детские поликлиники, дома ребенка, интернаты,

школы, центры психолого-медико-социального сопровождения, приюты, реабилитационные центры и др.). Комплексные мероприятия медицинского, социального, психологического и правого характера должны проводиться при оказании различных видов медицинской помощи, включая паллиативную и реабилитационную. Однако, в научных исследованиях говорится о лимитированном применении медико-социальных технологий в охране здоровья детского населения [186,306]. Приходится говорить об отсутствии сформированной системы медико-социальной помощи детям и подросткам по всей стране.

В Указе Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» сформулированы задачи, стоящие перед системой здравоохранения по вопросам оказания медико-социальной и профилактической помощи в области материнства и детства, среди них:

- развитие технологий комплексной диагностики и ранней медико-социальной помощи детям с отклонениями в развитии и здоровье, а также оказание необходимой помощи их семьям;
- развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков, центров медико-социальной помощи подросткам;
- поддержка успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи;
- стимулирование потребности детей и подростков в здоровом образе жизни;
- разработка системы мер по предотвращению подросткового суицида, включая подготовку психологов в системе здравоохранения для работы с детьми и подростками с суицидальными наклонностями.

Решение поставленных задач возможно только при комплексном подходе и оказании медико-социальной помощи с привлечением

специалистов медицинского, педагогического профиля и социальных работников.

Основным звеном системы охраны детства являются детские поликлиники. Сохранение в системе здравоохранения уникальной организационной формы «детская поликлиника» с ключевой фигурой врача-педиатра участкового позволяет обеспечить мониторинг здоровья и его детерминант, проводить широкомасштабные профилактические осмотры (до 92% детского населения), всесторонне охватить прививками (до 97% детского населения) [62,209].

Понимание важности своевременного выявления детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и оказание им медико-социальной помощи, привело к появлению в нормативных правовых документах нового структурного подразделения детской поликлиники – отделения медико-социальной помощи.

В структуру АПУ впервые такое отделение введено приказом МЗ РФ от 5 мая 1999г. N 154, впоследствии право на существование таких отделений было подкреплено приказами МЗ и СР РФ от 23 января 2007 г. N 56 "Об утверждении примерного Порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники" и от 16 апреля 2012 г. № 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи"

Отделение создавалось для выявления факторов индивидуального и семейного медико-социального риска, осуществления медико-психологической помощи, гигиенического воспитания, оказания правовой помощи.

В середине 2000-х годов в нескольких регионах РФ под эгидой ЮНИСЕФ были созданы «клиники дружественные к молодежи» (КДМ). ИХ деятельность сконцентрирована главным образом на проблемах репродуктивного здоровья подрастающего поколения, потребности подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, практически не берутся во внимание [116,117].

1.2.2. Организация помощи уязвимым группам детского населения за рубежом

Исследователи (Gilbert с соавт., 2009, 2012) выделяют два подхода к выявлению и медико-социальному сопровождению детей, находящихся в уязвимом положении или в группе риска возникновения такой ситуации [239-241].

Первый подход в первую очередь направлен на достижение максимального благополучия семьи и ребенка. Другой подход во главу угла ставит обеспечение безопасности (защиты) детей. Первый подход является доминирующим в Европе, Японии, Новой Зеландии. Второй наиболее распространен в Австралии, Канаде и США [301] .

Для первого подхода характерно направление детей/семей, испытывающих воздействие психосоциальных неблагоприятных факторов, по специально разработанному маршруту, на протяжении которого семье/ребенку оказывается всестороння помощь. Важно, что при этом подходе помощь оказывается не только тем, кто уже попал в трудную жизненную ситуацию, но и, к примеру, семьям с детьми с ограниченными возможностями, нарушениями психоречевого развития. Поддержка оказывается, как в случае ненадлежащего обращения с ребенком родителями, так и в других ситуациях, когда семье необходимо сопровождение. В большинстве стран основную работу по оказанию такого вида помощи ведут социальные службы при тесном взаимодействии с медицинским сектором.

Для инициации второго подхода требуется некий сигнал, свидетельствующий о неподобающем обращении с ребенком или возможном риске такого обращения. После этого начинается «расследование», и только потом – действия, сфокусированные на заявленной проблеме и, как правило, включающие юридические механизмы.

Авторы указывают, что такой подход, с их точки зрения, обладает определенными недостатками [239,241]. Так, вмешательство, как правило, направлено только на выяснение подробностей неблагоприятной ситуации, в

которую попал ребенок. В меньшей степени при этом в сферу внимания сервисов, оказывающих медико-социальную поддержку, попадают стрессовые факторы, влияющие семью в целом. Еще одной проблемой, которую авторы связывают с преимущественно страховой системой финансирования в тех странах, в которых распространен указанный подход, является делегирование полномочий по проведению медико-социальных мероприятий «третьим сторонам» - частным компаниям, фондам, некоммерческим организациям. Проводимые программы вмешательства, преимущественно, короткие, не более 12 месяцев.

Таким образом, авторы настаивают, что первый подход – направленный на обеспечение благополучия семьи/ребенка – следует считать более эффективным.

Отмечаются определенные различия в организации медико-социальных вмешательств (табл.1.1). в развитых странах мира [255-260].

Общим для всех является совместное участие в медико-социальном сопровождении семьи/ребенка специалистов социальной сферы и здравоохранения [255-260]. Лидирующую роль в мультидисциплинарной команде, как правило, играет медицинский персонал [256,258,260]. В оказании мультидисциплинарной помощи в некоторых странах (Италия, Бельгия) активно участвуют детский психиатр и клинический психолог [258].

Разнится роль полиции: в одних странах она привлекается только в ургентных случаях при непосредственной угрозе здоровью или опасности для жизни, в других – офицеры полиции являются постоянными участниками команды сопровождения.

В каждой из стран, представленных в таблице 1.1., разработаны специальные руководства, регулирующие деятельность сервисов и их взаимодействие с другими заинтересованными структурами, в случае возникновения такой необходимости.

Британский педиатр и общественный деятель Т.Ватерстон (2014г.) представляет деятельность педиатров (которых он предпочитает называть

«социально-ориентированными педиатрами») по оказании помощи уязвимым детям следующим образом: «социальные педиатры» выходят за рамки решения только медицинских вопросов, взаимодействуя с самыми разными специалистами (социальными работниками и школьными учителями). В мире, где социальные условия имеют очень большое влияние на жизнь детей, социально ориентированный подход является не просто нужным, но обязательным» [65].

Таблица 1.1.

Организационные формы медико-социальных вмешательств в отношении детского населения за рубежом

Страна	Сервисы	Обязательное извещение о злоупотреблениях в отношении ребенка
Великобритания	Социальные сервисы для детей с отрегулированными механизмами межпрофессионального взаимодействия. В случае, если подозрение на ненадлежащее обращение или трудную жизненную ситуацию становится известно врачу, формируется «стратегическая группа» с привлечением офицера полиции и социального работника. Ключевыми фигурами сопровождения являются медицинский работник/школьная медицинская сестра и специалист по социальной работе	Нет
Италия	Муниципальный департамент социальной защиты, включающий мультидисциплинарную команду: педиатр, гинеколог, нейропсихиатр, социальный работник, психолог, медсестра, полицейский.	Нет
Израиль	Мультидисциплинарная команда социального сервиса. В случаях причинения серьезного вреда ребенку – суд.	Да
Франция	Семейный суд и суд по делам несовершеннолетних. Интенсивное взаимодействие с медицинским сектором (прикрепленное к суду подразделение).	Да
Финляндия	Социальные сервисы с отрегулированными связями с детскими клиниками и больницами, а также со службами охраны психического здоровья (психиатр/психолог).	Да
Швеция	Социальные сервисы, неправительственные и частные некоммерческие организации.	Да

В качестве наглядной иллюстрации приведем пример медико-социального сопровождения детей и подростков в Канаде.

Одним из инициаторов внедрения подходов социальной педиатрии в клиническую практику признан Доктор Жиль Жулиан [232]. Он, работая в общественном центре здоровья г. Монреаля, в свое свободное время посещал на дому неблагополучные семьи, наблюдал, как у детей из таких семей появляются эмоциональные и поведенческие проблемы, нарушаются развитие и здоровье [232,271]. В 1997 г. Доктор Жулиен открыл свой первый Центр социальной педиатрии, основные принципы деятельности которого были впоследствии взяты на вооружение специалистами в сфере охраны здоровья детского населения различных областей Канады, а также за ее пределами. В настоящее время доктор курирует два Центра в беднейших районах Монреаля. Причинами проблем со здоровьем у детей, наблюдающихся в этих центрах, могут быть, например, неподобающие жилищные условия (неотапливаемое помещение, санитарно-нарушения), недостаточное несбалансированное питание, насилие в семье, буллинг в школе и др.

Социальный педиатр, в понимании доктора Жулиена, уделяет особое внимание установлению постоянного контакта и доверия с детьми, проживающими в зоне его деятельности: «вместо того, чтобы ограничить контакты детей с врачами стерильными кабинетами и больницами, социальные педиатры работают в тесном взаимодействии с семьей ребенка в привычных для него условиях». Подчеркивается всесторонний (комплексный) характер медико-социального сопровождения детского населения, с привлечением школьных учителей, социальных работников, полицейских, добровольцев и других специалистов, так или иначе влияющих на жизнь, жизнедеятельность и здоровье детей и подростков.

Целью социального педиатра является разработка локальной системы интегрированных мероприятий по охране здоровья, которые включают профилактику, лечение и/или реабилитацию. Ключевыми компонентами их

работы являются: активное выявление детей «группы риска»; максимально раннее вмешательство; интенсивная поддержка в трудные периоды жизни для детей и их семей; предотвращение жестокого обращения с детьми и школьной неуспеваемости, обусловленной социальными причинами [232,271].

В 2005 в г. Ванкувер были изучены медико-социальные характеристики детей при поступлении в школу. Оказалось, что проблемы с поведением и обучением наблюдаются у 67,2 % детей, проживающих в центральной части города; 35% детей в этом районе живут в неполных семьях; для 44% детей английский язык не является родным; каждый пятый ребенок родился в семье мигрантов, беженцев или аборигенов. Любой из этих факторов ассоциируется с повышенным риском для здоровья или развития ребенка [273,279,280].

Для нивелирования указанных рисков была разработана междисциплинарная и межсекторальная координационная модель сопровождения детского населения в рамках первичной медико-санитарной помощи (RICHER) [280]. Проект осуществляется в партнерстве с различными общественными организациями, способствующими выявлению «слабых звеньев» в континууме предоставления услуг здравоохранения для детей из семей "группы риска".

Предложенная модель преследует две основные цели. Во-первых, она направлена на расширение и облегчение доступа к необходимой первичной медицинской помощи, а также психосоциальным сервисам для детей, которые являются уязвимыми из-за их социального или материального положения. Во-вторых, на расширение прав и возможностей родителей таких детей, приобретение ими необходимых знаний об особенностях ребенка и его здоровья, предоставление информации о доступных ресурсах управления здоровьем.

Таким образом, можно говорить о том, что в развитых странах, включая Россию, активизированы усилия по обеспечению детского

населения медицинской помощью с учетом социальных детерминант здоровья. Несмотря на указанные различия, можно отметить общую важную черту в организации такого вида помощи – ее мультидисциплинарный характер.

1.3.Становление социальной педиатрии

1.3.1. Становление социальной педиатрии в России

Наиболее детально вопрос становления социальной педиатрии в России был исследован профессором В.Ю.Альбицким [29-31,35-36]. Первые шаги российского государства на пути построения системы охраны материнства и детства были сделаны в XVIII веке, когда, по велению императрицы Екатерины II, появились первые воспитательные дома для детей-сирот (в 1763 г. в Москве и в 1770 г. в Санкт-Петербурге) [35]. При этих домах были организованы также госпитали, где воспитанникам оказывалась медицинская помощь. Т.е. можно говорить о том, что с самого начала формирования государственной системы был внедрен комплексный подход к охране здоровья детей, включающий социальную и медицинскую составляющие.

Во второй половине XIX – начале XX века борьба с высокой детской смертностью являлась одним из важнейших общественных вопросов России [30]. Её показатели с 1867 по 1913 г. колебались от 240 до 270 на 1000 родившихся живыми и по сравнению с таковыми в экономически развитых странах были более чем в 2 раза выше. Значительный уровень МС обусловливали, прежде всего, социально-экономические условия — низкий материальный и культурный уровень населения [29,30,44].

Влиянию социальных факторов на здоровье и жизнь детей уделялось внимание и во времена функционирования советской системы здравоохранения, особенно в годы ее становления. Приоритетными были признаны профилактические мероприятия, в том числе направленные на ликвидацию неблагоприятных социальных детерминант здоровья детей. Важной профилактической составляющей была провозглашена вакцинация.

Много усилий было направлено на санитарно-гигиеническое просвещение общества [209].

Советская система здравоохранения доказала свою эффективность в годы своего становления эффективным, по тем временам, социальным контролем всех опасных инфекционных и паразитарных заболеваний, эпидемий, снижением уровней младенческой и материнской смертности. Например, младенческая смертность снизилась к концу 20-х годов до уровня 180‰ [44,112]. Такие результаты были достигнуты благодаря государственной политике и реализации комплекса мер: правовых, социальных и медико-организационных.

Однако, как указывает профессор В .Ю .Альбицкий (2011 г.), в 30-х годах прошлого века сформировалось ложное убеждение «в стране социализма социальный фактор перестает играть решающую роль в формировании здоровья» [30]. Руководствуясь этой идеологемой, развитию медико-социальных сервисов, направленных на охрану здоровья с учетом воздействия неблагоприятных социальных факторов, в СССР стали уделять все меньшее внимание.

После распада Советского Союза Российская система здравоохранения, несмотря на значительную трансформацию, старается сохранить (и воплотить) базовые принципы советской модели организации медицинской помощи: а) высокую доступность первичной и специализированной медицинской помощи; б) государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи; в) приоритет охраны материнства и детства; г) профилактическая направленность [209].

В соответствии с работами В.Ю.Альбицкого с соавторами, в России развитие социальной педиатрии проходило три этапа. Первым этапом и временем её рождения автор считает 20-е годы XX века [30,35].

Известно, что и в дореволюционной России выдающиеся ученые, педиатры занимались вопросами взаимодействия социальной среды и здоровья детей.

В программе лекций Н.И.Быстрова (1841-1906) – первого русского профессора педиатра – присутствовал пункт «Смертность детей раннего возраста в России и других странах. Критический разбор условий, увеличивающих и уменьшающих смертность детей, устройство воспитательных домов, детских больниц, приютов, школ» [194]. Во второй половине XIX века значительно активизировались исследования причин детской смертности. Большое внимание в этих работах уделялось таким факторам, как медико-географические и климатические. В качестве еще одного примера, демонстрирующего серьезную озабоченность врачей в дореволюционной России влиянием социальных факторов на жизнь детей, можно привести слова профессора, педиатра А.А. Киселя (1859-1938), которые он произнес на 10-м Пироговском съезде (1907 г.) «Радикальным методом борьбы с детской смертностью в России может быть только устранение причин, которые порождают эту нищету и бесправие» [164].

Для эффективной защиты профессиональных интересов и нужд пациентов еще в конце XIX века стала очевидной необходимость объединения в группы (или сообщества). Такие сообщества выступали в роли экспертов, так как были представлены ведущими специалистами, и влияли на принятие решений в области социальной политики и здравоохранения в государстве.

В 1877 году было организовано Русское общество охранения народного здравия — первое научное гигиеническое общество в России. Его интересы не были ограничены только вопросами гигиены, поскольку с первых дней своего существования оно занималось острыми социальными проблемами, некоторые из которых не утратили своей актуальности и в наше время (борьба с туберкулезом, нищетой, детской смертностью и пр.). При этом обществе была создана комиссия по борьбе с самоубийствами школьников. Были сделаны выводы, что главная причина суицидов - школьный устрой, школьный образ жизни, в связи с этим предлагалась реформировать школы [97].

Важными событиями являлись организация «Союза борьбы с детской смертностью» (учрежден в 1904 году в г. Санкт-Петербурге) и «Общества борьбы с детской смертностью» (учрежден в 1909 г. в Москве) [30,44,112,193].

Однако только в 20-е годы XX века в России формируется системный научный подход к изучению социальных детерминант здоровья детского населения. Получают свое развитие научные школы исследования социально-гигиенических факторов здоровья детей и подростков [30]. В 1925г. в Государственном научном институте охраны материнства и младенчества (ГНИОММ) открывается кафедры социальной гигиены женщины и ребенка, а в 1928 г. – аналогичной кафедры в Ленинградском институте ОММ. Научные интересы кафедр были сконцентрированы на вопросах социальной гигиены женщин и ребенка (статистика народонаселения, смертность грудных и малых детей, материнская заболеваемость, аборт и регулирование деторождений, социально-правовая охрана матери и ребенка, охрана покинутых и беспризорных детей, пункты ОММ, санитарно-просветительская работа по ОММ и др.) [30].

С самого начала развития советской модели здравоохранения вопросам охраны здоровья детского населения уделялось особое внимание, отмечалось разделение систем оказания медицинской помощи детскому и взрослому населению страны, что в корне отличает отечественную педиатрию от таковой во многих других странах мира. Обеспечивалась подготовка высококвалифицированных медицинских кадров специально для оказания помощи детям (врачей-педиатров) [168,175]. Для этого в 1922 г. в Москве, в 1925 г. в Ленинграде, а затем и в других городах были созданы специальные научно-исследовательские институты охраны материнства и младенчества [30]. С 1930 г. впервые в мире начата подготовка детских врачей на специальных педиатрических факультетах медицинских институтов. Важным отличием такого педиатрического образования было то, что с первых курсов обучения студентов при изучении любых дисциплин

(анатомии, физиологии, биохимии и др.) выделялись дополнительные часы для изучения особенностей детского организма, влияния на здоровье социально-гигиенических факторов [165].

Второй этап развития социальной педиатрии отечественные исследователи относят к 70-м годам прошлого столетия. По мнению В.Ю.Альбицкого (2011г.), значительным событием в становлении российской социальной педиатрии является создание лаборатории социальной педиатрии по инициативе и под руководством профессора Евгения Анатольевича Лепарского в Институте педиатрии АМН СССР в 1977 г. Благодаря Е.А. Лепарскому в 1984г. было издано первое совместное с болгарскими коллегами руководство по социальной педиатрии [30].

Другим знаменательным событием можно считать организацию первой в стране кафедры социальной педиатрии в 1986 г. профессором Н.Г. Веселовым в Ленинградском медицинском педиатрическом институте (наследник Ленинградского института ОММ) на факультете усовершенствования врачей [157,161].

Одним из основоположников отечественной научной школы социальной педиатрии признан профессор Н.Г.Веселова [161]. Он рассматривал социальную педиатрию как перспективное направление науки и практики, возникшее на стыке двух специальностей: социальной гигиены и педиатрии (клинической и профилактической).

Н.Г. Веселов считал, что решение современных медико-социальных проблем материнства и детства необходимо обосновывать с учётом особенностей социально-экономического развития России и международного опыта [66-68,161]

После Н.Г.Веселова кафедру социальной педиатрии и организации здравоохранения Санкт-Петербургской педиатрической академии возглавил его ученик профессор Орел Василий Иванович, что позволило сохранить и продолжить традиции научных исследований социальных детерминант здоровья детского населения [156,160].

Следующим важным этапом развития социальной педиатрии, по мнению В.Ю. Альбицкого, следует считать создание в 1988 г. трех кафедр медико-социальных проблем охраны здоровья матери и ребенка для последипломной подготовки педиатров: в Москве в Центральном институте усовершенствования врачей, в Горьковском медицинском институте, в медицинском институте Киева. Это оказалось возможным благодаря усилиям академика РАН А.А. Баранова, на тот момент заместителя министра здравоохранения [30].

Одним из ведущих специалистов в области социальной педиатрии в России признан профессор В.Ю.Альбицкий, который в 1988г. возглавил впервые созданную в Горьковском медицинском институте кафедру медико-социальных проблем охраны здоровья матери и ребенка, а в 2004 году – отдел социальной педиатрии в Научном центре здоровья детей, г.Москва [30,31].

Третий этап развития социальной педиатрии происходит в постсоветской России. В этот период растет влияние общественных профессиональных сообществ на принятие государственных решений, в том числе и в сфере социальной политики.

В Российской Федерации ведущей организацией, объединившей профессионалов в области педиатрии, является Союз педиатров, учреждение которого произошло в 1994 году. В течение прошедших почти 20 лет Союз ставит своей целью отстаивание интересов детского населения страны. Во время социально-экономического кризиса 90-х годов прошлого века во многом благодаря усилиям Союза не произошло роста детской смертности [44]. Профессиональное объединение позволило отстоять право детей России получать медицинскую помощь от педиатров, а не от «врачей общей практики» [180].

Цели и задачи, которые ставит перед собой педиатрическое сообщество России, ежегодно излагаются в резолюциях Конгресса педиатров. Социальные проблемы сохранения здоровья детского населения в зоне

пристального внимания Союза. Наиболее важные инициативы последних лет приводятся ниже:

-обращение в Государственную Думу Федерального Собрания РФ с предложениями сформировать государственную политику по охране здоровья детей путем принятия закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации»

-работа по приведению федерального и регионального законодательства в части охраны здоровья детей в соответствие с конвенцией ООН «О правах ребенка»

-внесение дополнений и изменений в соответствующие Федеральные Законы с учетом поэтапного перехода РФ на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения, мертворождения, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности [180].

В результате достижения поставленных целей изменяется законодательное и нормативное обеспечение охраны здоровья детей, в частности, в 1998 году впервые на законодательном уровне (Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 N 124-ФЗ) перечисляются контингенты детей, находящиеся в трудной жизненной ситуации (статья 1), а с января 2012 года Российская Федерация перешла на критерии регистрации новорожденных, рекомендованные ВОЗ (приказ Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. N 1687н).

Таким образом, в ходе своей повседневной работы педиатры сталкиваются с решением тех или иных социальных проблем, связанных со здоровьем ребенка, как на индивидуальном, так и на групповом, региональном и федеральных уровнях.

Несомненно, значительную часть работы по минимизации влияния на здоровье детей социальных детерминант, выполняют врачи-педиатры участковые, которых некоторые исследователи предлагают называть «социальными педиатрами» или «социально ориентированными педиатрами»

[65,98-99]. Для оптимизации указанной деятельности в структуру детских поликлиник введены отделения медико-социальной помощи (приказ МЗ РФ от 5 мая 1999г. N 154).

Так исторически сложилось, что система детского здравоохранения в России имеет определенные отличия от большинства развитых стран. Существенным является сохранение в нашей стране педиатрической помощи в первичном звене здравоохранения, вместо врача общей практики, как это принято в большинстве стран мира.

Обозначая приоритеты развития социальной педиатрии, академик А. А. Баранов определил ее стратегические и тактические направления, необходимость разработки протоколов профилактической деятельности для всех звеньев первичной медико-санитарной помощи, расширения сети детских центров здоровья и организации их деятельности как координаторов межсекторального сотрудничества, а также создания нового кадрового потенциала для этой работы – «социально ориентированных или социальных педиатров» [50].

1.3.2. Социальная педиатрия за рубежом

Серьезные изменения, связанные с появлением новых стран, стиранием границ, миграционными процессами, а также закономерности развития гуманистического общества актуализировали необходимость официального признания и применения подходов социальной педиатрии в практику.

Основоположником социальной педиатрии за рубежом принято считать Авраама Якоби (Abraham Jacobi, 1830-1919), первого профессора по детским болезням в США, основателем общественной профессиональной организации «Американская академия педиатрии» (AAP). А.Якоби называли «врачом-адвокатом" за значительный вклад в развитие системы защиты прав маленьких пациентов и их семей [238,248].

Изучая причины неравенства в отношении здоровья и разрабатывая мероприятия по их преодолению, западные исследователи обращаются к работам Аарона Антоновского (1923-1994). А.Антоновский ввел в обращение

термин "салютогенез" для описания подхода, направленного на факторы, укрепляющие здоровье и благополучие, а не на факторы, вызывающие болезнь [204].

За рубежом значимыми вехами становления социальной педиатрии рассматриваются [213,266,275,278]:

1) образование франкофонского международного клуба социальной педиатрии «Club International de Pediatre Sociale» в 1969г.,

2) создание Европейского (с 2013 года Международного) общества социальной педиатрии (ESSOP/ISSOP) в 1977 г.

ISSOP прилагает значительные усилия для популяризации социальной педиатрии. Изначально общество объединяло только европейских профессионалов, но постепенно расширило сферы своего влияния и к настоящему моменту членами общества являются представители стран Южной и Северной Америки, Азии, Австралии и Новой Зеландии [266].

ISSOP предлагает следующие дефиниции социальной педиатрии: «Социальная педиатрия представляет глобальный, целостный и междисциплинарный подход к охране здоровья детей; рассматривает здоровье ребенка в контексте общества, окружающей среды, школы семьи; интегрирует физические, психические и социальные аспекты здоровья и развития детей; объединяет уход, профилактику, укрепление здоровья и повышение качества жизни детского населения» [266,313].

Адвокация всегда была центральной частью работы ISSOP, направленной на ликвидацию таких социальных рисков, препятствующих улучшению здоровья детского населения, как: бедность и неравенство; маркетинг нездоровой пищи, направленный на детскую аудиторию; курение; загрязнения окружающей среды; агрессивная реклама производителей смесей для искусственного вскармливания; изменение климата и многое другое. ISSOP призывает педиатров действовать на глобальном уровне вместе с другими группами гражданского сообщества. Общественные инициативы по снижению вреда самых разных социальных факторов

(семейный алкоголизм, жестокое обращение с детьми, бедность, недостаточное развитие доступной среды для детей-инвалидов, миграция и др.) становятся неотъемлемой составляющей деятельности педиатров [266,244,314,331].

По определению ISSOP, социальная педиатрия действует в трех направлениях 1) социальные причины нарушений здоровья детей; 2) нарушения здоровья детей с социальными последствиями и 3) организация медицинской помощи детям в обществе; и охватывает четыре области охраны здоровья детей: клиническую педиатрию, укрепления здоровья, профилактику заболеваний и реабилитацию [266,313].

Один из членов исполнительного комитета ISSOP, педиатр из Великобритании Т.Ватерстон, объясняет необходимость охраны здоровья с позиций социальной педиатрии тем, что «увидел определенную связь между болезнью ребенка и такими проблемами общества, как бедность, неравенство, угнетение женщин, риски активного продвижения детского питания для искусственного вскармливания. Социально-обусловленные недостатки системы здравоохранения проявляются в неоправданном назначении дорогостоящих препаратов, врачебной некомпетентности при коммуникации с пациентами, отсутствии доступа к базовой медико-санитарной помощи» [65].

В 1995г. действующим президентом ISSOP профессором Н.Спенсером (N.Spencer) совместно с одним из основоположников указанного общества Б.Линдстремом (B.Lindstro¨m) было издано фундаментальное руководство по социальной педиатрии (на английском языке) [278].

Значительное место в руководстве (первые пять глав) занимают проблемы, связанные с защитой прав детей с детальным обсуждением основных положений Конвенции ОНН о правах ребенка. Далее рассматриваются социальные детерминанты здоровья детского населения и демографические тренды в Европе. В третьей части руководства представлены глобальные угрозы для здоровья детей всего мира, в

частности, войны, ВИЧ-инфекция. Четвертая часть рассматривает вопросы экологии и случайные смерти. Пятая часть посвящена конкретным факторам, влияющим на здоровье детей. В шестой части рассматриваются проблемы в области питания, неожиданной смерти, жестокого обращения с детьми и безнадзорности, а также детей и подростков с особыми потребностями. В седьмом разделе представлены такие темы, как бедность, недоношенность, неблагополучные семьи и дети, которые составляют недавние иммигранты или этнических меньшинств. Часть восьмая посвящена традиционным вопросам общественного здравоохранения, включая планирование медицинских услуг, программы по иммунизации населения и укреплению здоровья. В заключительном разделе рассматривается практическая организация медико-социального сопровождения, включая примеры партнерских отношений с родителями и муниципалитетами [278].

Неотъемлемой частью социальной педиатрии можно считать проявления активной общественной позиции педиатрических сообществ в целях решения социальных проблем детского здоровья. В современном обществе значительное число государственных решений, в том числе в сфере глохраны здоровья, принимается при участии общественных организаций [55,244,314,320,331].

Сейчас социальная педиатрия (СП) как область научного знания и практической деятельности распространяется во многих развитых странах мира. Университеты Европы, США и Канады, Индии, Австралии разрабатывают программы преподавания социальной педиатрии, организовываются центры социальной педиатрии, предоставляющие медико-социальную помощь детскому населению [206,215,234,245,253,263,271,279,290,312].

Подводя итоги главы, можно сделать следующие заключения: одним из важных направлений медицины в целом и педиатрии в частности, обеспечивающим комплексное восприятие здоровья ребенка в социальном

контексте, является социальная педиатрия. Указанное направление получает все большее распространение как за рубежом, так и в нашей стране.

До настоящего времени не существует единого подхода к определению социальной педиатрии, что приводит к различным трактовкам этого понятия.

Можно констатировать, что в России исторически социальным аспектам здоровья детского населения уделялось особое внимание. В то же время, система организации медико-социального сопровождения ребенка и его семьи, в случае риска или непосредственного воздействия неблагоприятных социальных факторов, не сформирована.

Обзор литературы по проблеме исследования позволил установить, что социальная педиатрия в Российской Федерации существует в первую очередь как область научного исследования; сферы практического применения подходов социальной педиатрии требуют дальнейшего развития.

Медицинское сопровождение детского населения с учетом психосоциальных факторов признается необходимым элементом современных систем здравоохранения в развитых странах мира.

Несмотря на признание медицинским сообществом важности социально-психологических детерминант здоровья, внедрение в практическую деятельность подходов, обеспечивающих охрану жизни и здоровья детей с учетом воздействия таких факторов остается актуальной задачей как в РФ, так и за рубежом.

ГЛАВА 2
МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базы и организация исследования

Настоящее исследование выполнено в рамках утвержденного Ученым Советом Научного центра здоровья детей планом научно-исследовательских работ (№Регистрационной карты НИР в системе государственного учета - 01201351623, № в Информационной системе государственных заданий и планов НИР ФАНО-РАН - 0506-2014-0011).

Исследование проводилось в 2011-2016 годах.

Объект исследования: социальная педиатрия.

Предмет исследования:

- дефиниции и экспликации термина «социальная педиатрия»;
- научные исследования в области социальной педиатрии;
- проблемы преподавания вопросов социальной педиатрии;
- организационные формы оказания медико-социальной помощи детскому населению с использованием принципов и подходов социальной педиатрии;
- использование принципов и профилактических подходов социальной педиатрии в системе охраны здоровья детского населения Российской Федерации.

В таблице 2.1. представлен дизайн работы.

Материалы и объем исследования:

❖ Анализ дефиниций и экспликаций термина «социальная педиатрия»:

- 42308 отечественных и зарубежных источников (базы данных – РИНЦ, ЦНМБ, PubMed, SCOPUS, MEDLINE), включающие словосочетание «социальная педиатрия» / «social pediatrics» (с 1945 по 2014 гг.), из них 92 источника информации, содержащие дефиниции и экспликации термина «социальная педиатрия», 24 определения для контент-анализа;
- онлайн-опросы членов ISSOP (112 человек) и интервью экспертов (48 человек) по вопросам социальных аспектов здоровья детского населения.

❖ Изучение научных исследований в области социальной педиатрии:

- 4194 единицы информации: диссертационные работы по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» (до 2000 года специальность именовалась «социальная гигиена и организация здравоохранения»), защищенные в Российской Федерации с 1991 по 2012гг. (базы данных - монография В.В.Степанова «Перечень докторских и кандидатских диссертаций по специальности 14.00.33 "общественное здоровье и здравоохранение", защищенных в Российской Федерации за 1995 - 2009 гг.» (2010); фонды ЦНМБ, Российской национальной библиотеки и библиотек Национального НИИ общественного здоровья и Научного Центра здоровья детей, публикации в Бюллетене Высшей аттестационной комиссии (ВАК) России о предстоящей защите докторской диссертации, публикации на сайтах диссертационных советов о предстоящих защитах кандидатских диссертаций, сведения с электронного ресурса ВАК России (vak.ed.gov.ru), авторефераты из личных архивов членов экспертного совета по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» ВАК и диссертационных советов.

❖ Изучение проблем преподавания социальной педиатрии:

- 5 зарубежных программ преподавания социальной педиатрии (Австралия, Канада, США, Турция, Швейцария), предоставлены членами Международного общества ISSOP;
- ФГОС «Педиатрия» (специалитет) и «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (высшая профессиональная подготовка);
- социологические опросы (328 человек): онлайн-интервью членов ISSOP (112 человек), анкетирование и фокусированное интервью врачей-педиатров участковых (168 человек); экспертные интервью (48 человек).

❖ Исследование организации медико-социальной помощи детям:

- Социологические опросы по проблемам организации и оказания медико-социальной помощи детям: анкетирование (678 человек); экспертные интервью (177 человек).

- Изучение организации медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации: базы исследования в двух регионах РФ (г.Москва, г.Санкт-Петербург).
- Изучение деятельности отделений медико-социальной помощи детских поликлиник: базы исследования в двух регионах РФ (г.Санкт-Петербург, Республика Татарстан).
- Изучение организации паллиативной помощи детям: базы исследования в трех регионах РФ (г.Москва, г.Санкт-Петербург, Республика Татарстан).

- **Базы исследования:**

o Федеральное государственное автономное учреждение "Научный центр здоровья детей" Министерства здравоохранения Российской Федерации;

o ГБУЗ «Родильный дом №3» Департамента здравоохранения Москвы;

o филиал «Специализированный дом ребенка «Маленькая мама» ГБУ «Кризисный центр помощи женщинам и детям» Департамента здравоохранения Москвы;

o ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»;

o Республиканский Центр медико-социальной помощи детям Республики Татарстан «Ышаныч»; ГАУЗ «Детская поликлиника №2», г.Набережные Челны;

o ГАУЗ «Бугульминская ЦРБ», Бугульминский район Республики Татарстан;

o ГАУЗ «Детская городская больница с перинатальным центром», г.Нижнекамск;

o ГАУЗ «Чистопольская ЦРБ», Чистопольский район Республики Татарстан;

o Детский первый хоспис Республики Татарстан;

Таблица 2.1.

Дизайн исследования

Этапы исследования	Источники информации	Объемы, периоды	Методы исследования
I. Оценка степени разработанности проблемы и определение методологии исследования	Отечественные и зарубежные источники литературы; диссертационные исследования; документы; статистические сборники	337 1991-2015гг.	Библиографический; аналитический; контент-анализ; математико-статистический
II. Анализ дефиниций и экспликаций термина «социальная педиатрия» и разработка авторского определения	Отечественные и зарубежные источники литературы, содержащие дефиниции и экспликации термина «социальная педиатрия»; результаты экспертных интервью (эксперты по вопросам социальных аспектов здоровья детского населения), онлайн опроса членов ISSOP	42308 ед.инф. 92 источника 24 термина 1945-2014гг. 160 человек	Терминологический; аналитический; сравнительный анализ; контент-анализ (количественный, интерпретативный); валидации; социологический (экспертное интервью, онлайн-опрос), математико-статистический
III. Наукометрический анализ диссертационных исследований по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» по проблемам социальной педиатрии	Диссертационные исследования по специальности «общественное здоровье и здравоохранение»; результаты экспертных интервью специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения	4194 ед.инф. 1991-2012гг.	Наукометрический (количественный, качественный); контент-анализ (количественный, интерпретативный); аналитический; социологический (экспертное интервью); валидации; математико-статистический
IV. Изучение проблем преподавания социальной педиатрии	Программы подготовки по педиатрии и общественному здравоохранению за рубежом и в РФ; результаты экспертных интервью, анкетирования, фокусированных интервью	5 зарубежных программ подготовки по соц.педиатрии, ФГОС 328 человек	контент-анализ; аналитический; социологический (онлайн-опрос, экспертное интервью); валидации; математико-статистический

Таблица 2.1.

Дизайн исследования (продолжение)

Этапы исследования	Источники информации	Объемы, периоды	Методы исследования
V. Анализ организационных форм оказания медико-социальной помощи детскому населению	Анализ законодательных, нормативных правовых актов; результаты стандартизированного включенного наблюдения, анкетирования, экспертных интервью	3 организационные формы (отделения медико-социальной помощи беременным в ТЖС; отделения медико-социальной помощи детских поликлиник; формы оказания паллиативной помощи детям) 28 регионов РФ 855 человек	Сравнительный анализ, аналитический, социологический, математико-статистический
VI. Научное обоснование региональной модели системы медико-социальной помощи детскому населению	Анализ законодательных, нормативных правовых актов; результаты SWOT-анализа организации медико-социальной помощи детскому населению в РФ; экспертные интервью	Материалы предыдущих этапов; 48 человек	Сравнительный анализ, аналитический, социологический (экспертное интервью), моделирования, организационного эксперимента, математико-статистический
VII. Обоснование концептуальных основ развития медико-социальной помощи детскому населению	Результаты предыдущих этапов	Материалы предыдущих этапов	Аналитический, математико-статистический, социологический

- СПб ГБУЗ "Поликлиника №37", г.Санкт-Петербург;
- СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №44», г.Санкт-Петербург;
- СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)»;
- Благотворительный фонд «Детский паллиатив»;
- Кризисный центр «Дом для мамы» (проект православной службы помощи «Милосердие»).

2.2. Методологические принципы исследования

Поставленные в исследовании задачи требуют использования специальных методов для их решения.

2.2.1. Терминологический анализ

Для анализа существующих дефиниций и экспликаций термина «социальная педиатрия» используется специальный метод - терминологический анализ –, который направлен на раскрытие сущности исследуемых явлений посредством обнаружения и уточнения значений и смыслов терминов (понятий) их обозначающих [185,186]. Результатом терминологического анализа, как правило, становятся дефиниции и экспликации, а также обозначения выявленных научных подходов (позиций) к трактовке и определению соответствующих понятий [131,185,186].

По определению М.М. Глушко «термин – это слово или словосочетание для выражения понятий и обозначения предметов, обладающее, благодаря наличию у него строгой и точной дефиниции, четкими семантическими границами и поэтому однозначное в пределах соответствующей классификационной системы» [77].

Анализ терминов складывается из четырех взаимосвязанных этапов. Первый этап - целевое изучение терминов, интересующих исследователя. Оно заключается в выявлении терминов и соответствующих им понятий, выделении базового (ключевого) термина и терминов, подчиненных ему.

Второй этап предполагает этимологический анализ, цель которого - выяснение первоначального значения слова (или сочетания слов), ставшего

термином. Слово, на основе которого образовался термин, рассматривается в языковой среде, послужившей его первоисточником.

Третий этап - исследование изменения терминов и отражаемых ими понятий с момента вхождения их в терминосистему науки, т. е. изучение процесса формирования, развития понятий внутри науки. Изучается термин во всех его связях и опосредствованиях с учетом законов развития всей системы (контекстуальный анализ), определяется характер употребления термина в текстах, написанных в разное время.

На четвертом этапе уточняется определение терминосистемы с учетом новых материалов, полученных на предшествующих этапах, дается четкая формулировка каждому понятию [78,79, 109,113,122,132,141,197].

Титова Е.В. указывала, что чаще всего вместо анализа приводится перечень различных вариантов определений и трактовок термина, обнаруженных в источниках. Продуктивный терминологический анализ должен привести к возможности сконструировать или обосновать, уточнить рабочие дефиниции, адекватные предмету и задачам исследования [185].

В нашем исследовании использовался так называемый функциональный терминологический анализ. Функциональное терминоведение связано с изучением современных функций термина в различных текстах и ситуациях профессионального общения и подготовки специалистов [81-86].

2.2.2. Наукометрический анализ

В последние годы в России особое значение среди всех наукометрических приобрел метод «цитат-индексы» (h-индекс (Хирша), g-индекс, импакт-фактор и др.). Однако, несмотря на очевидные сильные стороны данного метода и несомненную важность его использования, качественная и количественная оценка научных исследований не может основываться только на этом. Юджин Гарфилд, основатель Института научной информации (ISI), автор первого индекса цитирования для статей,

опубликованных в научных журналах «Science Citation Index SCI» (1963 г.), отмечал некоторую «ограниченность» предлагаемого им метода: «Цифры, характеризующие показатели цитируемости, вовсе не призваны измерить качество работы само по себе, безотносительно к ее функционированию в науке» [198].

В представленной работе для определения тенденций развития научных исследований по проблемам социальной педиатрии в рамках специальности «общественное здоровье и здравоохранение», приоритетных направлений, актуальных задач и векторов дальнейших исследований в этой области в качестве основного использован другой наукометрический метод – контент-анализ.

Контент-анализ (пер. с англ. анализ содержания) определяется как количественный анализ источников информации (текстов, аудио- и видеозаписей) с целью последующей содержательной интерпретации выявленных числовых закономерностей. Бернард Берельсон определял контент-анализ как «метод исследования для объективного, систематического и количественного описания содержания источников информации" [211].

С использованием количественного и интерпретативного контент-анализа, а также статистического метода были проанализированы научные исследования, а именно докторские и кандидатские диссертационные работы по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» (14.02.03), защищенные в РФ за период 1991-2012 гг. (до 2000 года специальность именовалась «социальная гигиена и организация здравоохранения»).

Для изучения диссертационных исследований применялся так называемый интерпретативный контент-анализ (с использованием метода Клауса Крипендорфа) [276,277]. От классического метода Бернарда Берелсона он отличается следующими особенностями: большим вниманием к влиянию исследовательских представлений (интерпретаций) на выбор

дискурсивных единиц, способов их подсчета и получаемые результаты [92,276].

Интерпретативный контент-анализ был предложен как метод для исследования латентного содержания и решения других сложных задач кодирования. Он не ограничен правилами кодирования, является более гибким, чтобы максимально полно и адекватно учитывать контекст [92,136,176]. Так, например, вышеназванный метод позволяет для более точной кодировки названия диссертации ознакомиться с авторефератом, что было использовано в представленном исследовании в случае возникновения затруднений кодирования.

Одним из главных этапов в контент-анализе является определение цели исследования, т.е. что же, собственно, хотят понять исследователи. Из этого проистекает другая важная задача: выбрать категории анализа таким образом, чтобы они определяли информацию, необходимую для достижения целей исследования.

Некоторыми авторами ранее предпринимались попытки проанализировать научные исследования в области общественного здоровья и здравоохранения. Так, В.В.Степановым (2010) были выделены следующие направления [118]:

1) теоретические, правовые и международные проблемы здравоохранения;

2) санитарно-демографические процессы;

3) изучение состояния здоровья детей и учащейся молодежи;

4) состояние здоровья отдельных групп населения в различных регионах;

5) исследование состояния здоровья населения

6) исследование состояния здоровья населения и организация медицинской помощи работникам различных отраслей народного хозяйства;

7) разработка научных основ профилактики заболеваний и методологии оценки деятельности санитарно-эпидемиологической службы;

8) организация медицинского страхования, аккредитации, лицензирования;

9) вопросы организации и управления здравоохранением;

10) организация медицинской и медико-санитарной помощи городскому и сельскому населению;

11) организация первичной медико-санитарной помощи;

12) медико-социальные и организационные проблемы охраны материнства и детства;

13) организация медицинской и медико-социальной помощи семьям;

14) экономика и планирование здравоохранения;

15) подготовка кадров для здравоохранения, организация труда персонала ЛПУ;

16) вопросы информатизации здравоохранения;

17) история медицины и здравоохранения.

Однако в предложенной классификации особенностям общественного здоровья и здравоохранения детского населения посвящены только 3 категории из 17. Причем только одна из них посвящена непосредственно аспектам здоровья детей и учащейся молодежи. Две другие рассматривают проблемы здоровья и здравоохранения детского населения в комплексе с охраной материнства и /или семьи.

Орел В.И. (1998) проводил наукометрический анализ диссертационных исследований по проблемам социальной гигиены, используя следующие категории: количество проблем, поднятых в исследовании; локал информации; уровень внедрения; объект изучения; направления исследования и др. [156].

Костродымов Н.Н. использовал контент-анализ для изучения научных исследований в общественном здоровье и восстановительной медицине по нескольким векторам: инновационные процессы; направления общественного здоровья (по В.В.Степанову); медицинские специальности; группы технологий восстановительной медицины по А.Н.Разумову [118].

В процессе проведенного контент-анализа были решены шесть вопросов [276,277] :

- Какие данные анализируются?
- Как они определяются?
- Какова численность данных?
- Каков контекст анализируемых данных?
- Как определены границы анализа?
- Что является объектом выводов?

Таким образом, контент-анализ выходит далеко за рамки простого подсчета слов в изучаемом массиве информации.

2.2.3. Методы стратегического планирования

Внедрение практических подходов и принципов социальной педиатрии (разработка системы медико-социальной помощи детскому населению) осуществлялось с использованием одного из самых эффективных инструментов в стратегическом планировании – SWOT-анализа [63,91,120,163,179].

SWOT-анализ основывается на принципе стратегического соответствия внутренних возможностей системы (ее сильных и слабых сторон) и внешней среды (находящей отражение в возможностях и угрозах). SWOT – аббревиатура из следующих английских слов:

Strengths - сильные стороны;

Weaknesses - слабости;

Opportunities - возможности;

Threats - угрозы.

Кроме указанных, широко применялись традиционные социологические методы (анкетирование, интервьюирование, фокус-группы, включенное исследование).

2.3. Математико-статистический анализ данных исследования

Статистическая обработка результатов проводилась в пакете программ

Statistica 6.0.(StatSoft Inc.,Tulsa,Ok,USA).

Необходимое число наблюдений для проведения социологического опроса определялось по методике К.А.Отдельновой [162]. Вариабельность (δ) и доверительный интервал (Δ) не определяются заранее, а берется ориентировочное отношение, обозначаемое К – коэффициент показателя точности, уровень которого (от 0,5 до 0,1) выбирает сам исследователь. В нашем исследовании численность выборки соответствовала средней точности (табл.2.2.).

Таблица 2.2.

Необходимый объем выборки

Вид исследования	Желаемая точность исследования К= δ/ Δ	t=2.0 p=0.95	t=2,5 p=0,98	t=3,0 p=0,99
1.Ориентировочное знакомство	0,5 0,4 0,4	16 25 44	29 39 69	36 56 100
2. Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3. Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

При анализе результатов опроса экспертов рассчитывался коэффициент конкордации (согласованности) мнения экспертов и оценивалась его статистическая значимость. С целью установления согласованности мнений экспертов использован метод конкордации с определением коэффициента Кендалла (W) по следующей формуле, где:

W – коэффициент конкордации (согласия) экспертов;

S – разность между суммой квадратов рангов по каждому признаку и средним квадратом суммы рангов по каждому признаку;

P – ранги;

m – число экспертов;

n – число сравниваемых признаков.

Коэффициент конкордации изменяется в диапазоне от 0 до 1 (чем ближе коэффициент к 1, тем выше согласованность экспертов), при этом: 0 –

полная несогласованность, 1 – полное единодушие, от 0,1 до 0,3 – низкая степень согласованности, от 0,3 до 0,6 – средняя, более 0,6 – высокая.

Графические изображения использованы в работе как средство статистического анализа и наглядного обобщения результатов исследования.

В исследовании рассмотрены относительные величины и средние значения, экстенсивные и интенсивные показатели, показатели соотношения.

Обработка количественных признаков осуществлялась с помощью методов параметрической оценки достоверности результатов статистического исследования:

1) Расчет средней ошибки (m) для относительных и средних величин, позволяющей с определенной степенью вероятности установить пределы, в которых может находиться истинное значение статистического коэффициента или средней величины.

Расчет средней ошибки для интенсивных показателей проводился по формуле:

$$m = \sqrt{\frac{p * q}{n}},$$

где p - величина интенсивного показателя, рассчитанная на 1000, 10 000 и т.д.; q=1000-p или q=10 000-p и т.д. в зависимости от величины выбранного основания при расчете интенсивного показателя; n - число наблюдений.

Для вычисления ошибки репрезентативности средней величины использована следующая формула:

$$m = \frac{\delta}{\sqrt{n}},$$

где б - среднее квадратическое отклонение, n - число наблюдений.

2) Расчет достоверности разности коэффициентов с применением критерия Стьюдента (t):

$$t = \frac{p1 - p2}{\sqrt{m1^2 + m2^2}}$$

Математико-технологическое и графическое обеспечение производилось с применением современных компьютерных технологий.

При решении поставленных задач сравнивались соответствующие относительные показатели. Оценка достоверности их различий проводилась с помощью теста «t» Стьюдента. Различия считались достоверными при $p<0.05$.

2.4. Этапы исследования

Этапы научной работы соответствуют традиционным для классического социально-гигиенического исследования:

-составление программы и плана исследования;

-сбор материала;

- обработка материала;

-анализ, выводы, предложения для практики.

В соответствии с заявленными целью и задачами проведенное исследование включало семь этапов.

На первом оценивалась степень разработанности проблемы, формулировались цель, задачи и определялась методология исследования, изучались и анализировались отечественные и зарубежные научные источники, государственные доклады, статистические материалы, посвященные проблеме исследования, и его методология.

На **втором этапе** исследования использовался специальный метод - терминологический анализ.

На первом этапе терминологического анализа был произведен поиск текстов, содержащих термин «социальная педиатрия» в отечественных и зарубежных научных работах. В качестве источников использовались публикации, содержащие исследуемый термин, представленные в РИНЦ и Центральной научной медицинской библиотеке Первого МГМУ им.

И.М.Сеченова (ЦНМБ) Министерства здравоохранения Российской федерации. Зарубежные научные работы, включающие словосочетание «social pediatrics/paediatrics», определялись с помощью базы данных PUBMEd (электронно-поисковая система, аннексирующая более 23 миллионов публикаций из научных журналов и электронных книг), MEDLINE, SCOPUS. Также при анализе использовались возможности крупнейшей в интернете поисковой системы, принадлежащей Google Inc., с помощью ключевых слов: 1) «социальная педиатрия», 2) «social pediatrics/paediatrics».

В результате были получены и проанализированы 42308 источников, содержащих термин «социальная педиатрия». Из этого количества были выделены источники, включающие дефиниции и экспликации исследуемого термина. Кроме этого, проводился опрос на интернет-форуме членов ISSOP (111 человек): «какие из известных Вам определений социальной педиатрии можно признать наиболее удачными».

Перевод определений социальной педиатрии с оригинального языка на русский осуществлялся с привлечением троих независимых профессиональных переводчиков и включал следующие шаги:

1. Выполнялся перевод исходной версии опросника на русский язык. В процессе перевода 2 переводчика из 3-х производили прямой перевод дефиниции. После сравнения обеих версий перевода и согласования с диссертантом создавалась объединенная выверенная версия – Версия 1.
2. Проводился перевод выверенной Версии 1 на исходный язык. Перевод осуществлялся профессиональным переводчиком, носителем родного языка. Одним из условий обратного перевода являлось отсутствие доступа у переводчика к оригинальной версии определения.

В результате представлены окончательные версии перевода на русский язык дефиниций термина «социальная педиатрия».

В целях обоснования авторской дефиниции термина «социальная педиатрия» были использованы следующие методы: контент-анализ относительно устойчивых смысловых определений, аналитический, математико-статистический. Это позволило сформировать понятийно-категориальный аппарат, который был подвергнут экспертным оценкам. В качестве экспертов были приглашены специалисты (48 человек, из них доктора медицинских наук - 20 человек, кандидаты – 28 человек), сфера интересов которых – социальные аспекты здоровья детей. Таким образом, была получена ранговая таблица понятийно-категориального аппарата термина «социальная педиатрия», на основании которой разработано авторское определение.

На третьем этапе исследования проводился наукометрический анализ диссертационных работ по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» по проблемам социальной педиатрии

Проведение контент-анализа проводилось в соответствии с работами Клауса Крипендорфа [276,277]:

1. Определение совокупности изучаемых источников или сообщений с помощью набора заданных критериев, которым должно отвечать каждое сообщение. В представленном исследовании в этом качестве рассматривались диссертации, полученные из вышеописанных источников, по специальности «социальная гигиена и организация здравоохранения» с 1991 по 1999 гг. и «общественное здоровье и здравоохранение» за период с 2000 по 2012 гг. (4194 ед. инф.).

2. Формирование выборочной совокупности сообщений. Выборку исследования составили только те диссертации, в которых освещались проблемы здоровья детей (до 18 лет) и детского здравоохранения (621 ед.инф.).

3. Выявление единиц анализа (категорий). Одним из главных этапов в контент-анализе является определение цели исследования, т.е. что же, собственно, хотят понять исследователи. Из этого проистекает другая важная

задача: выбрать категории анализа таким образом, чтобы они определяли информацию, необходимую для достижения целей исследования. В соответствии с задачами исследования была разработана авторская классификация категорий и подкатегорий тем диссертаций по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Для проведения интерпретативного контент-анализа считается достаточным привлечение одного кодировщика – квалифицированного специалиста в исследуемой области, однако в нашем исследовании мы привлекали троих экспертов для оценки потенциальной результативности и кодирования выбранных категорий.

4. Выделение единиц счета. Были разработаны таблицы контент-анализа (кодировочные матрицы) представляющую собой систему скоординированных и субординированных категорий анализа для каждой из осей. В качестве единицы информации (ед. инф.) рассматривались диссертационные работы. В отличие от публикаций в журналах, в которых может быть представлена только часть научного исследования, не отражающая в полной мере его цели, задачи и основные достижения, диссертации выступают в качестве кумулятивных законченных научно-исследовательских работ.

5. Непосредственно процедура подсчета. Применяются специальные таблицы, компьютерные программы, специальные формулы, статистические расчеты. Мы использовали специальные таблицы и возможности статистической обработки результатов программного продукта «MS Excel».

6. Интерпретация полученных результатов в соответствии с целями и задачами конкретного исследования. На основании обобщения результатов исследования были сформулированы выводы о научной составляющей социальной педиатрии в диссертационных исследованиях по общественному здоровью и здравоохранению.

На четвертом этапе исследования анализировались проблемы преподавания социальной педиатрии. Социологические методы были основными на данном этапе.

Для изучения подготовки педиатров по вопросам социальной педиатрии за рубежом проведен онлайн-опрос членов ISSOP (112 респондентов из 27 стран). Получены ответы на следующие вопросы:

1. Существует отдельно выделенная специальность «социальный педиатр» в вашей стране?

2. Как преподаются вопросы социальной педиатрии в вашей стране?

3. Если Вы располагаете такой возможностью, вышлите вариант программы преподавания аспектов социальной педиатрии в вашей стране.

В результате опроса были получены 5 программ преподавания социальной педиатрии в пяти странах (Австралия, Канада, США, Турция, Швейцария). Программы переведены на русский язык.

С использованием методов количественного и интерпретативного контент-анализа представленных программ были выделены основные модули преподавания социальной педиатрии за рубежом.

Особенности преподавания вопросов социальной педиатрии в Российской Федерации рассматривались в рамках последипломной подготовки (ординатура) по специальностям ФГОС «Педиатрия» (специалитет) и «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (высшая профессиональная подготовка). Для анализа были привлечены эксперты – специалисты в сфере охраны здоровья детского населения (преподаватели профильных кафедр; представители администрации медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению; ведущие ученые – доктора медицинских наук) в количестве 48 человек. Им было предложено оценить представленность вопросов социальной педиатрии (на основании разработанного нами понятийно-категориального аппарата) от 1 до 10, где 10 - полное раскрытие темы, а 1 – ее отсутствие в программе.

С целью определения основных проблем в области подготовки педиатров для работы в условиях первичного звена здравоохранения было проведено социологическое исследование: групповое глубинное фокусированное интервью «Проблемы профессиональной подготовки педиатров в сфере социальной педиатрии в первичном звене здравоохранения».

Задачами социологического исследования являлись:

- оценить базовый уровень знаний врачей-педиатров участковых о социальной педиатрии и оказании медико-социальной помощи детскому населению;

- определить значение специального обучения по вопросам социальной педиатрии и оказания медико-социальной помощи для повышения профессиональных компетенций специалистов;

- выявить круг вопросов, необходимых в процессе преподавания социальной педиатрии врачам-педиатрам участковым для эффективного оказания медико-социальной помощи.

В исследовании участвовали 168 врачей-педиатров участковых из разных регионов России – Москва, Московская область, (Химки, Железнодорожный), Санкт-Петербург, Тульская область, Тверь, Липецк, Республика Татарстан (18 фокус-групп по 7-12 человек).

Интервью проводилось в 2 этапа: на первом изучались базовые представления респондентов о социальной педиатрии и медико-социальной помощи детскому населению. Затем участникам групп предоставлялась актуальная информация об изучаемых явлениях в форме лекций и круглых столов, после чего проводился второй этап опроса.

Пятый этап работы посвящен анализу применения на практике принципов и подходов социальной педиатрии (в форме медико-соцальной помощи детскому населению).

Проведено анкетирование 678 специалистов в области детского здравоохранения (педиатров, организаторов здравоохранения,

преподавателей профильных кафедр) из 28 регионов РФ. Вопросы анкеты направлены на определение уровня знаний респондентов о медико-социальной помощи детскому населению, организации ее оказания, проблемах и перспективах ее развития. В анкетировании участвовали специалисты, которые в рамках Конгресса педиатров России посещали секции по организации медицинской помощи детскому населению (в том числе медико-социальной, первичной, в домах ребенка, образовательных организациях), и социальной педиатрии. Другой референтной группой являлись врачи-педиатры участковые, представители администрации детских поликлиник во время прохождения обучения на сертификационных циклах. Таким образом, был определен круг лиц, который по роду своей деятельности должен быть с организацией медико-социальной помощи детскому населению.

Для определения особого вида медицинской помощи, носящей комплексный характер и учитывающей социальные детерминанты здоровья, в нашей стране принято использовать термин «медико-социальная помощь». МСП определяется как «мультидисциплинарная профессиональная деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленная не только на восстановление, но и сохранение и укрепление здоровья» [146,147]. Следовательно, принципы и подходы социальной педиатрии должны обнаруживать себя в тех организационных формах, в названии которых присутствует указанный термин.

Экспертные интервью. «Организация медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации». В качестве участников (56 человек) выступили: представители департамента здравоохранения г.Москвы (Управление организации медицинской помощи детям и матерям Департамента); главный врач ГБУЗ «Род.дом №3», сотрудники отделений медико-социальной помощи беременным в ТЖС Москвы и Санкт-Петербурга.

Экспертные интервью «Основные проблемы организации медико-социальной помощи детскому населению в условиях детской поликлиники». В исследовании приняли участие 68 человек (специалисты в сфере здравоохранения детского населения).

Экспертные интервью «Организация паллиативной помощи детскому населению». В исследовании приняли участие 53 специалиста в сфере организации и оказания педиатрической помощи.

Для анализа практического применения подходов социальной педиатрии были отобраны следующие формы медико-социальной помощи детскому населению профилактической направленности:

1) медико-социальная помощь беременным в ТЖС (в качестве основной организационной формы рассматривались отделения (кабинеты) медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации);

2) медико-социальная помощь детям в ТЖС (в качестве основной организационной формы рассматривались отделения (кабинеты) медико-социальной помощи детской поликлиники).

В своей работе мы посчитали важным проанализировать относительно новый для нашей страны вид помощи – паллиативную помощь детям. Этот вид медицинской помощи был выбран для исследования как относительно новая форма МСП в РФ. В соответствии с Резолюцией №1649 (2009) Совета Европы, паллиативная помощь является инновационным методом оказания помощи *одновременно* в сферах *здравоохранения и социальной помощи* [170]. По этой причине, а также учитывая то, что этот вид помощи относительно недавно появился в нашей стране, мы рассматриваем паллиативную помощь детскому населению в этой главе. В наши задачи не входил анализ проблем и перспектив развития паллиативной помощи детскому населению в целом, в своей работе мы сконцентрировались на подходах социальной педиатрии, используемых при оказании этого вида помощи.

Организационные формы медико-социальной помощи анализировались по единой разработанной нами схеме:

1. Анализ законодательных, нормативных правовых актов, регламентирующих оказание медико-социальной помощи в указанной форме.
2. Стандартизированное включённое наблюдение. Наблюдение как социологический метод представляет собой целенаправленное и систематизированное восприятие социального явления, черты которого, соответствующим образом классифицированные и закодированные, регистрируются исследователем [93]. Стандартизированное наблюдение предусматривает разработку программы и методических процедур исследования. Разработан гайд-сценарий проведения наблюдения, раскрывающих следующие характеристики: цели и задачи вида медико-социальной помощи; контингент потребителей помощи; штаты; финансирование; особенности функционирования; место в системе охраны здоровья детского населения; приверженность принципам и подходам социальной педиатрии. Отобранные для исследования организационные формы были описаны в соответствии с гайдом в процессе наблюдения.
3. Экспертная оценка представленности подходов и принципов социальной педиатрии в каждой из указанных форм оказания медико-социальной помощи. Для оценки использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). ВАШ представляет собой прямую линию длиной 10 см (0-100 мм), начало которой соответствует полному отсутствию применения принципов и подходов социальной педиатрии в организационной форме. Конечная точка на шкале отражает максимально возможную представленность социально-педиатрических подходов. Расстояние между началом линии и сделанной экспертом отметкой измеряется в миллиметрах. Эксперту

предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую тому, в какой мере в работе указанных форм медико-социальной помощи присутствует парадигма социальной педиатрии.

Задачами **шестого этапа** являлись научное обоснование и разработка региональной модели многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению с позиции социальной педиатрии.

Основываясь на результатах SWOT-анализа и данных предшествующих этапов исследования разработана модель профилактической системы медико-социальной помощи детскому населению.

Разработка и внедрение модели осуществлялись в рамках плана мероприятий Рабочей группы № 3 «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы. В план включен пункт «Разработка и внедрение типовой модели медико-социального сопровождения детей и подростков в субъектах РФ».

Седьмой этап. В заключении работы на основании результатов предшествующих глав исследования представлена социальная педиатрия как концептуальная основа развития системы медико-социальной помощи детскому населению в РФ.

ГЛАВА 3
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ»: ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ФОРМИРОВАНИЕ КАТЕГОРИАЛЬНОГО АППАРАТА

3.1. Обоснование необходимости терминологического анализа понятия «социальная педиатрия»

Развитие как общества в целом, так и научно-практической мысли в частности, ведет к появлению новых понятий и терминов. Анализ научного понятия - термина – признается важной задачей в каждой отрасли науки [142], включая медицину. Упорядочение и стандартизация терминологии необходима для обеспечения взаимопонимания специалистов, подготовки кадров, дальнейшего совершенствования научного знания и т. д. [138,177]. Для раскрытия сущности какого-либо явления определение понятий и терминов, которыми это явление обозначается, имеет первостепенное значение [184,185].

Известно, что забота о языке науки всегда была одной из почитаемых традиций отечественных ученых, начиная с М. В. Ломоносова [177]. Основателем российской терминологической школы считается Д.С. Лотте (1898–1950).

Д.С. Лотте считал, что «работа по упорядочению технической терминологии необходима для устранения ее существенных недостатков: многозначность, синонимия, неточность, “наличие терминов, которые не имеют твердо фиксированных значений, лишняя загруженность иноязычными терминами, отсутствие систематичности в построении терминов» [137,138].

В 1933 г. по предложению выдающегося отечественного ученого, академика С. А. Чаплыгина в Академии наук СССР был создан специальный терминологический научный орган, получивший название Комитета научно-технической терминологии (КНТТ) АН СССР (ныне Комитет научной

терминологии в области фундаментальных наук РАН). Возглавлял комитет сам академик, а его сподвижником был пионер в сфере терминологических исследований и крупный специалист в этой области Д. С. Лотте [177].

В 1975 году в своей статье «Проблемы научно-технической терминологии» [177], выдающийся советский учёный, член-корреспондент АН СССР В.И.Сифоров обозначил важность проведения терминологических работ и рекомендовал всем научным институтам включать в свои планы такие исследования. Также Сифоров В.И. приводит слова академика С. А. Чаплыгина, который, объясняя, почему он, представитель физико-технических наук, согласился взять на себя руководство работами по терминологии, говорил, что это дело очень важное и без понимания задач науки можно натворить много ошибок; поэтому ученые должны сами активно заниматься вопросами терминологии [177].

Основоположник аналитической психологии К.Г.Юнг отмечал: «употребляя термин, мы должны определить его значение, в противном случае мы будем говорить на невразумительном языке...» [198].

Однако до настоящего времени объем методологических разработок такого рода в процессе научных исследований явно недостаточен.

Несмотря на известность термина «социальная педиатрия» специалистам в области детского здоровья, отмечается лимитированность его использования и неоднозначность дефиниций: в программах до- и последипломной профессиональной подготовки, в руководствах и учебниках, в медицинских словарях и справочниках, в научных работах и в практической деятельности.

Видный представитель отечественной школы социальной педиатрии профессор Н.Г. Веселов считал, что «требуется стандартизация понятия ≪социальная педиатрия≫ как научной дисциплины и предмета исследования. Необходимо обосновывать решение современных медико-социальных проблем материнства и детства с учётом особенностей социально-экономического развития России и международного опыта» [67].

В настоящее время отсутствует единый подход к определению социальной педиатрии, что приводит к различным трактовкам этого понятия. Так, в Швеции социальная педиатрия рассматривается преимущественно как детское общественное здравоохранение. В Германии, где функционируют центры социальной педиатрии, основной акцент ставится на оказании медико-социальной помощи детям-инвалидам, в первую очередь с неврологическими нарушениями. В Турции существуют сертифицированные специалисты «социальные педиатры» функции которых аналогичны тем, которые выполняют российские врачи-педиатры участковые. Во многих странах (США, Великобритания, Австралия, Новая Зеландия) понятие «социальная педиатрия» неразрывно связано с муниципальной педиатрией (community pediatrics), которая определяется как «деятельность, направленная на осуществление профилактических и лечебных педиатрических мероприятий, сосредоточенных не в больничных учреждениях, а в общественных» [313].

Недостаточная определенность дефиниций и экспликаций понятия «социальная педиатрия», ведет не только к ограничению применения термина, но и к недостаточному развитию социальных аспектов в рамках педиатрической деятельности.

Таким образом, в целях уточнения и обоснования дефиниций, определения сущности понятия нами был проведен анализ термина «социальная педиатрия».

3.2. Дефиниции и экспликации термина «социальная педиатрия» за рубежом

В базе данных PUBMED самая ранняя публикация, посвященная аспектам социальной педиатрии, относится к 1945 году.

На рисунке 3.1. представлено распределение количества научных работ, содержащих словосочетание «socialpediatrics/paediatrics» в заголовке и/или в реферате, по годам опубликования.

Самая ранняя публикация по социальной педиатрии, зафиксированная в PUBMED, принадлежит шведскому автору HJARNE U. [263]. В переводе на русский язык название его статьи звучит как «Инструкция по социальной педиатрии».

Публикация эта является, в некотором смысле, концептуальной. Во-первых, многие посылы автора до сих пор остаются актуальными и способствуют общим представлениям относительно самого понятия «социальная педиатрия», а во-вторых, лекционный характер статьи последовательно определяет основные содержания изучаемого вопроса. И хотя в работе не приводится определения социальной педиатрии, в ней выделяются основные темы, которые автор, в то время доцент университета г. Упсала, относит к этой области знаний.

Основным содержанием публикации является обсуждение наиболее важных аспектов заключительной подготовки студентов, стоящих на пороге практической врачебной деятельности. Предпочтения автора обращены к области социальной педиатрии. В статье приводятся рассуждения о значимости медико-социальной помощи. Представленные материалы отражают опыт преподавания социальной педиатрии в университете г. Упсала (Швеция) с 1932 года.

С 50-х до 70-х годов прошлого века наблюдался рост количества работ, посвященных социальной педиатрии. В этот период статьи о социальной педиатрии носили преимущественно общий характер, освещали целостный взгляд на здоровье детей.

На рисунке 3.1. наглядно показано, что наибольшее количество публикаций зафиксировано с 1970 по 1979 гг. Следует добавить, что именно в это время (1977 г.) создается Европейское общество социальной педиатрии (ESSOP), ныне Международное (ISSOP).

Снижение числа публикаций после указанного периода отражает не утрату интереса к социальной педиатрии, а смещение акцента на частные вопросы социально обусловленного здоровья детей. Значительная часть

работ посвящается медико-организационным вопросам междисциплинарной помощи детскому населению. Особое место занимают публикации, посвященные преподаванию социальной педиатрии.

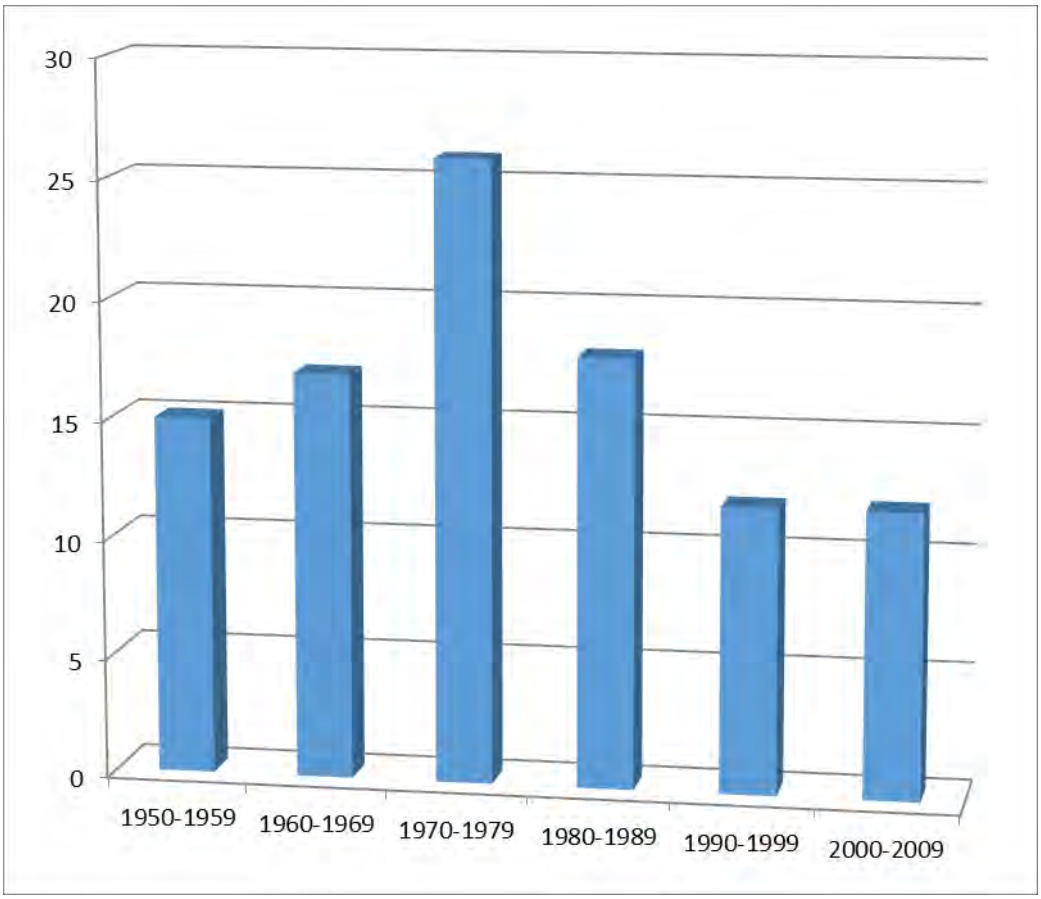


Рис. 3.1. Распределение (%) количества научных публикаций, содержащих словосочетание «social pediatrics/paediatrics» в заголовке и/или реферате, по годам в системе PUBMED.

В процессе изучения зарубежных источников было зафиксировано 86 определений термина «социальная педиатрия», однако в окончательный анализ мы не включали близкие по смыслу дефиниции. Полученные в рамках интернет-опроса (112 человек) ответы позволили установить, что дефиниции социальной педиатрии, предложенные ISSOP, принимаются его членами – специалистами в сфере охраны детского здоровья - за основу. В результате, в

тех странах Европы, где значительно влияние ISSOP (Международного общества социальной педиатрии), термин рассматривается в сходных определениях, в соответствии с основными представлениями, существующими в данном профессиональном сообществе (табл.3.1.). В результате в окончательный анализ были включены 18 дефиниций изучаемого понятия, фигурирующих в иностранных источниках.

Среди прочих привлекает внимание публикация бразильского педиатра Е.Маркондес (E.Marcondes, 1973г.). Он рассматривает социальную педиатрию в качестве одного из пяти разделов педиатрии в целом (профилактический уход, клиническая педиатрия, детская хирургия, неонатология и социальная педиатрия). Цели социальной педиатрии – это уменьшение риска младенческой смертности и детской заболеваемости, организация мер по укреплению здоровья детей. Социального педиатра Е.Маркондес представлял как врача, «обеспечивающего социальные потребности» ребенка, указывая, что кроме известных личностных характеристик такой специалист должен иметь базовую подготовку по смежным дисциплинам (эпидемиологии, антропологии, демографии и др.) [284].

Согласно Е.Маркондес, целью социальной педиатрии является изучение и охрана здоровья ребенка с учетом данных экологических, психологических, экономических, социальных и культурных факторов, которые влияют на ребенка и его семью и могут приводить к развитию заболеваний. Также он указывал, что социальная педиатрия - это работа в команде, включающей специалистов разного профиля (мультидисциплинарная команда).

В противовес Е.Маркондес, авторы из Великобритании (J.Fred с соавт.) в своей дискуссионной статье 1978 г. приходят к выводу, что социальная педиатрия это «образ мышления» и «подход» к охране здоровья детей», нежели раздел педиатрии как таковой [235].

Их французские коллеги (M. Manciaux с соавт., 1978) разделяют такую точку зрения, подчеркивая, что употребляют термин «социальная педиатрия» не в качестве отдельной субспециальности, а как важный аспект развития и здоровья ребенка [290].

Еще один бразильский педиатр A.Marques (A.Marques, 1986) ставит знак равенства между «социальной педиатрией» и «охраной здоровья матери и ребенка», рассматривая их в качестве базовых сегментов педиатрии [286]. По его мнению, актуальность социальной медицины в целом и социальной педиатрии в частности обозначились после Второй мировой войны, в связи с осознанием социальных и национальных неравенств и необходимости формирования государственной системы медико-социальной помощи в интересах отдельных лиц и экономически нежизнеспособных общин.

Е.Петридон (E. Petridon, Греция, 1992 г.) считает социальную педиатрию научной дисциплиной, объект изучения которой – дети в неблагоприятной жизненной ситуации [298].

Определение Международного общества социальной педиатрии (на тот момент еще Европейского) предполагает холистический подход к здоровью детей с учетом возрастных и экологических аспектов их жизнедеятельности, микросоциального окружения, особенностей системы здравоохранения и прочих условий: «Социальная педиатрия это глобальная, целостная и междисциплинарная стратегия в области охраны здоровья детей. Она рассматривает здоровье ребенка в контексте общества, окружающей среды, школы, семьи; интегрирует физические, психические и социальные аспекты здоровья и развития детей; объединяет лечение, профилактику, укрепление здоровья и повышение качества жизни детского населения. Социальная педиатрия действует в трех направлениях 1) социальные причины нарушений здоровья детей; 2) нарушения здоровья детей с социальными последствиями и 3) организация медицинской помощи детям в обществе; и охватывает четыре уровня охраны здоровья: клиническую педиатрию, укрепление здоровья, профилактику заболеваний и реабилитацию» [278,313].

По мнению педиатров из Нидерландов [292], основой социальной педиатрии является изучение влияния социальных факторов на здоровье ребенка, при этом упоминается модель Лалонда, в которой оно определяется четырьмя основными элементами: биологическими и экологическими факторами, образом жизни и организацией системы здравоохранения.

В Канаде активное продвижение принципов социальной педиатрии в сочетании с формированием новой генерации педиатров, прошедших обучение по специальным программам, способствовало появлению большого числа работ, посвященных этим вопросам [227,232-234,253,271,306,335].

Одним из основоположников социальной педиатрии в Канаде признается доктор Жиль Жулиен (Dr.G. Julien). Он рассматривает социальную и муниципальную педиатрию как единое целое, способствующее социальной интеграции, обеспечению прав детей и снижению влияния неблагоприятных условий жизни. Доктор Жулиен привлекает особое внимание к семьям групп риска, указывает на необходимость междисциплинарного и межсекторального взаимодействия. Целью социального педиатра, считает канадский исследователь, является разработка локальной системы интегрированных мероприятий по охране здоровья, которые включают профилактику, лечение и/или реабилитацию. Ключевыми компонентами их работы являются: активное выявление детей «группы риска»; максимально раннее вмешательство; интенсивная поддержка в трудные периоды жизни для детей и их семей; предотвращение жестокого обращения с детьми и школьной неуспеваемости, обусловленной социальными причинами [232,271].

Директор факультатива по социальной педиатрии крупной детской больницы г. Торонто д-р Ли Форд-Джонс точкой приложения социальной педиатрии считает здоровье детей-мигрантов и членов их семей, а также других уязвимых групп населения [233,234]. По ее мнению, социальная педиатрия определяется как вид помощи неимущим, социально изолированным детям и семьям.

Другие представители Канады (S.T.Wong с соавт. 2012) в определении принципов социальной педиатрии основной акцент ставят на практических навыках, таких, как установление доверительных взаимоотношений с семьей, обеспечение доступности помощи и расширение возможностей и прав пациентов и их родителей [335].

Представим еще одно определение канадских специалистов [253], в котором указывается, что социальная педиатрия является инновационной медицинской стратегией, выходящей за рамки как традиционной медицины, так и деятельности социальных служб. Объектом социальной педиатрии они считают детей с риском развития хронических нарушений здоровья и их семей.

Одно из самых развернутых определений изучаемого предмета дают украинские коллеги [148,149]. Оно включает оценку различных аспектов жизни ребенка: условий его развития, состояния здоровья в связи с социальными, психологическими и биологическими факторами, а также изменениями окружающей среды. Исследуются вопросы организации системы охраны здоровья ребенка, системы образования и социальной защиты. Акцентируется внимание на междисциплинарном подходе с использованием широкого спектра междупрофильных методик по различным вопросам педиатрии, эпидемиологии, психологии с психологией развития, неврологии с неврологией развития, психиатрии, наркологии и экономики здоровья.

Показательно определение целей социальной педиатрии украинским доктором В.Ю.Мартынюком [148], которое затрагивает вопросы равенства в обществе, отношения к инвалидам, уровень развития государственной системы.

В Германии термин «социальная педиатрия» распространен довольно широко, по всей стране располагаются Центры социальной педиатрии [305]. Сферы их деятельности в большей степени совпадает с российскими реабилитационными центрами, в первую очередь они направлены на

предоставление помощи детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями. В определении, представленном немецкими педиатрами, выделяются два аспекта: изучение воздействия окружающей среды (в широком смысле слова) на здоровье и развитие детей и подростков и использование междисциплинарного подхода.

Из представленных дефиниций складывается картина более широкой трактовки термина «социальная педиатрия» в Европе (ISSOP, Германия, Франция, Нидерланды), включающей различные уровни охраны здоровья детей (государственный, муниципальный, индивидуальный) в то время как, например, в Канаде акцент смещается в сторону первичной медицинской помощи, использующей подходы социальной педиатрии в отношении уязвимых категорий детского населения.

Позволим себе высказать гипотезу формирования таких взглядов на изучаемый предмет. Для этого обратимся к истории. Один из идеологов создания ISSOP, шведский профессор Леннарт Кехлер является специалистом в области общественного здоровья и здравоохранения. В этой связи представляется показательным факт того, что возглавляемый им отдел социальной педиатрии в Гетеборгском университете в 2012 году был переименован в отдел детского общественного здоровья и здравоохранения.

В Канаде активно занимался развитием и продвижением «социально-педиатрического подхода» педиатр первичного звена Др. Жиль Джулиен, возможно, поэтому так часто встречается совместное использование терминов «социальная» и «муниципальная» педиатрия (social and community pediatrics). Таким образом подчеркивается «прикладной» характер термина, используемого непосредственно в первичном детском здравоохранении.

В итоге можно говорить о двух сферах социальной педиатрии: 1) социальной педиатрии как области детского общественного здравоохранения; 2) социальной педиатрии как стратегии практической деятельности, преимущественно в первичном звене здравоохранения.

В то же время, не приходится думать о разнонаправленности или противопоставлении одного другому. Скорее, будет правильнее говорить о разных уровнях приложения подходов социальной педиатрии.

3.3. Дефиниции и экспликации термина «социальная педиатрия» в отечественной науке и практике

Изучению дефиниций социальной педиатрии, ее места в современной отечественной науке и практике посвящены труды таких выдающихся педиатров, как Н.Г.Веселов, В.Ю.Альбицкий, В.И.Орел, Т.И.Стуколова, Л.П.Чичерин, Л.А.Жданова.

В результате анализа источников научной литературы были выделены 6 дефиниций социальной педиатрии, предложенные ведущими в Российской Федерации педиатрами и специалистами в области детского общественного здоровья и здравоохранения (табл.3.1.).

Принято считать, что впервые определение социальной педиатрии в России дает профессор Николай Глебович Веселов [30,161]. Следует уточнить, что возглавляемая Н.Г.Веселовым первая в СССР кафедра социальной педиатрии на факультете усовершенствования врачей Ленинградского педиатрического медицинского института ранее именовалась как «кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения», а не педиатрии или детских болезней.

Н.Г.Веселовым опубликованы первые в России монографии, посвященные социальной педиатрии («Социальная педиатрия. Актуальные проблемы» (1992) и «Социальная педиатрия. Курс лекций» (1996)) [67,68]. В своих трудах он анализировал особенности становления изучаемого предмета в России. Так, в частности, он подчеркивает, что в СССР долгие годы существовала такая позиция, что «социальные проблемы в здравоохранении, охране материнства и детства отсутствуют».

Н.Г.Веселов считал, что социальная педиатрия возникла на стыке социальной гигиены и педиатрии, рассматривал ее как отрасль (составную

часть) педиатрии, которая «изучает здоровье детей, комплекс факторов, его определяющих, а также разрабатывает эффективную систему социальной профилактики и оказания медицинской помощи детскому населению» (табл.3.1.).

В 1992 году в рецензии на монографию «Социальная педиатрия. Актуальные проблемы» профессор В.Ю.Альбицкий указывал на необходимость стандартизации понятия «социальная педиатрия» как научной дисциплины и предмета преподавания. В этой же рецензии он подверг сомнению, что социальная профилактика должна быть предметом изучения социальной педиатрии [68].

Сам В.Ю.Альбицкий в предложенных им определениях социальной педиатрии в 1994 г. на первое место выдвигает ее научную составляющую: «социальная педиатрия изучает...комплекс факторов» (табл.3.1.), также подчеркивается ее социальная и организационная направленность, а клиническая (практическая) функция представлена в меньшей степени [30].

Однако в последующем (2011г.) в определении появляется фраза о том, что социальная педиатрия интегрирует профилактические и лечебные начала. В.Ю.Альбицкий акцентирует внимание на том, что объектом социальной педиатрии в первую очередь выступают «дети в трудной жизненной ситуации и с ограниченными возможностями», а ее основными сферами практического действия он считает медико-социальную помощь, профилактику и реабилитацию [30].

Известный российский педиатр Н.П.Шабалов в своем учебнике «Детские болезни» [193] выделяет научную, клиническую, профилактическую, социальную и экологическую педиатрию. Тем самым, автор придерживается мнения, что социальная педиатрия является самостоятельным разделом всей педиатрии. Также Н.П.Шабалов отдельно выделяет профилактическую и социальную составляющие педиатрии. Им определено два круга проблем социальной педиатрии: 1) оптимальная организация управления здравоохранения, в том числе экономики и

планирования; 2) влияние социальных факторов на здоровье детей; практика медицинской помощи, проведения профилактических мероприятий, взаимоотношений между медиками и общественными организациями, фондами; медицинское образование и воспитание населения [193].

Профессор Орел В.И., ученик Н.Г.Веселова, возглавивший после него кафедру социальной педиатрии и организации здравоохранения Санкт-Петербургской педиатрической академии, совместно с Т.И.Стуколовой – заведующей кафедрой социальной педиатрии в Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И. Пирогова - предложили свое определение социальной педиатрии (табл.3.1.): «Социальная педиатрия изучает влияние социальной реальности на здоровье человека в период его детства и последствия этого влияния для человека и общества» [160]. Кроме этого, авторы определяют изучаемый предмет как «теорию и практику познания, регулирования и реализации медико-социальных потребностей ребенка на различных этапах его развития. Результатом этой направленной деятельности является приобретение индивидом «эталона здоровья» [160].

Позволим себе высказать суждение, что в связи с особенностями формирования научной школы социальной педиатрии в России (первая кафедра, созданная Н.Г. Веселовым, по сути являлась кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения и обучала, в основном, организаторов здравоохранения), в полной мере не были задействованы основные «носители» социально-педиатрического подхода – педиатры первичного звена здравоохранения (врачи-педиатры участковые).

Л.П. Чичериным высказано мнение, что трактовка социальной педиатрии подразумевала практически всё то, что обозначается понятием «охрана здоровья» (детей), имея в виду «совокупность мер политического, экономического, правого, социального, научного, медицинского, образовательного, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья» [190-192].

В меньшей степени рассматриваются в отечественных дефинициях такие вопросы, как использование принципов и подходов социальной педиатрии врачами-педиатрами первичного звена здравоохранения при взаимодействии с пациентом и его окружением (семьей, школой, жизненной средой обитания).

Таблица 3.1.

Определения термина «социальная педиатрия»

№	Определение социальной педиатрии	Страна	Автор/год
1.	Цель социальной педиатрии состоит в том, чтобы приспособить ребенка с его особенностями к цивилизованной сознательной жизни. То есть дать возможность ребенку с любой патологией почувствовать себя равным в стране, которая хочет называться демократическим государством.	Украина	Мартынюк В.Ю, 2013
2.	Социальная педиатрия обеспечивает охрану здоровья и благополучия детей, в особенности тех, которые относятся к маргинальным слоям общества, находятся в неблагоприятном положении, являются инвалидами.	Канада	D.Daneman с соавт. 2013
3.	Социальная педиатрия является инновационной медицинской стратегией, выходящей как за рамки традиционной медицины, так и деятельности социальных служб. Она обеспечивает разностороннюю, таргетную помощь детям с риском развития хронических нарушений здоровья и их семьям.	Канада	*A. Dyck с соавт.,2012*
4.	Социальная педиатрия основывается на трех главных принципах. Во-первых, характер взаимоотношений между медицинским персоналом и ребенком (семьей) является ключевым звеном для обеспечения преемственности в оказании помощи и привлечении родителей к участию в охране здоровья и оптимизации развития их ребенка . В особенности этот принцип социальной педиатрии важен при работе с неблагополучными семьями. Во-вторых, практическая деятельность, основанная на принципах социальной педиатрии, должна осуществляться непосредственно в районе проживания ребенка. Социальная педиатрия направлена на расширение	Канада	Wong S. с соавт., 2012

продолжение таблицы 3.1.

№	Определение социальной педиатрии	Страна	Автор/год
4.	прав и возможностей пациентов и их семей для того, чтобы они могли сами заботиться о своем здоровье и благополучии. Расширение прав и возможностей определяется как процесс, посредством которого люди учатся управлять своей жизнью. Расширение возможностей достигается благодаря поддержке семей, оказание им помощи в приобретении знаний и навыков в отношении здоровья и развития ребенка, совместной разработке стратегии управления состоянием здоровья ребенка с предоставлением необходимых для этого ресурсов.		
5.	Социальная педиатрия в особой степени сосредоточена на здоровье детей иммигрантов и членов их семей, а также других уязвимых групп населения, включая детей, проживающих в нищете, с хроническими заболеваниями или инвалидностью, и родители которых страдают наркоманией или серьезными психическими расстройствами. Социальная педиатрия определяется как вид помощи неимущим, социально изолированным детям, молодежи и семье.	Канада	Ford-Jones L., 2011
6.	Социальная педиатрия изучает воздействия окружающей среды (в широком смысле слова) на здоровье и развитие детей и подростков и использует междисциплинарный подход, в задачи которого входят, в частности, вопросы профилактики, лечения и реабилитации.	Германия	Schlack H. с соавт., 2009
7.	Социальная педиатрия занимается условиями развития ребенка, его здоровьем и нарушениями в связи с социальными, психологическими (в особенности семейными), биологическими условиями и изменениями окружающей среды; изучает вопрос организации системы охраны здоровья ребенка (включая и препериатальный период), его образование (включая профессиональное обучение), социальной защиты ребенка и его семьи. Как наука социальная педиатрия оказывает содействие решению проблем отдельного ребенка на основе междисциплинарного подхода с использованием спектра междупрофильных методик по вопросам педиатрии, -эпидемиологии, психологии и психологии развития, неврологии и неврологии развития, психиатрии, наркологии и экономики здоровья; как современная область медицины - в границах педиатрической помощи занимается	Украина	Мартынюк В.Ю. с соавт. 2008

продолжение таблицы 3.1.

№	Определение социальной педиатрии	Страна	Автор/год
7.	реабилитацией детей и подростков с долгосрочными нарушениями физического, психического, интеллектуального и социального развития (дети с ограниченными возможностями здоровья).		
8.	Социальная педиатрия – это такой подход к детскому здоровью, который сфокусирован на самом ребенке, в болезни и здравии, с учетом его сообщества, окружающей среды, школы и семьи.	Евросоюз	Spencer N, с соавт. 2005
9.	Социальная и общественная (муниципальная) педиатрия призвана способствовать социальной интеграции, обеспечению прав детей и снижению влияния неблагоприятных условий жизни; обеспечивает поддержку детей и семей групп риска в целях достижения благополучия и оптимального развития детей с соблюдением их прав и интересов. Практическая деятельность основывается на междисциплинарном и межсекторальном взаимодействии.	Канада	G.Julien, 1999
10.	Социальная педиатрия интегрирует клиническую педиатрию с оценкой социальных факторов, влияющих на развитие ребенка, профилактику расстройств и заболеваний, а также укрепление здоровья. Социальные факторы рассматриваются в соответствии с моделью Лалонда, включают как биологические детерминанты, так социально-экономические и культурные условия, окружающую среду, образ жизни и поведения, состояние системы медико-санитарной помощи.	Нидер-ланды	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde/Sectie Sociale en Psychosocial Kindergeneeskunde, 1998
11.	Социальная педиатрия это глобальная, целостная и междисциплинарная стратегия в области охраны здоровья детей. Она рассматривает здоровье ребенка в контексте общества, окружающей среды, школы семьи; интегрирует физические, психические и социальные аспекты здоровья и развития детей; объединяет лечение, профилактику, укрепление здоровья и повышение качества жизни детского населения. Социальная педиатрия действует в трех направлениях: 1) социальные причины нарушений здоровья детей; 2) нарушения здоровья детей с социальными последствиями и 3)организация медицинской помощи детям в обществе; охватывает четыре уровня охраны здоровья детей: клиническую педиатрию, укрепление здоровья, профилактику заболеваний и реабилитацию.	ESSOP (ISSOP)	Lindstrem с соавт., 1995.

продолжение таблицы 3.1.

№	Определение социальной педиатрии	Страна	Автор/год
12.	Социальная педиатрия – важная научная дисциплина, основным объектом изучения которой являются дети, находящиеся в неблагоприятной жизненной ситуации и малоимущие. Одной из задач социальной педиатрии является укрепление связи между профилактической и лечебной педиатрией путем активной работы с семьей и изучения влияния социально-экономических условий.	Греция	E. Petridon, 1992
13.	Современная социальная педиатрия – это вся педиатрия, нацеленная на предупреждение патологии роста и развития ребенка.	Швеция	Б.Линдстрем (цит. По Н.Г.Веселову, 1996)
14.	Социальная педиатрия (или "Охрана здоровья матери и ребенка ») является одной из базовых отраслей педиатрии, вместе с клинической, профилактической и педиатрии развития.	Бразилия	A.Marques, 1986
15.	Главная цель профилактической и социальной педиатрии – найти решение проблем нарушений здоровья младенцев, детей и молодых людей с помощью программ, координирующих все аспекты здоровья и благополучия детского населения. Формулировка "профилактическая и социальная педиатрия" не совсем верна, так как может привести к убеждению, что мы имеем дело с еще одной педиатрической субспециальностью. Однако данная формулировка используется лишь для обозначения профилактических и социальных аспектов педиатрии.	Франция	M. Manciau, с соавт., 1978
16.	Социальная педиатрия это образ мышления и подход к дисциплине<педиатрии>, подход, который может быть использован теми, кто работает с детьми: клиническими педиатрами, специалистами в области профилактической медицины, научными сотрудниками и лицами принимающими решения, организаторами медицинской помощи...Задачи социальной педиатрии заключаются в изучении и охране здоровья ребенка с учетом его «экосистемы».	Велико-британия	J. Fred с соавт.,*1978*
17.	Социальная педиатрия рассматривается как один из пяти разделов педиатрии(профилактический ухода за детьми, клиническая педиатрия, детская хирургия, неонатология и социальная педиатрия), которые должны взаимодействовать для выполнения доктрины: обеспечение полного благополучия ребенка. Профилактическая и социальная педиатрия в наибольшей степени обеспечивают доктринальные аспекты педиатрии. Социальная педиатрия – это работа в команде.	Бразилия	E. Marcondes, 1973

продолжение таблицы 3.1.

№	Определение социальной педиатрии	Страна	Автор/год
18.	Социальная педиатрия учитывает всю историю развития пациента, включая физическую и психическую составляющие его здоровья, а также обеспечивает дальнейшее сопровождение пациента после проведенного медицинского вмешательства.	Ливан	C.WILLIAMS, 1962
19.	Социальная педиатрия возникла на стыке двух специальностей - социальной гигиены и педиатрии. Социальная педиатрия как отрасль (составная часть) педиатрии изучает здоровье детей, комплекс факторов, его определяющих, а также разрабатывает эффективную систему социальной профилактики и оказания медицинской помощи детскому населению. Социальная педиатрия стала развиваться на принципиально новой методической основе: системный и программно-целевой подход в охране материнства и детства.	Россия	Н.Г. Веселов, 1992,1996
20.	Социальная педиатрия как современное направление превентивной медицины, как составная часть педиатрии изучает на популяционном (групповом) уровне здоровье детей, комплекс факторов, его определяющих и, прежде всего, психологические, биологические, культурные и социальные причины возникновения заболевания у детей, а также обосновывает и разрабатывает основы медико-социальной профилактики и реабилитации (прежде всего, в условиях семьи), принципы организации оказания медицинской (в первую очередь, первичной медико-санитарной и социальной) помощи детскому населению.	Россия	В.Ю.Альбицкий, 1994
21.	Социальная педиатрия рассматривает два круга проблем: 1) оптимальная организация управления здравоохранения, в том числе экономики и планирования; 2) влияние социальных факторов на здоровье детей; практика медицинскойпомощи, проведения профилактических мероприятий, взаимоотношений между медиками и общественными организациями, фондами; медицинское образование и воспитание населения.	Россия	Шабалов Н.П., 1996.
22.	Социальная педиатрия – это теория и практика познания, регулирования и реализации медико-социальных потребностей ребенка на различных этапах его разития. Результатом этой направленной деятельности является приобретение индивидом «эталона здоровья», включающего в себя как клинические его характеристики, так и адекватные процессы социализации, позволяющие человеку	Россия	В.И. Орел, Т.И.Стуколова 2003

продолжение таблицы 3.1.

№	Определение социальной педиатрии	Страна	Автор/год
22.	оптимально, без всяких ограничений, осуществлять общественную и, прежде всего, трудовую деятельность. Социальная педиатрия изучает влияние социальной реальности на здоровье человека в период его детства и последствия этого влияния для человека и общества… Объектом социально-педиатрической теории и практики является человек как член социума в единстве его индивидуальных и общественных характеристик, предметом – медико-социальные аспекты здоровья детей, особенности их психо-социального развития, приобретения ими социального статуса, а также методы и способы поддержания достигнутых и восстановления утраченных медицинских и социальных характеристик.		
23.	Трактовка социальной педиатрии подразумевала практически всё то, что стало обозначаться понятием «охрана здоровья» (детей), имея в виду «совокупность мер политического, экономического, правого, социального, научного, медицинского, образовательного, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья.	Россия	Л.П Чичерин, 2006
24.	Социальная педиатрия, интегрируя профилактические и лечебные начала, являясь социальным и организационным направлением педиатрии, изучает здоровье и развитие конкретного ребенка и различных контингентов детей на групповом и популяционном уровнях в связи с условиями и изменениями социальной среды, учетом физических, психических и социальных аспектов здоровья и развития детей, а также разрабатывает мероприятия по сохранению и укреплению здоровья детского населения, оказанию ему медицинской помощи. Приоритетными направлениями деятельности в области социальной педиатрии являются: 1) изучение социальных причин болезней; 2) особое внимание детям, находящимся в трудной жизненной ситуации; 3) медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья; 4) организация медико-социальной помощи детскому населению.	Россия	В.Ю. Альбицкий, 2011

3.4. Контент-анализ определений термина «социальная педиатрия»

В целях обоснования дефиниций термина «социальная педиатрия» был проведен интерпретативный контент-анализ 24 определений (6 отечественных и 18 зарубежных) (табл.3.1.).

Исследуя словосочетание «социальная педиатрия» в отечественных и зарубежных публикациях, мы пришли к выводу, что, если и не существует общепринятого значения этого термина, можно сформировать понятийно-категориальный аппарат термина. Это позволит избегать затруднений в профессиональном общении как внутри страны, так и на международном уровне. Для этого нами был проведен контент-анализ текстов относительно устойчивых смысловых определений.

Разработана матричная таблица контент-анализа, куда были внесены основные категории, зафиксированные в определениях социальной педиатрии, слова и фразы, их обозначающие, проранжированные по частоте их употребления (табл.3.2.).

Для оценки понятийно-категориального аппарата были приглашены эксперты (48 человек), сфера интересов которых – социальные аспекты здравоохранения детского населения.

Экспертам было предложено проранжировать выделенные категории от I до IX по степени их важности для определения понятия «социальная педиатрия» (где I – сама значимая характеристика).

Результаты интерпретативного контент-анализа позволяют сделать заключение о том, что социальная педиатрия предполагает холистический подход к детскому здоровью, что находит отражение в большинстве представленных определений. Опираясь на метафизику Аристотеля («целое больше, чем сумма его частей»), холистическая парадигма предполагает совокупное, глобальное восприятие здоровья детей, а не просто учет тех или иных показателей или характеристик.

Значительное количество дефиниций сосредоточены на комплексе социальных факторов, обусловливающих здоровье детей.

Таблица 3.2.

Ранговая таблица понятийно-категориального аппарата термина «социальная педиатрия» (результаты интерпретативного контент-анализа и экспертных оценок)

Категория	**Слова, словосочетания**	**Ранговое распределение (количество раз, употребляемое в тексте)**	**Ранговое распределение (эксперты – N=48)***
Холистический подход к оценке здоровья	целостный подход; системный; комплексный; совокупность мер; интегрирует; глобальный	I (18)	III
Социальные детерминанты здоровья	социальные факторы; «модель Лалонда»; воздействие среды; экосистема; социальные причины; социальные потребности; социальные реалии; условия; психосоциальные факторы; внешняя среда	II (16)	I
Профилактическая составляющая	профилактика, предупреждение патологии; превентивная медицина; предотвращение	III (15)	IV

Продолжение таблицы 3.2.

Категория	**Слова, словосочетания**	**Ранговое распределение (количество раз, употребляемое в тексте)**	**Ранговое распределение (эксперты – N=48)***
Дети в неблагоприятных условиях жизни/ТЖС	неблагоприятное положение; инвалиды; дети с ограниченными возможностями; дети мигрантов; маргинальные слои; уязвимые группы населения; дети с хроническими заболеваниями; дети, родители которых страдают наркоманией, алкоголизмом; неимущие; социально изолированные; дети групп риска	IV (14)	II
Мультидисципли-нарный подход/ межведомственное взаимодействие	междисциплинарный/ межведомственный; медико-социальная помощь; разносторонняя помощь; междупрофильные методики; работа в команде; привлечение разных специалистов	V (11)	V

Продолжение таблицы 3.2.

Категория	**Слова, словосочетания**	**Ранговое распределение (количество раз, употребляемое в тексте)**	**Ранговое распределение (эксперты – N=48)***
Системный подход (к организации медицинской помощи)	система охраны здоровья; система медико-санитарной помощи; разрабатывает мероприятия; организация помощи	VI (8)	VI
Сохранение здоровья	здоровье; физическое здоровье; психическое здоровье; нарушение здоровья; охрана здоровья; состояние здоровья; управление здоровьем; хронические нарушения здоровья	VII (7)	VIII
Психосоциальная помощь	социально-психологическая помощь; социальная помощь, психологическая помощь	VIII (6)	VII
Права ребенка	«почувствовать себя равным»; обеспечение прав; права детей	IX (5)	IX

*Коэффициент конкордации (W)

Для обозначения социальных детерминант используются различные слова и словосочетания (таб.3.2.): «экосистема», «внешняя среда», «условия жизни», «медико-социальные факторы» и др. В то же время, все определения объединяет попытка включить все возможные причины, влияющие на развитие, рост, здоровье, благополучие и качество жизни ребенка.

Важность профилактической направленности социальной педиатрии находит свое отражении в большинстве определений и отмечена высоким рангом в оценках экспертов.

Особое внимание обращается на детей находящихся в неблагоприятных условиях (трудной жизненной сиуации), а также детей с ограниченными возможностями и инвалидов, имеющих риски нарушения развития или формирования хронической патологии.

Категория «мультидисциплинарный подход/межведомственное взаимодействие» предусматривает объединение специалистов не только медицинского, но и психолого-педагогического профиля, а также всех тех, кто участвует в защите жизни и здоровья детского населения (службы опеки и попечительства, омбудсмены, органы власти и пр.), рассматривается как одна из основных составляющих частей социально-педиатрического подхода к сохранению здоровья.

В большинстве определений социальная педиатрия рассматривается как многоосевая структура, включающая, как различные уровни (глобальный, общественный, индивидуальный), так и различные области (здравоохранение, семья, образование, социальная защита) и сферы (биологическая, физическая, психологическая, экологическая, социальная, коммуникативная) жизни и здоровья детей и подростков. Тем самым определяется системный характер социальной педиатрии. Еще одной важной характеристикой социальной педиатрии является ее организационная составляющая, предполагающая особые формы организации деятельности по охране детского здоровья.

В то же время, подчеркивается, что главная цель социальной педиатрии – это сохранение здоровья детей в контексте биопсихосоциальной модели. Тем самым разграничивается сфера ответственности самой социальной педиатрии и, например, социальной помощи или социальной педагогики.

Оценки экспертов по большинству категорий совпадают с распределением на основании контент-анализа. Тем не менее, следует обратить внимание на следующие отличия. Отечественные эксперты наиболее значимыми характеристиками социальной педиатрии считают социальные детерминанты здоровья и особое внимание к детям из групп социального риска. А по результатам контент-анализа дефиниций и экспликаций термина «социальная педиатрия», большинство из которых – зарубежные, 1-ое ранговое место занимает холистический подход к здоровью. Можно предположить, что в отечественных научных кругах наблюдается «недооценка» социальной педиатрии, которая воспринимается только как особый подход при оказании медицинской помощи в условиях социального неблагополучия ребенка, а не как целостный системный многоуровневый подход к охране здоровья детского населения.

Важно, что социальная педиатрия признается одной из основных составляющих профилактической педиатрии как в результате контент-анализа, так и по оценкам экспертов.

Суммируя вышесказанное в главе, можно констатировать:

1) Наибольшее количество зарубежных статей, зарегистрированных в системе PubMed, зафиксировано с 1970 по 1979гг. Это дает основание считать этот период временем официального становления социальной педиатрии как направления науки и практики за рубежом.

2) Следует говорить о двух сферах социальной педиатрии: 1) социальной педиатрии как системы общественной охраны здоровья детского населения; 2) социальной педиатрии как утилитарной стратегии практической помощи в первичном звене общественного здравоохранения.

3) В результате проведенного **контент-анализа** показано, что в настоящее время существуют общие основания для **определения социальной педиатрии.**

Разработан категориальный аппарат понятия, в который вошли следующие характеристики социальной педиатрии: *холистический подход к охране здоровья*; *социальные детерминанты здоровья детей*; *профилактическая составляющая*; *дети в неблагоприятных условиях жизни/трудной жизненной ситуации; мультидисциплинарный подход/межведомственное взаимодействие*; *системный подход (к организации медицинской помощи); сохранение здоровья; психосоциальная помощь; права ребенка.*

Существенно, что *профилактическая составляющая признается одной из важных характеристик социальной педиатрии* как в результате контент-анализа, так и по оценкам экспертов.

На основании сформированного категориального аппарата предложено собственное определение: **социальная педиатрия - современная концепция целостного подхода к сохранению здоровья и улучшению качества жизни детей, подвергающихся неблагоприятным социальным факторам или имеющих потенциальный риск такого воздействия, реализующая комплексные профилактические мероприятия мультипрофессиональной направленности (медицинские, социальные, психологические и правовые) на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.**

ГЛАВА 4
НАУКОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Для достижения цели и задачи исследования - определение сфер и направлений научного развития социальной педиатрии - проведен наукометрический анализ диссертационных исследований. В анализ включались диссертации по специальности 14.02.03. «Общественное здоровье и здравоохранение». Обусловлено это тем, научной работе по вопросам социальной педиатрии в соответствии с паспортом научных специальностей ВАК РФ присваивается, как правило, шифр указанной специальности.

4.1. Количественный наукометрический анализ диссертационных исследований

Объектами изучения являлись диссертации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» за период с 1991 по 2012 гг., посвященные проблемам детского населения.

В результате обработки общего информационного пула диссертаций по изучаемой тематике (4194 единиц информации), выборка исследования составила 621 ед. инф. (14,8% всех диссертаций по изучаемой специальности) (рис.4.1.).

Соотношение исследований, касающихся аспектов общественного здоровья и здравоохранения детского населения, к общему пулу диссертационных работ по этой специальности колеблется от минимального значения 8,7% в 1996г. до максимального (18,5%) в 2006 г. (рис.4.2.).

Однако, следует учитывать при интерпретации полученных результатов, что для выполнения диссертационной работы требуется как минимум 3 года, для докторского этого срока еще больше. С учетом этого,

научные работы, защищенные в определенный год, должны были выполняться в течение 3-х и более лет до этого.



Рис.4.1. Доля диссертационных исследований по проблемам детского населения (научная специальность «общественное здоровье и здравоохранение»

Динамика количества диссертационных исследований по проблемам детского населения представлена на рис.4.3. и в целом характеризуется как положительная (при моделировании тренда установлен высокий коэффициент аппроксимации R^2=0,917).

Проведенный анализ позволил зафиксировать несколько значительных «зон роста». В конце 90-х годов, во времена выхода из кризиса науки после политических и экономических преобразований 1991 года, это происходило ежегодно: в 1996 г. – на 42,9%, в 1997 г. – на 30%, в 1998г. – на 92,3% и в 1999 г. - на 40% по сравнению с предыдущим годом ($p<0,05$). Увеличение числа диссертаций в XXI веке уже не было столь внушительным, зафиксировано в 2005 г. (на 27,3%) и в 2006 г. (на 23,8%) по сравнению с

предыдущим годом ($p<0,05$). Периоды относительной стабильности в количестве исследований в детском общественном здоровье и здравоохранении зафиксированы с 1999 по 2004гг. и с 2007 по 2012 гг. За изучаемый период значительное снижение количества научных исследований по специальности 14.00.33. в области детства наблюдалось в 2007 году (на 23,1%), однако в большей степени это объясняется увеличением числа диссертаций в 2006 г., после которого в 2007 г. произошел возврат к показателям 2005 года.

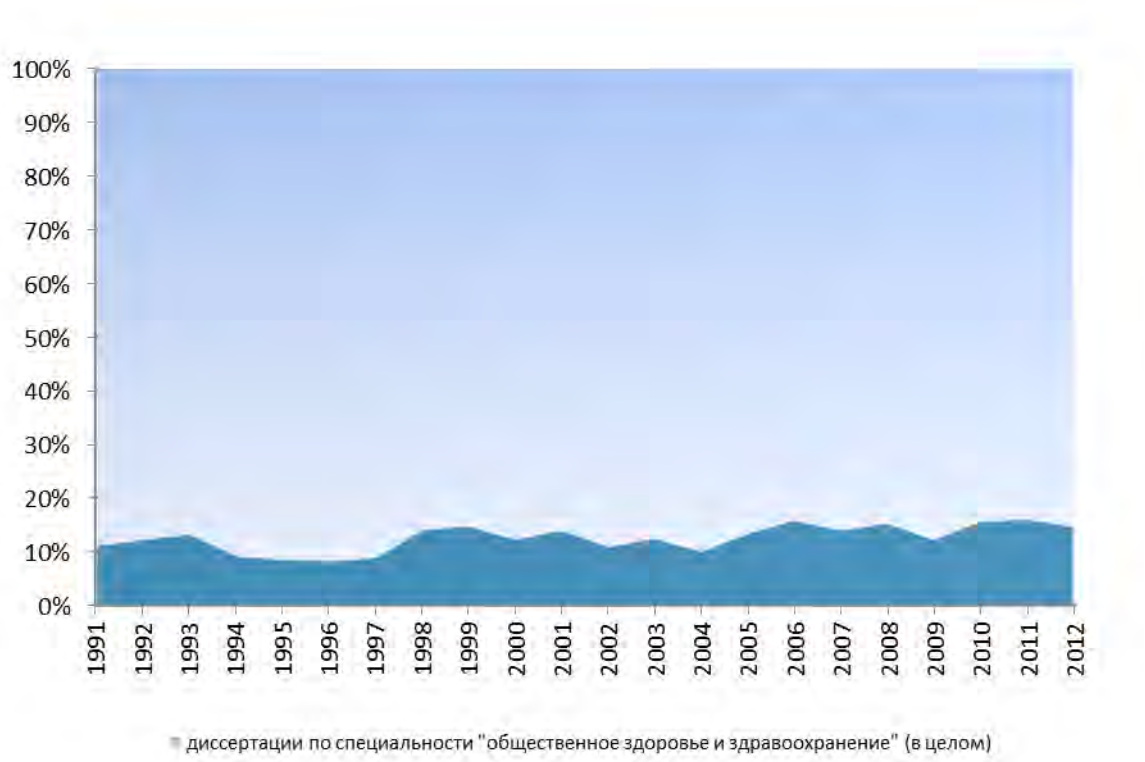


Рис.4.2. Соотношение количества диссертаций по проблемам детского населения к общему пулу диссертационных работ, выполненных по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», за период 1991-2012 гг.

В 90-е годы были защищены только единичные докторские диссертации по изучаемой тематике, соответственно концептуальные исследования в этот период практически не проводились, а кандидатские

диссертационные работы в большинстве своем носили узконаправленный научно-практический характер.

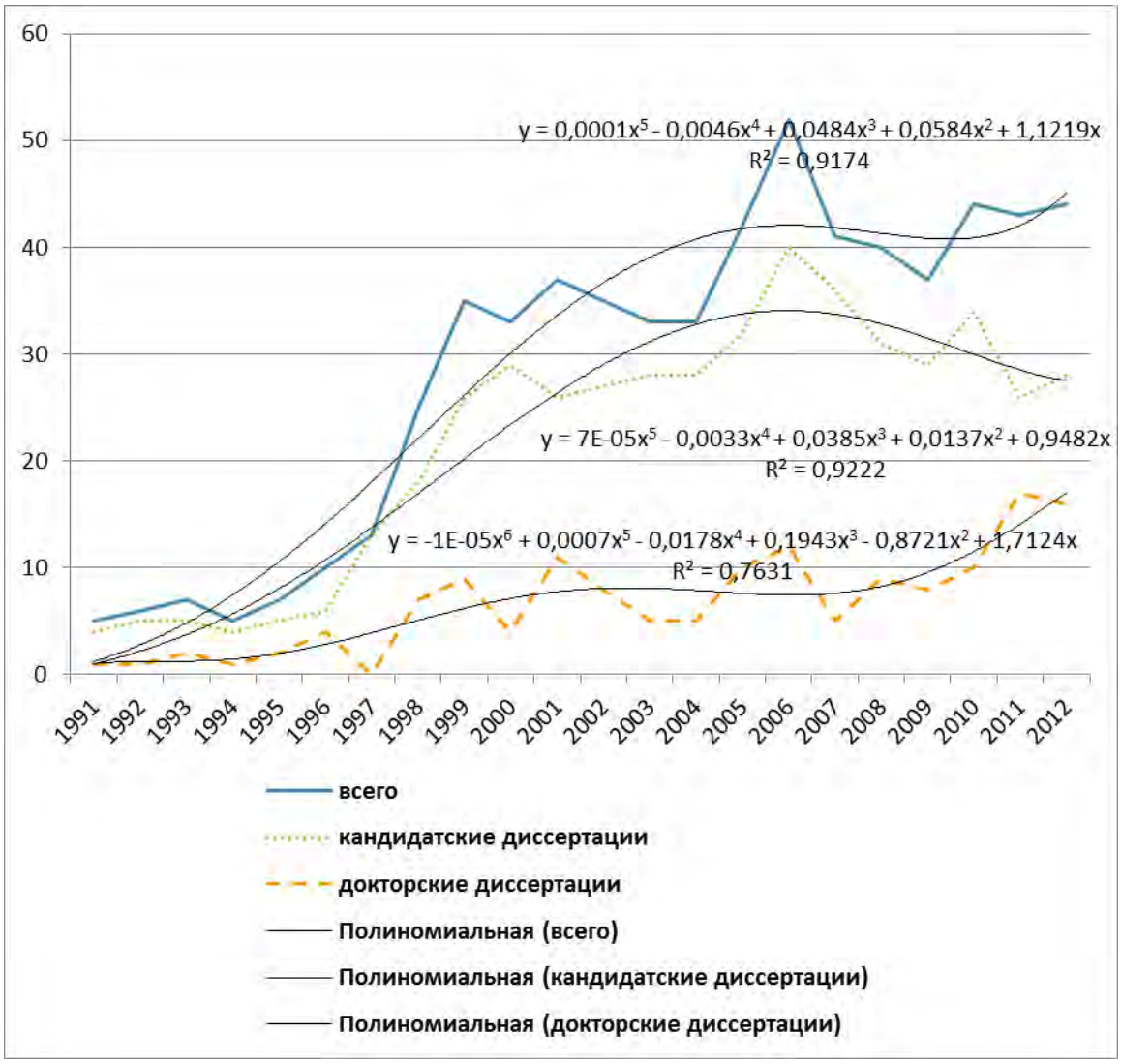


Рис. 4.3. Динамика количества докторских и кандидатских диссертаций, защищенных по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» детского населения за период 1991-2012 гг.

На рисунке 4.4. представлено соотношение количества докторских диссертаций и всех диссертационных работ по изучаемой тематике.

После 1998 г. наблюдалась волнообразная, но в целом положительная динамика доли докторских диссертаций, достигающая максимальной величины (42,5%) в 2011 году. Минимальное соотношение количества

докторских и всех диссертаций по общественному здоровью и здравоохранению детского населения зафиксировано в 1997, 2000 и 2007 гг.

Представленные данные по количеству диссертационных исследований могут быть интерпретированы с позиции изменений в общественно-политическом строе, экономических преобразований и развития социальной политики в стране. Действительно, период крайне малого числа научных исследований (1991-1994 гг.) совпадает с прекращением существования СССР. В течение нескольких лет происходило становление новой российской науки, сопровождающееся ростом количества диссертационных работ.



Рис.4.4. Соотношение количества докторских и всех диссертационных работ по проблемам детского населения, выполненных по специальности «общественное здоровье и здравоохранение», за период 1991-2012 гг.

В заключение представленного анализа диссертаций в области общественного здоровья и здравоохранения детского населения можно

сделать вывод об их недостаточном количестве по сравнению с общим пулом диссертационных исследований по этой специальности, несмотря на декларируемый приоритет детского здоровья и здравоохранения и особые потребности детского населения.

4.2. Контент-анализ диссертационных исследований

Для контент-анализа диссертационных исследований применялась модификация метода Клауса Крипендорфа [276,277], отличающаяся от классического метода Бернарда Берелсона следующими особенностями: большим вниманием к влиянию исследовательских представлений (интерпретаций) на выбор дискурсивных единиц, способов их подсчета и получаемые результаты, т.е. количественный классический контент-анализ сочетался с его современной модифицированной версией - интерпретативным контент-анализом [92,276].

Одним из главных этапов в контент-анализе является определение цели исследования, т.е. на какой вопрос необходимо получить ответ. Из этого проистекает другая важная задача: выбрать категории анализа таким образом, чтобы они определяли информацию, необходимую для достижения целей исследования.

В нашем исследовании в соответствии с поставленными задачами были разработаны категории контент-анализа и распределены по следующим осям:

ось I «Основная проблема исследования»;

ось II «Локализация исследования»;

ось III «Изучаемые возрастные группы»;

ось IV «Распределение исследований по полу изучаемого контингента (гендерное распределение)»;

ось V «Изучаемый контингент»;

ось VI «Дополнительная научная специальность работы»

В таблице 4.1. представлены категории и подкатегории наиболее сложной для классификации оси I «основная проблема исследования»,

разработанные диссертантом и согласованные с тремя приглашенными экспертами – профессорами, докторами медицинских наук, специалистами в области общественного здоровья и здравоохранения.

Дискуссию среди экспертов вызвала категория IX «факторы, влияющие на здоровье», так как во многих других категориях («организация медицинской помощи», «состояние здоровья» и др.) также уделяется внимание детерминантам здоровья. Поэтому, необходимо пояснить, IX-ая категория включала только те работы, в которых основным объектом изучения являлся конкретный фактор.

Еще одним сложным вопросом было рассмотрение работ по употреблению психоактивных веществ. После обсуждения исследований по указанной теме было принято решение отнести их к подкатегории профилактической педиатрии, так как именно профилактика употребления психоактивных веществ детьми и подростками являлась основным посылом таких диссертаций.

В таблице 4.2. представлены результаты контент-анализа по оси I «Основная проблема исследования».

Таблица 4.1.

Классификация категорий и подкатегорий тем диссертаций по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (для контент-анализа по модулю «основная проблема исследования»)

№	Категория	Подкатегории
I.	Организация медицинской помощи детскому населению	-различным контингентам детского населения; -определенной медицинской организацией; -система охраны детства в целом; -при определенных состояниях/заболеваниях/классах болезней

Продолжение таблицы 4.1.

№	Категория	Подкатегории
II.	Инновационные технологии	-новые медицинские технологии; -медицинское страхование; -качество жизни; -клинико-экономический анализ и другие методы оценки мед. технологий
III.	Профилактическая педиатрия	-для всего детского населения; -для отдельных контингентов; -профилактика употребления ПАВ
IV.	Состояние здоровья детского населения	-комплексная оценка; -медико-социальная (социально-гигиеническая) характеристика; -репродуктивное здоровье
V.	Заболеваемость	-отдельных контингентов детского населения; -отдельные состояния/болезни/классы болезней; -всего детского населения
VI.	Инвалидность	-отдельных контингентов детского населения; -отдельные состояния/болезни/классы болезней; - всего детского населения
VII.	Смертность	младенческая; перинатальная; детская; подростковая; при определенных состояниях/ болезнях/классах болезней

Продолжение таблицы 4.1.

№	Категория	Подкатегории
VIII.	Формирование здоровья, здорового образа жизни	-отдельных контингентов детского населения; -всего детского населения
IX.	Факторы, влияющие на здоровье	-природные; техногенные; социальные; биологические
X.	Реабилитация, санаторно-курортное и восстановительное лечение	-оздоровительные мероприятия для отдельных контингентов детей и подростков; -реабилитация и восстановительное лечение при определенных состояниях/заболеваниях/классах болезней; для детского населения в целом
XI.	Изучение нарушений здоровья	-отдельных состояний/заболеваний; -классов болезней
XII.	Подготовка кадров в сфере оказания медицинской помощи детям	- до- и постдипломное врачебное образование -обучение и тренинги среднего мед. персонала; - подготовка немедицинских кадров для работы в медицинских организациях
XIII.	Этические и правовые аспекты	
XIV.	ПРОЧИЕ	

На рис. 4.5. наглядно представлены 3 ведущих вектора диссертационных исследований по проблемам общественного здоровья и здравоохранения детского населения. За весь изучаемый период

преобладающим направлением неизменно являются организационное (категория I). Кроме того, определяются векторы, но не столь выраженные, научных исследований по категориям IV («Состояние здоровья детского населения»), III («Профилактическая педиатрия») и XI «Изучение конкретных нарушений здоровья».

Таблица 4.2.

Распределение категорий оси I «основная проблема исследования» по данным контент-анализа названий диссертаций с 1991 -2012 гг.

Ранг	Категория	%	Ранг	Категория	%
1	I	27,2	8	XII	4,2
2	IV	16,7	9	VIII	4,1
3	III	12,2	10	II	3,2
4	XI	10,8	11	VI	3,1
5	IX	6,4	12	XIII	1,5
6	X	4,8	13	XII	0,6
7	VII	4,6	14	XIV	0,6

Стоит заметить, что диссертационные исследования по категориям модуля «Основная проблема исследования», занявшие три первых ранга, составляют более половины (56,2%) всех работ по общественному здоровью и здравоохранению детского населения. Таким образом, можно говорить о трех ведущих направлениях современной науки в области детского здоровья и здравоохранения: 1) организация медицинской помощи; 2) состояние здоровья детского населения; 3) профилактика.

Среди диссертационных исследований по категории I «Основная проблема исследования» 41,8% освещают проблемы оказания медицинской помощи детям теми или иными медицинскими организациями и

учреждениями, 27% изучают организацию медицинской помощи при определенных состояниях/ заболеваниях /классах болезней, а 17% - определенным контингентам детского населения (детям-инвалидам, подросткам и др.). Системе охраны детства в целом посвящены 14,2% исследований (рис.4.6.).

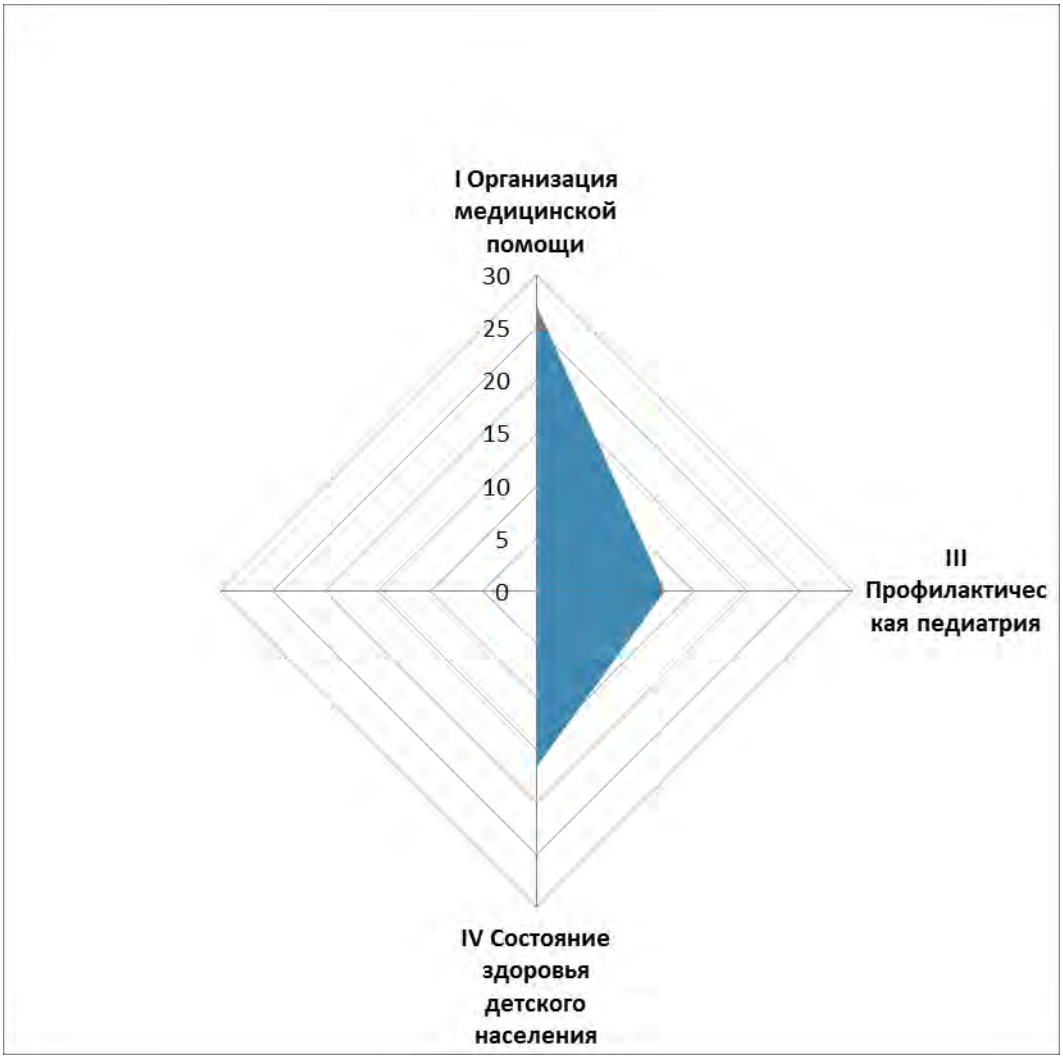


Рис.4.5. Ведущие векторы научных исследований в области общественного здоровья и здравоохранения детского населения

Второе по популярности направление исследований - изучение состояния здоровья (категория IV). Было выявлено, что характерной особенностью для исследований 90-х годов является проблема репродуктивного здоровья подрастающего поколения, причем в середине

2000-х количество таких работ достигает своего пика и, после некоторого спада, продолжает привлекать интерес ученых и практиков. Доля научны исследований состояния репродуктивного здоровья детского населения составляет 20,4%. Столь высокая заинтересованность исследователей в этом вопросе может быть обусловлена сложной демографической ситуацией в стране и является ответом на социальный заказ, сформированный обществом.



Рис.4.6. Структура тематики диссертационных работ по категории I «Организация медицинской помощи детскому населению» (%)

Профилактическая педиатрия (категория III) оказалась достаточно актуальной для исследователей, что позволило этой категории утвердиться на третьем месте. Работы по изучению возможностей предупреждения употребления психоактивных веществ детьми и подростками составило 15,9% всех профилактических исследований.

Четвертое ранговое место заняли диссертационные работы по изучению определенных состояний/заболеваний/классов болезней

(распространенность, предрасполагающие факторы, оказание помощи, профилактика) – категория V. На долю исследований заболеваний, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции приходится 30,4% таких работ.

Отдельные факторы, влияющие на здоровье детского населения (категория IX), продолжают находиться в поле внимания ученых, и, по количеству работ, посвященных этой теме, располагаются на пятом месте. Что касается непосредственно самих факторов, то они, в основном, представлены биологическими (заболевание матери, грудное вскармливание и др.), техногенными(вредные производства и др.) и социальными (развод родителей и т.п.). Среди новейших факторов, влияющих на здоровье детей, рассмотрены вспомогательные репродуктивные технологии (ЭКО).

Такое важное направление общественного здоровья и здравоохранения, как «реабилитация, санаторно-курортное и восстановительное лечение» (категория X) находится в первой половине «рейтинга» оси I – на шестом месте.

Внимание к вышеуказанной теме не ослабевало даже в середине 90-х гг.: выполнялись научные исследования по проблемам санаторно-курортного и восстановительного лечения, обозначавшие необходимость и востребованность этого звена здравоохранения, несмотря на серьезный провал всей системы оздоровительного лечения в те годы. Хотя общее количество диссертаций по X-й категории не столь велико, чтобы делать обоснованные выводы, полученные данные свидетельствуют о преобладании работ по реабилитации детей с заболеваниями ЦНС (ДЦП, перинатальное поражение ЦНС и т.п.).

Исследования смертности детского населения (категория VII) составили 4,6% всех диссертаций по проблемам детского здоровья и здравоохранения. Характерной особенностью этого направления является устойчивое на протяжении всего изучаемого периода внимание к младенческой смертности, как важнейшему показателю состояния системы

здравоохранения и общества в целом. Около половины всех диссертаций VII-й категории (45,8%) посвящены различным аспектам младенческой смертности. Проблемы сложной демографической ситуации в стране нашли свое отражение в 29,2% диссертаций по перинатальной смертности.

К вопросам инвалидности детского населения обращены 4,2% исследований.

С 2000 года активизируется изучение формирования здоровья и здорового образа жизни у детей (4,1%).

Среди инновационных технологий преобладают исследования качества жизни. В изучаемой выборке это понятие впервые использовалось в 2004 году, но являлось лишь вспомогательной методикой в изучении состояния здоровья детей с врожденными пороками развития. Защита в 2008 г. концептуальной докторской диссертации (И.Винярская, 2008) и ряда кандидатских диссертационных исследований вывело показатель качества жизни детей на новый уровень: обосновано его применение как критерия оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий. В 2010 году зафиксирована первая работа, рассматривающая клинико-экономические аспекты детского общественного здоровья и здравоохранения.

Небольшое количество работ (1,4%) посвящены этическим и правовым аспектам детского здоровья и здравоохранения.

Констатация того факта, что по категории XIII «подготовка кадров в сфере оказания медицинской помощи детям» зафиксировано минимальное количество диссертационных исследований (0,6%), преимущественно по проблемам обучения среднего медицинского персонала, вызывает обеспокоенность по поводу отсутствия адекватной научной поддержки процесса становления квалифицированных специалистов, обеспечивающих охрану здоровья и здравоохранение детского населения.

В процессе анализа полученных данных был сделан вывод, что в большинстве работ (59,2%) представлены результаты исследований в той или

иной области Российской Федерации (Ивановская и др.), крае (Красноярский и др.), республике (Башкортостан и др.), географическом образовании (Кольский Север и др.) и, как правило, для обозначения подобной локализации исследования используется словосочетание «региональные особенности». Только в 4% диссертаций изучены проблемы детского здоровья и здравоохранения в сельской местности. Городские аспекты рассмотрены в 36% диссертаций.

Комплексные исследования, охватывающие Российскую Федерацию в целом, представлены единичными работами (1,8%). Однако, и в этих диссертационных работах в целом по стране анализируются данные статистической отчетности (что также является важным для эффективной системы здравоохранения), а собственные исследования ограничиваются каким-либо регионом.

С одной стороны, малое количество комплексных многоцентровых исследований можно объяснить объективными причинами: различие характеристик регионов, таких, как численность населения, национальный состав, социально-экономический статус, размеры территорий, что требует тщательного исследования изучаемой ситуации с учетом всех присутствующих факторов. Тем не менее, было выявлено большое количество работ, посвященных одной и той же проблеме, выполняемых, в целом, по одному методологическому плану, но отличающихся локализацией исследования. Включение общего алгоритма в такие диссертации и формирование системы их учета позволили бы впоследствии сопоставить полученные результаты и получить более полную картину здоровья детей и здравоохранения в стране.

В целях оптимизации научного знания представляется целесообразным создание федеральных центров, регламентирующих проведение приоритетных национальных исследований в области здоровья детского населения и охраны их здоровья. Подобные структуры существуют,

например, в США, где проведение важных для страны научных исследований регулируется на федеральном уровне.

В результате контент-анализа по оси III «изучаемая возрастная группа» были получены следующие данные (рис.4.7.): больше половины исследований (52,7%) были проведены в отношении всего детского населения, независимо от возраста. Перинатальный период рассматривается в 8% работ. К проблемам школьного возраста обращаются 7% исследователей.

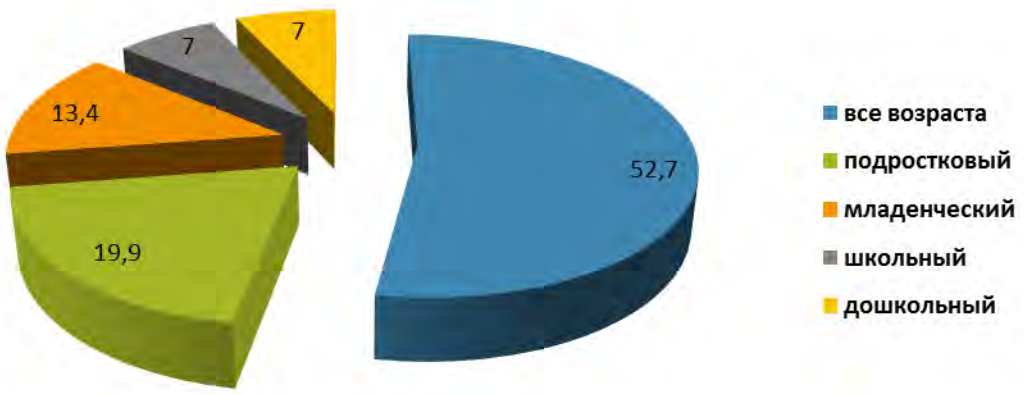


Рис.4.7. Распределение категорий оси III «Изучаемая возрастная группа» по данным контент-анализа (%)

Интересно, что самой исследуемой возрастной группой оказалась подростковая (19,9% всех исследований). Можно предложить несколько объяснений этого факта: актуальность проблем подростков, методологические предпосылки (упрощение процедуры сбора информации: подростки в состоянии предоставлять более полные данные о себе, чем их младшие сверстники), призывной период (подразумевающий тщательное ведение медицинской документации, которая может быть использована как качественный источник информации для исследования). Последнее предположение нашло свое подтверждение при проведении контент-анализа

по оси V «изучаемый контингент»: было зафиксировано 17 исследований состояния здоровья призывников.

В диссертациях с 1991 по 2012 гг. по специальности 14.02.03. изучение особенностей перинатального периода было зафиксировано в 1999г. в исследовании, посвященном организации перинатальных центров. В последующие годы такие работы появляются ежегодно, что является ответом на вызовы современности и нужды здравоохранения: повышать качество и эффективность перинатальных мероприятий.

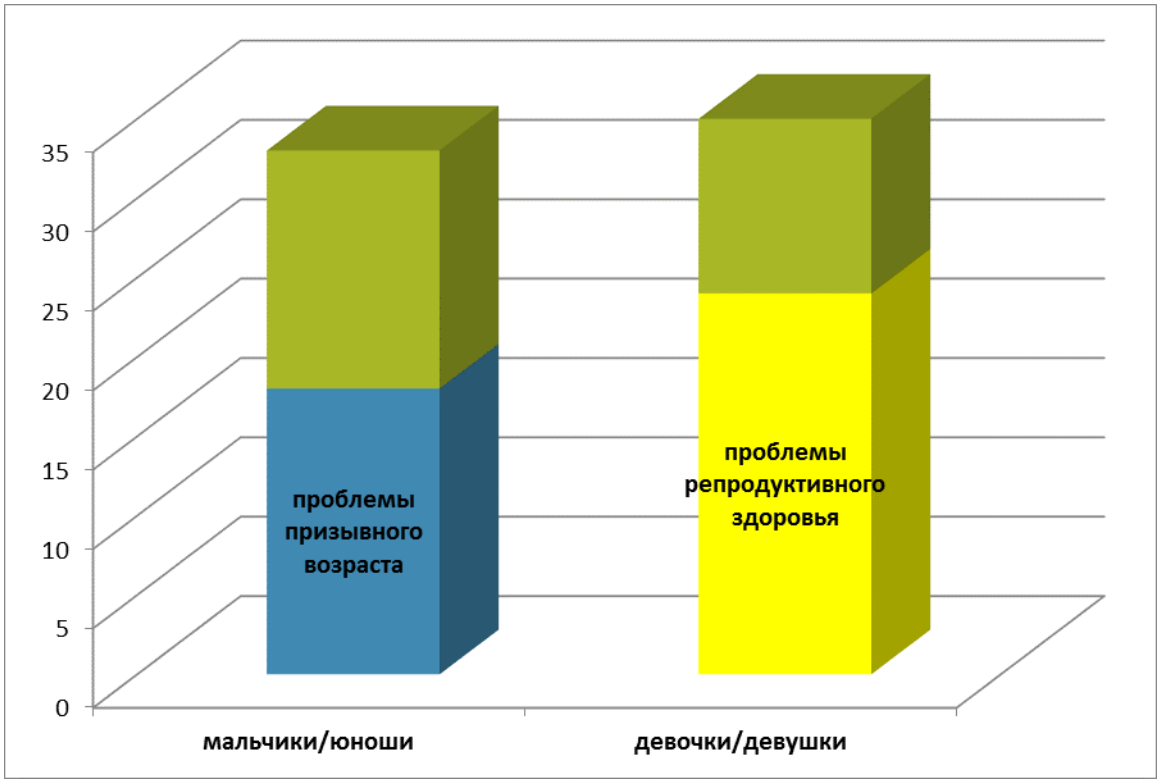


Рис. 4.8. Превалирующие проблемы здоровья и здравоохранения детского населения в зависимости от гендера объекта исследований

Диссертации, объектом изучения которых является период младенчества, в большинстве своем (24 из 28) раскрывают проблемы младенческой смертности.

По оси IV “Распределение исследований по полу изучаемого контингента (гендерное распределение)” было выявлено, что в 89,7% диссертаций детское население рассматривается вне зависимости от пола.

Изучению аспектов здоровья девочек и девушек посвящены 5,7% научных работ, причем основной акцент (больше половины исследований) приходится на репродуктивное здоровье (68,6% работ).

Особенности здоровья и здравоохранения мальчиков и юношей представлены в 4,6% исследований, среди них проблемы призывного периода освещаются в 54,5% (рис.4.8.). Таким образом, зафиксированы превалирующие направления исследований в зависимости от пола изучаемого контингента.

Распределение исследований по оси V “изучаемые контингенты” показано на рисунке 4.9.

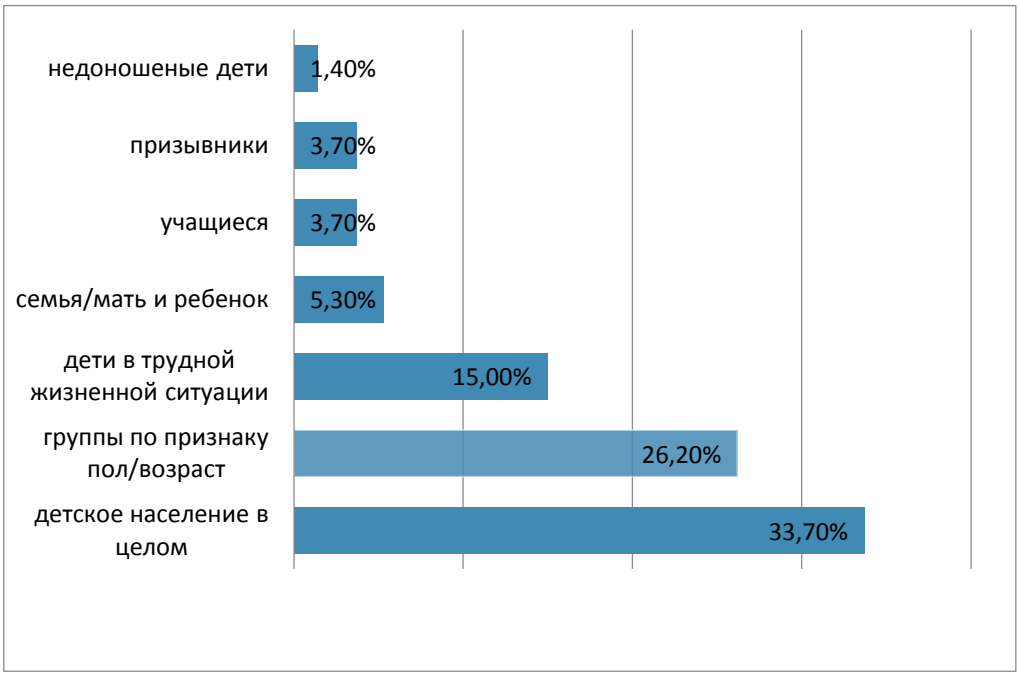


Рис.4.9. Распределение категорий оси V «Изучаемые контингенты» в диссертационных исследованиях (%).

Примерно в одной трети работ (33,7%) объектом исследования является детское население в целом, независимо от пола, возраста или других

характеристик. Около четверти (26,2%) исследований изучают ту или иную возрастную и/или гендерную группу детского населения. Дети в трудной жизненной ситуации в качестве объекта исследования были заявлены в 15% диссертаций. Проблемы семьи (матери) и ребенка как «единое целое» изучены в 5,3% работ.

Более подробно характеристики контингента детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, исследуемые в диссертациях, будут рассмотрены в параграфе 4.4 настоящей главы.

Контент-анализ междисциплинарных связей (ось VI “Дополнительная медицинская специальность”) выявил их наличие в 151 исследовании (24,3%). Из них наибольшее количество связей – со специальностью «Педиатрия» (16,2%). Проблемы неразрывности здоровья матери и ребенка обсуждались в 3,8% диссертаций, выполненных по специальности «Акушерство и гинекология». Гигиенические аспекты рассматривались в 3,4% диссертациях по специальности «Гигиена».

Существенных изменений по распределению диссертационных исследований по категориям за период 1991-2012 гг. выявлено не было. В частности, появлялись исследования новых организационных форм (реабилитационных, перинатальных центров), при этом организационная тематика оставалась преобладающей на всем периоде. По оси V (изучаемый контингент) зафиксированы работы по детским контингентам, появившимся в связи с социально-экономическими изменениями в стране (дети мигрантов, дети из бедных семей и др.), но на протяжении всего периода дети и подростки, которых теперь принято называть находящимися в трудной жизненной ситуации, вызывали устойчивый интерес исследователей.

В заключение можно подвести следующие итоги:

1. Организационная тематика является превалирующей среди проблем, поставленных в диссертационных исследованиях по общественному здоровью и здравоохранению детского населения. Состояние

здоровья различных контингентов детского населения и профилактические аспекты также являются приоритетными направлениями диссертационных работ.

2. Доля диссертационных исследований проблем детского населения среди всех работ по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» за период 1991-2012 гг. составляет 14,8%. С учетом того, что приоритетным направлением государственной политики является охрана здоровья и оптимизация здравоохранения детского населения, количество научных исследований в этой области следует признать недостаточным.

3. Организационная тематика является превалирующей (27,2%) среди проблем, поставленных в диссертационных исследованиях по общественному здоровью и здравоохранению детского населения. Состояние здоровья различных контингентов детского населения (16,8%) и профилактические аспекты также являются приоритетными направлениями диссертационных работ (12,2%).

4. Региональный характер исследований представлен в большинстве диссертаций (98,2%). В целях оптимизации научного знания представляется целесообразным создание федеральных центров, регламентирующих проведение приоритетных национальных исследований в области здоровья детского населения и охраны их здоровья.

5. Аспектам призывного возраста посвящены 54,5% диссертаций, объектом исследования которых были мальчики/юноши, а в тех работах, где объект исследования – девочки/девушки, превалирующим направлением является изучение проблем репродуктивного здоровья (68,6%).

6. В диссертациях по проблемам общественного здоровья и здравоохранения среди всех возрастных групп детского населения преобладают исследования подростков (19,9%).

7. Исследованиям контингента детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, посвящено 15% диссертаций.

8. Традиционно стойкие междисциплинарные связи диссертационных исследований по проблемам общественного здоровья и здравоохранения детского населения обнаруживаются со специальностями «Педиатрия» (в 16,2% работ), «Акушерство и гинекология» (3,8%) и «Гигиена» (3,4%).

4.3. Социальная педиатрия как объект и предмет диссертационных исследований

Основываясь на представленном в главе 3 понятийно-категориальном аппарате, были выделены 4 основных блока вопросов социальной педиатрии в научных исследованиях: 1) изучение социальных детерминант здоровья детского населения; 2) здоровье детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; 3) организация медико-социальной помощи детскому населению, включающей межведомственное/мультидисциплинарное сопровождение и психосоциальную составляющую; 4) права ребенка.

В соответствии с представленными определениями, был проведен контент-анализ диссертаций по общественному здоровью и здравоохранению детского населения (1991-2012 гг.) с целью определить, какие проблемы и вопросы социальной педиатрии и насколько широко раскрывались в научных исследованиях.

Изучение социальных детерминант нарушений здоровья наиболее широко представлены в указанных (рис.4.10.) категориях оси I «Основная проблема исследования» и IV «Состояние здоровья детского населения».

Как уже было указано в предшествующей главе, социальная педиатрия может рассматриваться как важная составляющая профилактической педиатрии, что находит свое отражение в значительном количестве работ по изучению социальных детерминант, отнесенных к оси III «Профилактическая педиатрия».

Зафиксированы основные ключевые словосочетания, определяющие изучение социальных факторов, влияющих на здоровье детского населения, в

диссертационных исследованиях: «социально-гигиеническ* исследование/ характеристика/аспекты»; «медико-социальн* исследование/ характеристика /аспекты»; «клинико-социальн* исследование/аспекты»; «социально-*» (где * означает любую букву или набор букв).

Контент-анализ информационного пула выявил, что указанные словосочетания присутствуют в 35,9% диссертаций, причем преобладают словосочетания, содержащие слова «медико-социальн*» (20,8%). Определение «социально-гигиеническ*» встречалось в 9,3% работах.

Далее нами рассмотрены работы, в которых изучаются состояние, охрана и укрепление здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Научное обоснование необходимости выделения в особую группу контингента детей из семей высокого социального риска было представлено еще на излете существования Советского Союза [30,66]. Наиболее часто встречавшимися словосочетаниями, обозначающими детей, нуждающихся в особом внимании, являлись: «дети из семей медико-социального/социального риска»; «дети группы риска»; «дети из социопатических семей».

Современный термин «дети в трудной жизненной ситуации», если руководствоваться ст.1 Федерального закона РФ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации", включает более широкий контингент детского населения, чем понятие «семьи/дети группы риска». Однако термин «дети в трудной жизненной ситуации» еще не приобрел широкого распространения, используется в единичных научных исследованиях.

Таким образом, в статье Закона исчерпывающе обозначены все возможные уязвимые контингенты детского населения. Единственным дополнением может быть контингент детей, у которого определяется **риск** формирования трудной жизненной ситуации.

Анализ особенностей формирования и состояния здоровья уязвимых контингентов детского населения, разработка моделей оказания им эффективной медико-социальной помощи является актуальной задачей науки

и практического здравоохранения. Однако выясняется, что для оценки потребностей детского контингента в медико-социальной помощи важным является не столько характер психотравмирующей ситуации, сколько степень выраженности ее отрицательного воздействия на жизнь и здоровье ребенка.

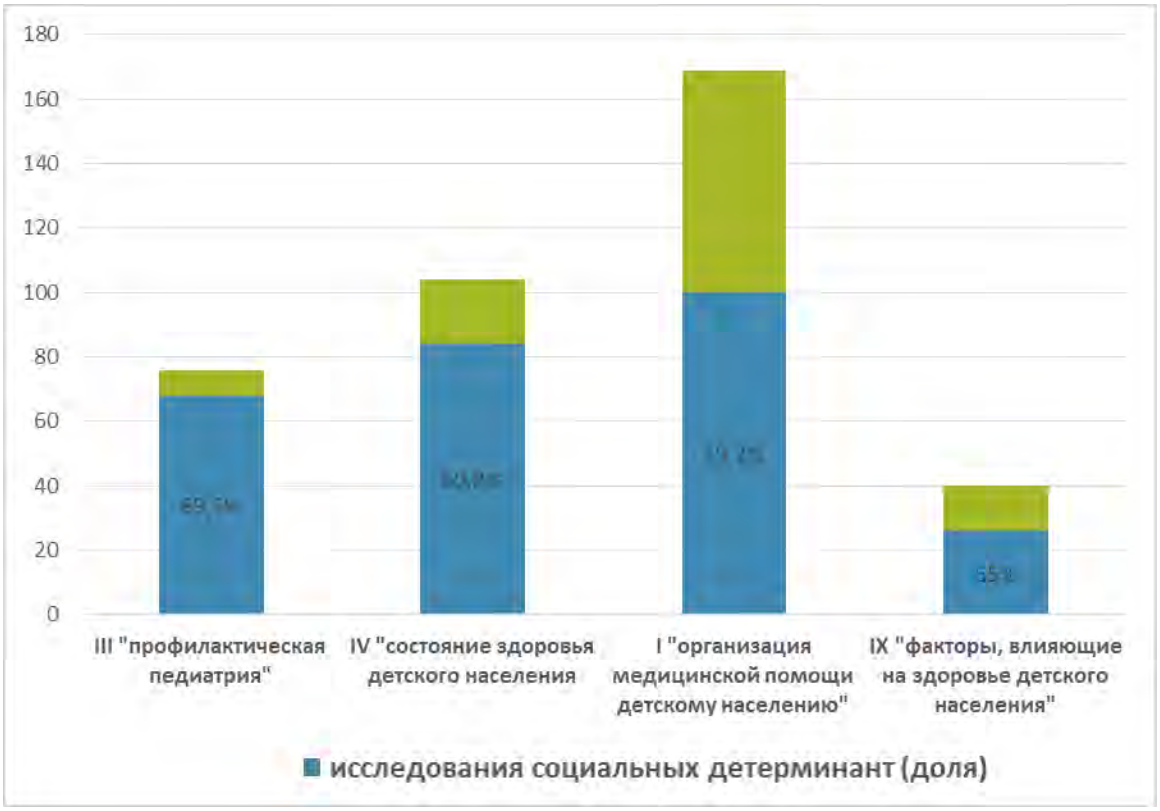


Рис.4.10. Распределение исследований социальных детерминант здоровья детского населения в диссертационных исследованиях по специальности «общественное здоровье и здравоохранение»

Для определения векторов диссертационных исследований контингента детей в трудной жизненной ситуации были предложены следующие определения:

- «дети из семей медико-социального риска», если научная работа сосредотачивает свое внимание на факторах социального риска семьи (употребление ПАВ родителями, их асоциальный образ

жизни, бедность, миграция, ненадлежащее исполнение родительских обязанностей и др.);

- «дети группы риска», если в диссертационных исследованиях рассматривается контингент детей и подростков, обнаруживающие признаки социального неблагополучия: девиантное поведение, правонарушения, употребление ПАВ, безнадзорность и беспризорность.

Такие уязвимые группы детского населения, как дети-инвалиды, дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, не включаются в представленные выше термины, так как являются отдельными самостоятельными объектами диссертационных исследований. Этому есть объяснение: дети-инвалиды и дети-сироты (оставшиеся без попечения родителей) представляют специальные контингенты, определяющие особую инфраструктуру учреждений, где им оказываются различные виды медико-социальной помощи (реабилитационные центры для детей-инвалидов; дома ребенка; дома-интернаты и т.п.).

Что касается диссертаций, в названии которых используется словосочетание «дети в трудной жизненной ситуации», то анализ их контента выявил следующее: объектом исследования были несколько категорий неблагополучного детского населения, но весь контингент уязвимых детей ни в одной работе не рассматривался (т.е. контингент исследований можно интерпретировать как «дети/подростки группы риска»).

В результате, структура контингента детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в диссертационных исследованиях определена следующим образом:

- дети-сироты и оставшиеся без попечения родителей;
- дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями;
- дети из семей группы риска;
- дети группы риска.

Проведение интерпретативного контент-анализа информационного пула диссертаций по проблемам общественного здоровья и здравоохранения детского населения зафиксировал 15% исследований различных контингентов детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В структуре исследуемого контингента преобладающими были работы в отношении детей-инвалидов – 34,4% и детей-сирот (оставшихся без попечения родителей) – 30,1% (рис.4.11.).

Исследования детей из семей группы социального риска представлены как работами, изучающими этот контингент в целом («неблагополучные семьи»; «семьи медико-социального риска» и др.), так и посвященными определенным социальным проблемам семьи (семьи с отцом-алкоголиком, мигранты, вынужденные переселенцы, бедные, многодетные, безработные и др.). Диссертации, объектом исследования которых являются дети «группы риска», сосредоточены на девиантном и/или саморазрушающем поведении.

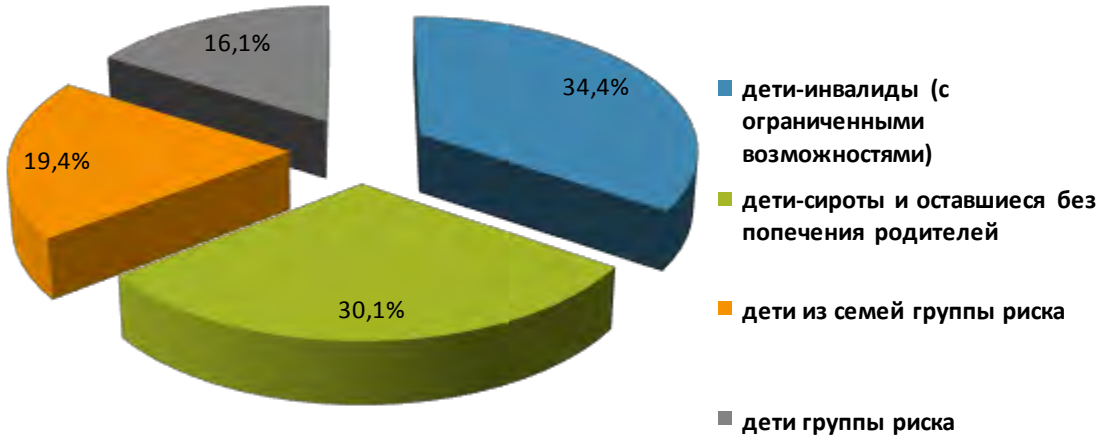


рис.4.11. Структура изучаемого контингента детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в диссертационных работах (%)

В завершении характеристики исследований детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, следует обратить внимание, что за период с 1991 по 2012 гг. проводится недостаточное количество исследований, посвященных проблемам этого контингента детского населения. Так, если работы по детям-сиротам, оставшимся без попечения родителей, детям-инвалидам и детям с отклоняющимся поведением исчисляются десятками, то изучение влияния на детское здоровье таких глобальных социальных проблем, как бедность, миграция, безработица зафиксировано в единичных диссертациях. Недостаток научных данных серьезно снижает возможности по оказанию этим контингентам эффективной медико-социальной помощи.

Распределение долей исследований контингентов детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по категориям оси I «Основная проблема исследования» следующее (рис.4.12.):

- 100% - категория VI («Инвалидность»);
- 30,1% - категория IV («Состояние здоровья»);
- 20,5% - категория I («Организация медицинской помощи»);
- 7,5% - категория III («Профилактика»);
- 7,5% - категория X («Реабилитация»).

В представленных категориях представлено 90,4% всех исследований детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

На рисунке 4.12. показано, что исследования контингентов детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в каждой категории, кроме VI («Инвалидность») представлены небольшим количеством работ.

Для оценки системы детского здравоохранения, здоровья детского населения и определения его медико-социальных потребностей представляется важным активизировать исследования в этой области.

Еще один важный момент – необходимость проведения популяционного исследования контингента детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а именно изучить распространенность, структуру, состояние здоровья и оказание помощи с акцентом на региональные и

федеральный аспекты. Осуществление крупномасштабных мультицентровых национальных исследований, отвечающих этим целям, было бы возможным при создании специальной структуры (федерального центра), регулирующей проведение таких научно-исследовательских работ [75].

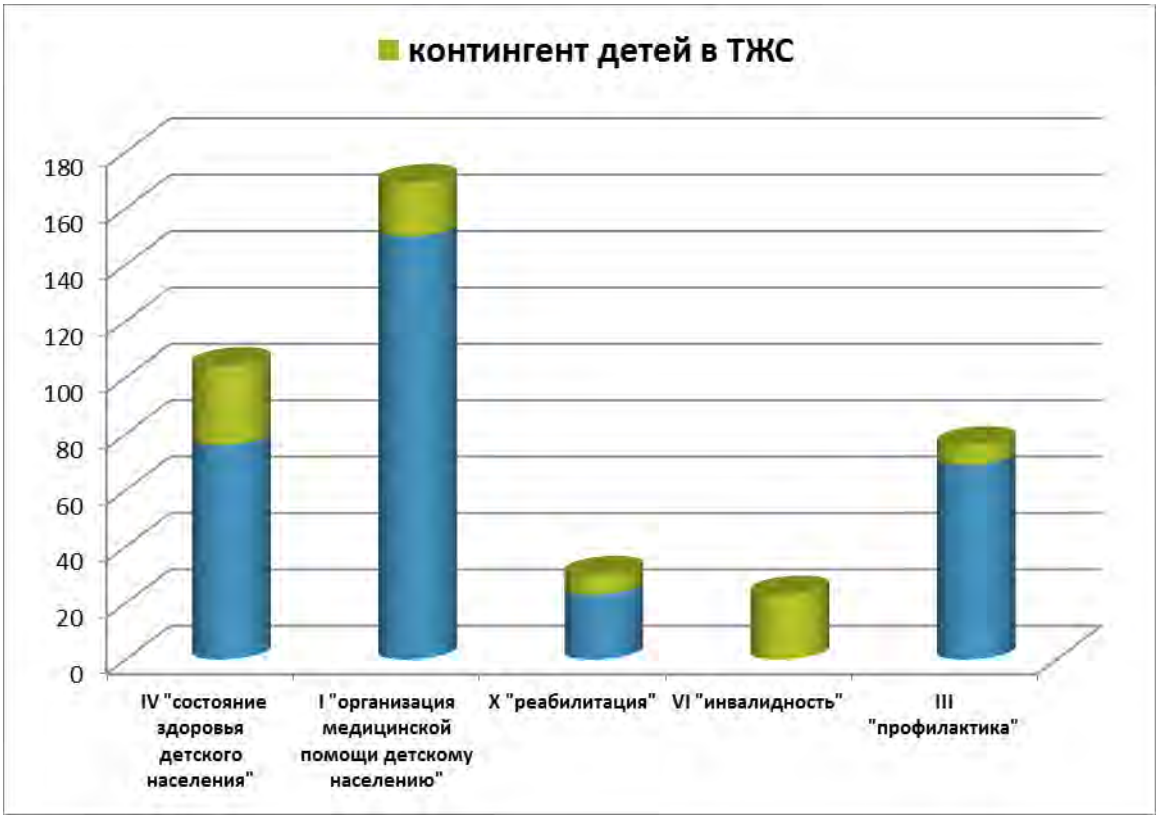


Рис.4.12. Распределение исследований контингента детей в трудной жизненной ситуации по категориям оси I диссертаций в области общественного здоровья и здравоохранения детского населения

Анализ исследований, посвященных важной составляющей социальной педиатрии – организации медико-социальной помощи – требует определения используемой терминологии. Так, понятия, включающие словосочетание «медико-социальн*» (медико-социальн* помощь /работа/ сопровождение/ обеспечение и др.), к настоящему времени не имеют однозначной трактовки.

Если обратиться к утратившему силу (в связи с принятием Федерального закона N 323-ФЗ) документу "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", то в нем «медико-социальная помощь» рассматривалась как оказание медицинской помощи гражданам, нуждающимся в социальной поддержке: «...при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности. Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.». Особо оговаривалась медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (ст.41).

В действующем Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» словосочетание «медико-социальная помощь» используется только в статье 8: «Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение...».

Таким образом, в представленных документах словосочетание «медико-социальная помощь» не определено, рассматривается в широком семантическом диапазоне и декларирует оказание медицинской помощи и социальной поддержки населению в целом.

В Порядке оказания педиатрической помощи [18], одном из основополагающих документов, регламентирующих оказание медицинской помощи детскому населению, дефиниций медико-социальной ее составляющей также не представлено. Однако в рекомендуемые штаты

отделения медико-социальной помощи детской поликлиники введены специалисты немедицинского профиля (юрисконсульт, социальный работник, логопед) и медицинский психолог, тем самым определяется мультидисциплинарный характер деятельности отделения. В соответствии с данным регламентом, функциональная структура отделения, оказывающего медико-социальную помощь, состоит из медицинской, социальной и психологической составляющих.

В данном контексте, медико-социальная помощь может определяться, согласно А.В.Мартыненко, как «мультидисциплинарная (комплексная) профессиональная деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленная на восстановление, сохранение и укрепление здоровья» [146,147].

В нашем исследовании при анализе третьего направления социальной педиатрии – организации медико-социальной помощи – мы исходили из представленного определения. Медико-социальная помощь предоставляет комплексный подход, который включает в себя медицинскую составляющую и помощь в решении социальных (в широком смысле слова) проблем пациента. Такой подход обеспечивает обоснование системы медико-социального сопровождения детей в РФ [95,146,147].

Интерпретативный контент-анализ диссертационных исследований по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» в отношении детского населения позволил выявить 7,6% работ, изучающих медико-социальную помощь детскому населению в соответствии с представленным выше контекстом.

В качестве ключевых словосочетаний зафиксированы: «медико-социальн* помощь/ обеспечение/ реабилитация/ сопровождение»; «межсекторальн* подход/ взаимодействие» и др.

Более половины исследований (52,9%) по организации медико-социальной помощи детскому населению представлено по оси I в категории I «Организация медицинской помощи детскому населению».

Распределение исследований этого направления социальной педиатрии по основным категориям оси I представлено на рис. 4.13.

Проблемам защиты прав детей посвящено крайне мало работ (0,7%).

На рис. 4.14. представлены векторы социальной педиатрии, зафиксированные при проведении интерпретативного контент-анализа диссертаций в области общественного здоровья и здравоохранения.



Рис.4.13. Распределение исследований организации медико-социальной помощи по категориям оси I диссертаций в области общественного здоровья и здравоохранения детского населения

На представленном рисунке наглядно показано, что основным направлением социальной педиатрии в диссертационных исследованиях является изучение различных социально-психологических детерминант здоровья детского населения (35,9% всех работ). Исследование особенностей контингента детей в трудной жизненной ситуации представлено значительно меньшим количеством исследований (15%), а проблемам организации медико-социальной помощи посвящено 7,6% диссертационных работ, что не может удовлетворить в полной мере потребности практического

здравоохранения в научно-методическом обеспечении таких организационных форм и, вероятно, является одной из причин недостаточной эффективности системы медико-социальной помощи в стране.

Таким образом, преобладающим направлением социальной педиатрии в диссертационных исследованиях в области общественного здоровья и здравоохранения детского населения является изучение социальных детерминант здоровья детей и подростков.

В то же время, количество исследований контингентов детей в трудной жизненной ситуации нельзя признать достаточным для осуществления дифференцированного подхода к оказанию им медицинской и медико-социальной помощи, а также профилактических мероприятий и формирования здоровья с учетом вида неблагоприятной социальной ситуации.

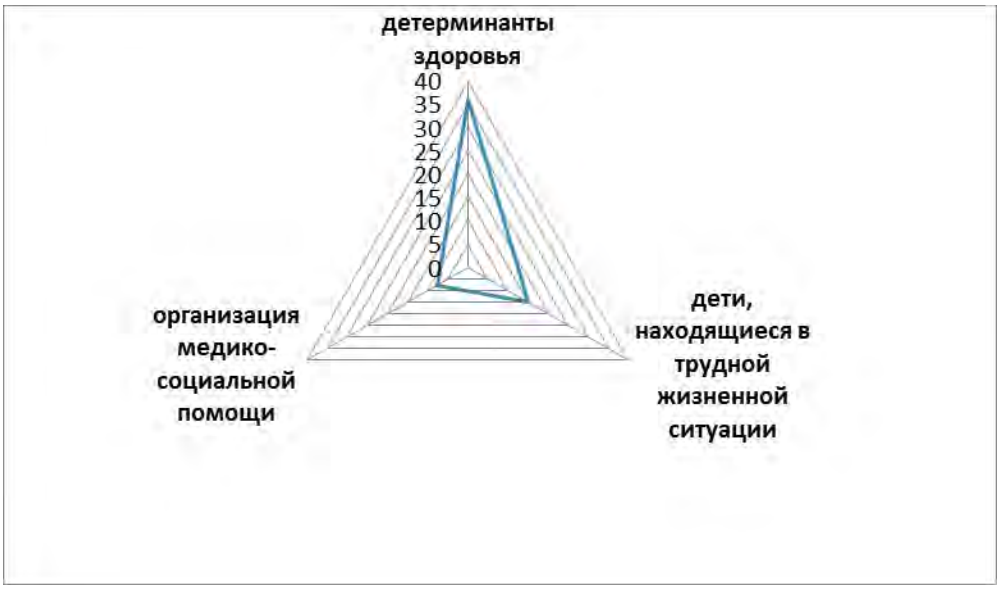


Рис.4.14. Векторы исследований в области социальной педиатрии (данные интерпретативного контент-анализа диссертаций (%).

Исследования организации медико-социальной помощи, рассматриваемой с позиции мультидисциплинарного подхода с обязательным привлечением специалистов немедицинского профиля,

представлены небольшим количеством исследований, что отражает сложившуюся ситуацию в практическом здравоохранении с междисциплинарным и межсекторальным взаимодействием.

Отметим, что, как уже было сказано, эффективной система охраны и укрепления здоровья детского населения сможет быть только при организации медицинской помощи, учитывающей воздействие социальных и психологических детерминант на здоровье детей и подростков, т.е. при создании системы медико-социальной помощи. Это подтверждается как неослабевающим интересом исследователей к социально-психологическим детерминантам здоровья (35,9% диссертаций по общественному здоровью и здравоохранению детского населения), так и результатами диссертационных исследований по направлениям социальной педиатрии «контингенты детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и «организация медико-социальной помощи». Небольшое количество диссертаций по двум последним направлениям связано, по-видимому, именно с отсутствием сформированной системы медико-социальной помощи детскому населению и, в особенности, детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, что приводит к методологическим и организационным трудностям при проведении исследований в этой области.

В целом проблемам социальной педиатрии посвящено 40,9% диссертаций в сфере охраны здоровья детского населения. Уточним, что значительное число работ включают несколько блоков социальной педиатрии, например, социальные детерминанты здоровья, дети в ТЖС и организация медико-социальной помощи. Поэтому общее количество научных работ по проблемам социальной педиатрии не является простой суммой диссертаций по каждому из блоков.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Доля диссертационных исследований по специальности «общественное здоровье и здравоохранение» по проблемам детского населения за период 1991-2012 гг. составляет 14,8%. Принимая во внимание

национальный приоритет охраны здоровья детского населения, количество научных исследований в этой области следует признать недостаточным. Организационная тематика является превалирующей (27,2%). Состояние здоровья различных контингентов детского населения (16,8%) и профилактические аспекты (12,2%) также являются ведущими направлениями диссертационных работ. Среди возрастных групп детского населения преобладают диссертационные исследования проблем подростков (19,9%).

2. Основным направлением социальной педиатрии в диссертационных исследованиях является изучение различных социальных детерминант здоровья детского населения (35,9% всех работ). Исследованиям контингента детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, посвящено 15% диссертаций. Проблемам организации медико-социальной помощи посвящено 7,6% диссертационных работ, что не может удовлетворить в полной мере потребности практического здравоохранения в научно-методическом обеспечении таких организационных форм. Среди работ, отнесенных к оси III «профилактическая педиатрия» выявлено значительное количество работ по социальной педиатрии, что еще раз подчеркивает ее профилактическую направленность.

3. Недостаточно работ, характеризующих проблемы охраны здоровья детского населения на федеральном уровне. Региональный характер исследований представлен в большинстве диссертационных работ (98,2%). В целях оптимизации научного знания представляется целесообразным создание федеральных центров, регламентирующих проведение приоритетных национальных исследований в области охраны здоровья детского населения.

ГЛАВА 5
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ

5.1. Преподавание социальной педиатрии за рубежом

5.1.1. Основные тенденции и перспективы преподавания вопросов социальной педиатрии за рубежом

Прежде чем приступить к анализу особенностей преподавания вопросов социальной педиатрии в других странах, следует обратить внимание на отличия подготовки врачей–педиатров в РФ и за рубежом. В большинстве стран мира отсутствуют педиатрические факультеты в привычном для России понимании, когда «на всех кафедрах студенты, наряду с общими вопросами медицины, изучением диагностики и лечения в связи с анатомо-физиологическими процессами, происходящими в организме человека, осваивают знания об особенностях течения физиологических и патологических процессов, проявлениях болезни и тактике лечения в зависимости от возрастно-половых особенностей детей. Особое внимание … уделяется вопросам профилактики и воспитания здорового ребенка» [165].

В других странах, где не предусмотрено выделение врачей-педиатров с первого курса обучения в медицинских школах, педиатрия преподается как одна из узких медицинских специальностей. Как следствие, первичное звено детского здравоохранения представлено во многих странах врачами общей практики или семейными.

Усилия по реформированию подготовки педиатров в Европе были предприняты Ассоциацией педиатрического образования в Европе (APEE) в 1994г. Была признана необходимость включения в педиатрическое образование подготовки по первичной педиатрической помощи. Также было рекомендовано практическое обучение по муниципальной педиатрии, как части базового тренинга для всех педиатров [225].

В 1996 г. в Граце (Австрия) на конференции Европейской Конфедерацией специалистов в области педиатрии (CESP) особое внимание было отдано аспектам социальной и муниципальной педиатрии [223]. Представители большинства стран отметили дефицит необходимых знаний педиатров именно в этих сферах, недостаточно представленных в учебных программах педиатрической подготовки. Наиболее близким аналогом муниципальной педиатрии в нашей стране является поликлиническая педиатрия.

В 1998 г. в г. Бордо (Франция) состоялась совместная конференция Европейского общества социальной педиатрии (ESSOP) и APEE [207,321,282]. К этой конференции был приурочен проект «Дельфи», в котором 23 экспертами из 11 европейских стран были определены приоритеты в процессе подготовки педиатров. На встрече в Бордо был достигнут консенсус в отношении того, что социальная педиатрия рассматривается как неотъемлемая часть педиатрической практики.

Участники встречи признали, что необходимым условием совершенствования педиатрической помощи является включение социальной педиатрии в программу подготовки специалистов. Было заявлено, что каждый студент-медик и педиатр-стажер должны иметь возможность получить практический опыт в условиях первичного звена здравоохранения и применить подходы социальной педиатрии к каждому конкретному пациенту [281,295].

Большинство участников встречи в г.Бордо не поддержали выделение социальной педиатрии в отдельную специальность, считая это преждевременным и, возможно, контрпродуктивным.

В настоящее время в Европе основные усилия направлены на внедрение в программы обучения специалистов в области детского здоровья вопросов социальной педиатрии, без выделения последней в отдельную специальность [326].

Преподавание социальной педиатрии в Новом Свете несколько отличается от такового в Европе. Трехгодичная резидентура по социальной педиатрии была введена еще в 1970 г. в медицинском колледже Альберта Эйнштейна (Монтефиоре, Южный Бронкс, Нью-Йорк). Важно отметить, что в резидентуре готовят педиатров непосредственно для работы в неблагополучных районах с контингентом лиц из групп социального риска. Успешность этой инициативы подтверждается более чем сорокалетним ее существованием и востребованностью выпускников [312]. Социальная педиатрия преподается и в некоторых других медицинских колледжах США.

В Канаде социальная педиатрия получила достаточно широкое распространение [236,280,335]. Одно из ведущих учреждений, занимающихся продвижением социальной педиатрии – Университет Мак-Гилл (Монреаль, Квебек), в котором с 2002 г. преподается четырехнедельный курс социальной педиатрии - обязательный для всех обучающихся в резидентуре по педиатрии [289]. В 2006 г. в этом же университете была внедрена двухгодичная программа обучения социальной педиатрии, цель которой – создание «нового кадрового потенциала педиатров».

Таким образом, можно сделать заключение, что в экономически развитых странах признана необходимость введения в программу обучения педиатров вопросов социальной педиатрии.

Обозначился тренд в сторону преподавания ***практических (прикладных)*** аспектов социальной педиатрии для врачей-педиатров.

5.1.2. Результаты интернет-опроса членов Международного общества социальной педиатрии (ISSOP)

В результате проведенного интернет-опроса 112 членов ISSOP были получены ответы от педиатров и специалистов в сфере общественного здоровья и здравоохранения детского населения из разных стран мира в отношении того, кому и как преподавать социальную педиатрию.

На первый вопрос «Социальная педиатрия это: (1) составляющая практической деятельности педиатра; (2) сфера общественного здоровья и здравоохранения; (3) интеграция практической педиатрии и общественного здоровья и здравоохранения» ответы респондентов представлены на рисунке 5.1.

Большинство опрошенных (49,6%) считает, что социальная педиатрия интегрирует в себе как аспекты практической педиатрии, так и общественного здоровья и здравоохранения.



Рис.5.1. Распределение ответов членов ISSOP в результате интернет-опроса

Значительное число участников опроса (36,9%) рассматривают ее как составляющую практической деятельности педиатра. Были и те (13,5%), кто относит социальную педиатрию к общественному здоровью и здравоохранению.

Тем самым, было продемонстрировано, что среди членов Международного общества социальной педиатрии нет единого восприятия предмета «социальная педиатрия».

Отвечая на второй вопрос анкеты – «Согласны ли Вы с тем, что необходимо выделение социальной педиатрии в отдельную специальность?» - респонденты продемонстрировали практически полное единодушие (рис. 5.2.).

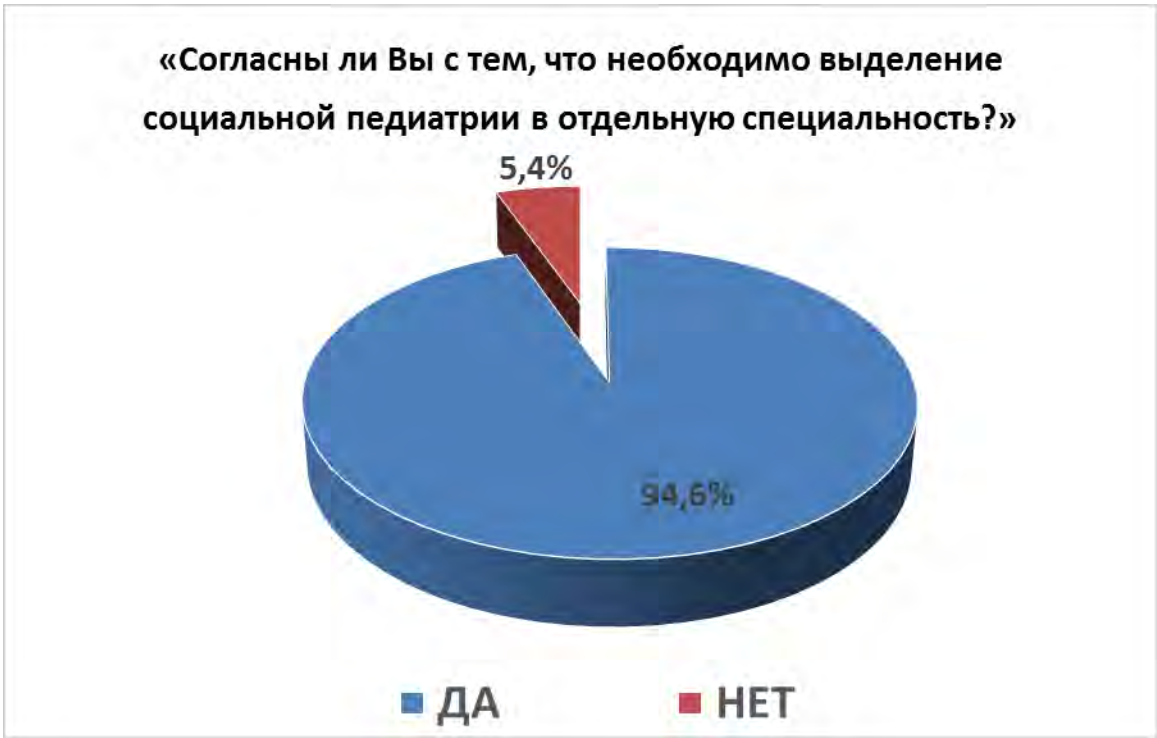


Рис.5.2. Распределение ответов членов ISSOP в результате интернет-опроса

Среди стран-членов ISSOP только в Турции официально признана и сертифицируется специальность «социальный педиатр». Функции такого специалиста соответствуют тому роду деятельности, которым в нашей стране занимаются врачи-педиатры участковые, с той лишь разницей, что случаи острой патологии не входят в компетенцию социального педиатра.

Социальный педиатр Турции курирует детей с хроническими заболеваниями, наблюдает здоровых, проводит профилактические мероприятия (вакцинацию, осмотры, пропаганду здорового образа жизни, грудного вскармливания и др.), выявляет факторы риска нарушений здоровья и обеспечивает мультидисциплинарное сопровождение. В Турции во время обучения в резидентуре все педиатры в обязательном порядке проходят двухмесячную подготовку по социальной педиатрии.

Педиатр из Японии указал, что специальность «социальный педиатр» в его стране отсутствует. Он также обратил внимание на следующий факт: «Когда вы проводите поиск научных публикаций с помощью ключевых слов, например, «бедность и дети», в системе PubMed, вы можете найти около 100000 таких работ. В Японии число таких публикаций около 200, а за последний год их было 11». Японский педиатр делает вывод, что в его стране не только практикующие педиатры, но и научные работники «игнорируют социальную педиатрию как область педиатрической науки и практики».

Из Греции было получено сообщение, что существует специальная группа в рамках греческого педиатрического сообщества, курирующая вопросы социальной педиатрии.

В Чехии социальная педиатрия не является официально признанной областью педиатрии. В то же время, в 1992г. создано общество социальной педиатрии в рамках Чешского медицинского общества имени Яна Евангелиста Пуркинье. Чешский педиатр приравнивает социальную педиатрию к общественному здоровью и здравоохранению детского населения (child public health).

Венгерский педиатр сообщил о группе социальной педиатрии в рамках Венгерского педиатрического сообщества. Выделенной специальности «социальная педиатрия» в Венгрии нет, но существует специализация «школьная медицина и здоровье подростков», включающая значительное число социальных аспектов здравоохранения школьников.

В Великобритании врачи общей практики могут получить субспециальность «муниципальная педиатрия», включающую значительное количество вопросов, относящихся к социальным аспектам здоровья детей.

В Австралии признана сертифицированная субспециальность «муниципальное детское здравоохранение», которую австралийский педиатр приравнивает к социальной педиатрии. Поясним, что в Австралии указанная специализация носит выраженный прикладной характер. Сертифицированные в этой области педиатры работают в условиях первичного звена здравоохранения непосредственно с пациентами и их семьями.

На третий вопрос «Каким специалистам необходима подготовка в области социальной педиатрии?» 100% опрошенных выбрали вариант ответа «всем специалистам, участвующим в оказании и организации медицинской помощи детскому населению».

Большинство респондентов (68,5%) считают, что программа преподавания социальной педиатрии должна отличаться в зависимости от того, подготовка специалистов какого рода деятельности ведется.

Участвующие в опросе члены ISSOP представили программы преподавания социальной педиатрии в своих странах и пояснения к ним.

Педиатр из Канады представил информацию о двухгодичной программе обучения по социальной педиатрии в университете МакГилл (Монреаль). В других университетах Канады предлагается четырехнедельный факультатив по этому предмету.

В США в некоторых медицинских школах (Флорида, Южный Бронкс) проводится обучение по социальной педиатрии в резидентуре, причем программа носит название «муниципальная и социальная педиатрия».

В Швейцарии последипломная подготовка педиатров включает модуль «социальная и профилактическая педиатрия» ([ISFM Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue), обязательный для всех будущих детских врачей.

В Австралии вопросы социальной педиатрии преподаются в рамках предмета «муниципальное детское здравоохранение».

5.1.3. Программы преподавания социальной педиатрии за рубежом

С использованием метода контент-анализа нами проанализированы программы преподавания вопросов социальной педиатрии за рубежом (табл.5.1.). В анализ включены 3 краткосрочные программы (4 недели -2 месяца), являющиеся частью общей подготовки врачей-педиатров (Канада, Турция, Швейцария), и 2 долгосрочные (2-3 года), целью которых заявлено создание новой генерации специалистов, обладающих особыми знаниями и навыками комплексного подхода к охране здоровья детского населения (Австралия, США).

В процессе подготовки в рамках краткосрочной программы по социальной педиатрии в Турции студенты после теоретической части проходят обучение непосредственно в тех местах, где педиатр непосредственно сталкивается с проблемами охраны здоровья ребенка и защиты его прав. Завершается обучение стажировкой и отработкой навыков в «полевых условиях».

Как уже упоминалось выше, в Канаде в университете Монреаля предлагается двухгодичная резидентура по социальной педиатрии, а в других медицинских школах – четырехнедельные факультативы.

Проанализирована краткосрочная программа факультатива по социальной педиатрии университета г. Калгари.

Основные цели и задачи предложенного факультатива:

1. Определение социальной педиатрии.

2. Обзор современной литературы по вопросам социальной педиатрии.

3. Посещение различных учреждений в сфере охраны здоровья детей и ознакомление с реализуемыми программами: профилактическими, разноуровневых вмешательств (медико-социального сопровождения), предотвращения жестокого обращения с детьми.

4. Значение междисциплинарного подхода в муниципальных программах охраны здоровья детского населения.

5. Отработка практических навыков.

Вопросы социальной педиатрии включены в основные программы подготовки педиатров в Канаде. Растущая популярность факультативов по социальной педиатрии среди студентов медицинских школ и резидентов свидетельствует о востребованности профессиональных знаний и навыков в этой сфере педиатрии. Все канадские медицинские факультеты предлагают факультативные занятия по одной или более из перечисленных тем: здоровье детей и молодежи среди аборигенов, беженцев или мигрантов; школа и здоровье детей; влияние факторов окружающей среды на детей и молодежь.

По мнению канадских специалистов, несмотря на то, что социальному контексту здоровья детей в больничных учреждениях уделяется достаточное внимание в процессе преподавания (в лекциях и во время практических занятий у постели больного), по-настоящему понять, что такое социальные детерминанты здоровья, возможно только в обычных условиях жизни ребенка (в школе, дома, среди его семьи и сверстников). Осознание этого факта требует перейти от медицинской модели преподавания педиатрии к биопсихосоциальной мультидисциплинарной модели.

Проанализирована трехлетняя расширенная учебная программа «муниципальное детское здравоохранение» Королевского австралазийского врачебного колледжа (Сидней), как пример подготовки новой генерации педиатров. Задачи обучения - изучение сложного взаимодействия между биологическими, физическими, социальными и экологическими факторами, влияющих на развитие и состояние здоровья детей и подростков. Авторы программы отмечают все возрастающий спрос на специалистов, получивших такую подготовку. Такие специалисты работают в разных областях детского здравоохранения и при решении сложных задач опираются на широкий диапазон полученных знаний и навыков (консультативных, диагностических,

процедурных), используют возможности междисциплинарного командного подхода.

Педиатры, которые прошли соответствующую подготовку, обладают такими специальными навыками, как медико-социальное сопровождение детей с особыми потребностями (ограниченные возможности, нарушения развития и обучения, поведенческие и эмоциональные проблемы, ожирение, дети аборигенов и мигрантов, оставшиеся без родительского попечения) и предотвращение жестокого обращения. Соответственно, обучение включает как практическую подготовку педиатров для осуществления деятельности, направленной непосредственно на пациентов и их семьи, так и вопросы общественного здоровья и здравоохранения.

Формирование специально подготовленных педиатров в США проиллюстрировано двухгодичной программой «муниципальная и социальная педиатрия» университета Флориды.

Важным для преподавания социальной педиатрии мы считаем определение категорий уязвимых групп детей. На основании контент-анализа зарубежных программ обучения выявлено, что к данной категории относят:

- жертв жестокого и ненадлежащего обращения;
- детей из бедных семей;
- безнадзорных и беспризорных, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в приемных семьях;
- детей из семей беженцев, мигрантов;
- аборигенов;
- с особыми потребностями (ограниченными возможностями) и инвалидов;
- из маргинализированных (находящихся на границе различных социальных групп, систем, культур и испытывающих влияние их противоречащих друг другу норм, ценностей) семей;

- подвергающихся дискриминации по различным признакам (национальность, пол, сексуальная ориентация, инвалидность, социально-экономический статус);
- родители которых употребляют ПАВ с вредными последствиями;
- чьи родители (ль) страдают психическим расстройством;
- родители (ль) которых судимы за преступления против личности;
- детей, вынужденных работать.

Было установлено, что преподавание социальной педиатрии за рубежом носит системный характер (в рамках отдельно выделенных курса, цикла, ординатуры).

С использованием контент-анализа представленных программ обучения составлена матричная таблица (табл.5.2.), разработанная диссертантом и согласованная с шестью приглашенными экспертами – профессорами, д.м.н., педиатрами и специалистами в области общественного здоровья и здравоохранения детского населения.

В составленной таблице основные преподаваемые вопросы распределены по следующим категориям: 1) вопросы социальной педиатрии прикладного характера; 2) вопросы социальной педиатрии в рамках общественного здравоохранения; 3) вопросы муниципальной педиатрии.

Окончательное распределение преподаваемой темы в ту или иную категорию производилось при полном консенсусе всех 6-ти экспертов и диссертанта. При невозможности достичь консенсуса допускалось учитывать мнение большинства, но только при условии совпадения мнений пяти и более человек из семи.

В результате были получены модули преподавания социальной педиатрии за рубежом с определением круга вопросов: 1) прикладная социальная педиатрия; 2) социальная педиатрия как общественное здоровье и здравоохранение детского населения; 3) муниципальная педиатрия (наиболее близка к поликлинической по традиционному определению, принятому в нашей стране.

Таблица 5.1.

Программы преподавания вопросов социальной педиатрии за рубежом

Турция	Канада	Швейцария	Австралия	США
Институт здоровья детей, Стамбул	Медицинская школа, Калгари	Швейцарский институт последипломного и непрерывного медицинского образования	Королевский австралазийский врачебный колледж, Сидней	Университет Флориды
«Социальная педиатрия» (2 мес.)	«Социальная педиатрия» (4 недели)	«Социальная и профилактическая педиатрия» (4 недели)	«Муниципальное детское здравоохранение» (3 года)	«Муниципальная и социальная педиатрия» (2 года)
1. Мониторинг состояния здоровья детей. 2. Иммунизация. 3. Мониторинг роста и развития. 4. Грудное вскармливание. 5. Детская безнадзорность и жестокое обращение. 6. Проблемы охраны здоровья подростков. 7. Индикаторы здоровья детей в мире. Особенности Турции. Эпидемиология.	1. Экспертиза жестокого обращения с детьми. 2. Данные анамнеза и обследования, позволяющие заподозрить жестокое или ненадлежащее обращение с ребенком. 3. Факторы, влияющие на развитие ребенка. 4. Выявление стрессовой ситуации, в которой находится ребенок, и определение ее	1. Уход за детьми, гигиена детей и подростков, профилактика заболеваний. 2. Особенности внутрибольничного распорядка. Правила изоляции пациентов. Профилактика внутрибольничных инфекций у пациентов с иммунодефицитами и в отделениях интенсивной терапии. 3. Социальные и экологические факторы, влияющие на здоровье детей.	1. Факторы, которые влияют на благополучие и здоровье детей. 2. Особенности развития детей и подростков. 3. Семья, общество и окружающая среда. 4. Адвокация детей и подростков и их семей. 5. Навыки работы в команде: в различных секторах, учреждениях, организациях. 6. Мероприятия	1. Права детей и соблюдение принципа справедливости в отношении здоровья. Защита детей от всех форм насилия. Конвенция ООН о правах ребенка. Программы по профилактике насилия над ребенком. 2. Демография и эпидемиология здоровья детского населения. 3. Глобальное здравоохранение: причины нарушений здоровья в мире, перспективы по их преодолению. Детский труд. 4. Социальная эпидемиология и концепция социальных детерминант здоровья. Умение использовать методы социальной эпидемиологии в вопросах охраны здоровья детей. Педиатрическая практика с учетом бедности и неравенства доходов как

8. Осмотры детей. 9. Уход за детьми. 10. Окружающая среда и здоровье детей. 11. Школьное здоровье. 12. Хронические заболевания у детей. 13. Частые вопросы родителей. 14. Недостаточность витаминов и минеральных веществ. 15. Расстройства пищевого поведения. 16. Ожирение. 17. Права детей. 18. Диарея у детей. 19. Респираторные заболевания. 20. Генетическое консультирование. 21. Детская психиатрия (поведенческие расстройства, расстройства привязанности, и т.д.).	влияния на развитие. 5. Вмешательства, направленные на снижение стрессовых воздействий на ребенка и его семью. 6. Особые потребности детей в приемных семьях. 7. Расстройство привязанностей: диагностика и курация. 8. Особенности состояния здоровья и особые потребности детей беженцев. 9. Социальные детерминанты здоровья подростков. 10. Проблемы детей аборигенов. 11. Культурные различия и предоставление медицинских услуг. 12. Обучение навыкам взаимодействия с семьей ребенка при исследовании социальных детерминант здоровья.	Окружающая среда и охрана здоровья детей из групп риска. Профилактика неблагоприятного воздействия. 4. Значение семьи в охране здоровья ребенка. Ее характеристики: размер, структура, семья с одним родителем, повторный брак, распад семьи, семья мигрантов, бедность, образование, безработица, неблагоприятные условия проживания и др. Проблемы в семье (чрезмерная гиперопека, безнадзорность, насилие, ненадлежащее обращение и т.д.). 5. Другие социальные факторы, влияющие на здоровье детского населения. Географические (село, город). Культурные и этнические факторы.	по продвижению благополучия и оптимального развития детей (на основе доказательной медицины). 7. Разработка, внедрение и оценка стратегий по продвижению мероприятий, направленных на достижение благополучия и оптимального развития. 8. Состояние здоровья детского населения. 9. Предотвратимые факторы риска и их последствия и стратегии борьбы (травмы, низкий статус иммунизации, ожирение, отказ от грудного вскармливания, употребление ПАВ). 10. Особые потребности уязвимых групп детского населения. 11. Выявление	основных социальных детерминант здоровья и болезни. Навыки сотрудничества с общественными организациями, властными структурами, сообществами, лицами принимающими решения. 5. Пропаганда здорового образа жизни (политика страны, программы здравоохранения, рутинная практика). 6. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний с учетом биологических факторов и окружающей среды. 7. Понятие «маргинализация». Влияние маргинализации на здоровье ребенка. Определение медико-социальных потребностей и соблюдение прав детей. Практические навыки работы с маргинализированными семьями. 8. Понятие "дискриминация". Различные формы дискриминации. Стратегии по борьбе с дискриминацией детей (по признаку расы, пола, сексуальной ориентации, инвалидности, социально-экономического статуса и т.д.). 9. Физические, психологические, социальные, духовные и нравственные домены формирования здоровья ребенка. Обеспечение и обоснование благополучия ребенка в качестве основной цели системы здравоохранения.

	13. Обучение навыкам взаимодействия с разными службами, участвующими в охране здоровья детей. Навыки работы в мультидисциплинар-ной команде. 14. Особенности мультидисциплинар-ного подхода при сопровождении ребенка в социально неблагополучной ситуации. 15. Роль полиции, семьи ребенка и специалистов в области здравоохранения в расследовании и сопровождении случаев жестокого обращения с детьми. 16. Возможности получения дополнительной информации о социальной ситуации в семье ребенка. 17. Общественные ресурсы по обеспечению	6. Эпидемиология 7. Младенческая и детская смертность, распространенность заболеваний. 8. Эндемические заболевания. Эпидемии.	детей и подростков в социально опасном положении или подвергшихся жестокому (ненадлежащему) обращению. 12. Стратегии оказания помощи детям и подросткам, находящимся в опасности, жертвам жестокого обращения. 13. Ненадлежащее обращение с детьми и пренебрежение их нуждами. 14. Взаимодействие с государственными и общественными службами защиты детей. 15. Медицинские и правовые аспекты оценки и освидетельствования состояния здоровья ребенка 16. Педиатрия развития и поведения (концепции развития, норма и патология поведения, особенности и	10. Доказательная медицина в практике муниципальной и социальной педиатрии. 11. Социально-ориентированная первичная медицинская помощь. 12. Навыки работы в междисциплинарной команде. 13. Терапевтический альянс с детьми и семьями из различных социально-экономических слоев населения (максимально возможное использование при общении родного языка ребенка (профессиональные переводчики, наглядные материалы на родном языке); демонстрация сочувствия и толерантности к особенностям семьи (культурным, религиозным, расовым, сексуальной ориентации и др.). Выявление и преодоление организационных барьеров. 14. Главенствующее значение семьи в обеспечении ухода и поддержки ребенка. 15. Медицинское страхование, управление организацией медицинской помощи, программа государственного страхования здоровья детей, система Medicaid. 16. Развитие ребенка. Скрининг готовности к школе. Содействие семьям по обеспечению высококачественных услуг по раннему развитию. Содействие по обеспечению

	потребностей детей разных категорий групп риска. 18. Концепция социальных детерминант здоровья в приложении к детям из групп социального риска. 19. Навыки управления собственными эмоциями в процессе работы с детьми-жертвами насилия 20. Разрешение дилеммы между соблюдением конфиденциальности и обменом информацией с другими специалистами.		нарушения обучения, эмоциональные проблемы и расстройства в детском возрасте). 17. Правовые и медико-социальные вопросы детской инвалидности.	проведения досуга в школе и после школы. Взаимодействие с персоналом и администрацией школы. Обеспечение необходимыми медицинскими процедурами и лекарственными препаратами в детских учреждениях. Значение и предоставление специальных образовательных услуг для детей с особыми потребностями (индивидуальные учебные планы, заочно-очные формы обучения). 17. Закон об инвалидах и его применение в образовательных учреждениях. 18. Формирование ответственного отношения к здоровью. Деятельность в качестве врача в области физической подготовки и спортивной медицины. 19. Проведение комплексных исследований в сфере общественного здравоохранения детского населения. 20. Получение грантов, стипендий. Разработка и предоставление конкурентоспособных заявок. 21. Принципы формирования государственной политики в области здравоохранения и социальной защиты. 22. Этические принципы обеспечения социальной справедливости. Этика проведения исследований. Информированное согласие ребенка.

Таблица 5.2.

Распределение вопросов социальной и муниципальной педиатрии в зарубежных программах

Вопросы социальной педиатрии прикладного характера	Вопросы социальной педиатрии как общественного здравоохранения детского населения	Вопросы муниципальной педиатрии
МОДУЛЬ I	МОДУЛЬ II	МОДУЛЬ III
I. Охрана здоровья социально-уязвимых групп детского населения* (Т,К,Ш,А,С)	I.Охрана здоровья социально-уязвимых групп детского населения* (Т,К,А,Ш,С)	-
I. Концепция социальных детерминант здоровья детей. Комплекс факторов, влияющих на здоровье и развитие детей* (Т, К,Ш,А,С)	I.Концепция социальных детерминант здоровья детей. Комплекс факторов, влияющих на здоровье и развитие детей * (Т, К,Ш,А,С)	-
I. Профилактика* (Т,К,Ш,А,С)	I.Профилактика*(Т, К,Ш,А,С)	Профилактика* (Т,А,С)
I. Роль семейного окружения в охране здоровья ребенка (Т, К,Ш,А,С)	II.Индикаторы здоровья. Эпидемиология (Т,Ш,А,С)	Иммунизация (Т)
II. Мониторинг состояния здоровья, роста и развития детей* (Т,К,А,С)	-	Мониторинг состояния здоровья, роста и развития детей* (Т,А,С)
III. Практические навыки по выявлению угрожающей здоровью ребенка ситуации и дальнейшему его сопровождению (К,А,С)	-	-

Таблица 5.2. (продолжение)

Вопросы социальной педиатрии прикладного характера	Вопросы социальной педиатрии как общественного здравоохранения детского населения	Вопросы муниципальной педиатрии
МОДУЛЬ I	МОДУЛЬ II	МОДУЛЬ III
III. Мультидисцплинарный подход (К,А,С)	-	-
III. Школьное здоровье	II.Школьное здоровье (Т,А,С)	Школьное здоровье (Т,А,С)
III.Пропаганда ЗОЖ* (Т,А,С)	III.Пропаганда ЗОЖ*(А,С)	Пропаганда ЗОЖ* (Т,А,С)
III.Взаимодействие с обществом и его институтами (К,А,С)	III.Здоровье подростков* (Т,К)	-
III.Расстройства поведения у детей и подростков (Т,А,С)	IV.Грудное вскармливание* (Т)	-
III.Расстройства пищевого поведения. Ожирение* (Т,А,С)	-	Расстройства пищевого поведения. Ожирение* (Т,А,С)
III.Хронические заболевания у детей* (Т,А,С)	IV.Медицинское страхование социально неблагополучных категорий населения (С)	Хронические заболевания у детей* (Т)
IV.Здоровье подростков* (Т,К)	IV.Проведение комплексных социально-гигиенических исследований (С)	Здоровье подростков* (Т,К)
IV.Грудное вскармливание* (Т,А)	-	Грудное вскармливание* (Т)
V.Генетическое консультирование* (Т)	-	Генетическое консультирование*(Т)
V.Недостаточность витаминов и минеральных веществ* (Т)	-	Недостаточность витаминов и минеральных веществ* (Т)

Специальные обозначения: вопрос представлен в программе преподавания Турции - «Т»; Канады-«К»; - Швейцарии-«Ш»; Австралии-«А»; США-«С»;

* - вопрос отнесен к нескольким категориям

В таблице 5.2. вопросы ранжированы по признаку их наличия в программах: вверху таблицы располагаются темы, освещаемые во всех 5 программах (I), затем по нисходящей, в 4-х (II), ниже – в трех (III), обозначение (IV) соответствует включению вопроса в две программы и (V) – в одну. На основании представленного ранжирования можно выделить приоритетную группу вопросов преподавания социальной педиатрии и факультативные, в зависимости от цели и задач подготовки специалистов:

К приоритетным (обязательным для всех) вопросам преподавания социальной педиатрии, необходимым специалистам разных сфер деятельности по охране здоровья детского населения, отнесены:

- охрана здоровья социально-уязвимых групп детского населения;
- концепция социальных детерминант здоровья детей; комплекс факторов, влияющих на здоровье и развитие детей;
- профилактические аспекты;
- роль семейного окружения в охране здоровья ребенка.

В дополнение к первому, вопросы второго, третьего и четвертого рангов, на наш взгляд, должны составлять основу программы преподавания социальной педиатрии врачам-педиатрам участковым в нашей стране:

- мониторинг состояния здоровья, роста и развития детей;
- практические навыки по выявлению угрожающей здоровью ребенка ситуации и дальнейшему его сопровождению;
- мультидисцплинарный подход;
- здоровье школьников
- пропаганда здорового образа жизни;
- взаимодействие с обществом и его институтами;
- расстройства поведения у детей и подростков;
- расстройства пищевого поведения, ожирение;
- хронические заболевания у детей;
- здоровье подростков;

- грудное вскармливание.

Однако, не подвергая сомнению особое значение тех аспектов социальной педиатрии, которые заняли первые ранговые места, отметим, что и вопросы в конце ранга также расцениваются нами как важные для формирования компетентного врача-педиатра, использующего принципы и подходы социальной педиатрии.

Остановимся, в частности, на вопросе «здоровье подростков» (IV ранг). Особенности состояния здоровья этой категории детского населения и высокая смертность, связанные, в первую очередь, с социальными факторами, рассматривались нами в первой главе исследования. Выделение этого вопроса в рамках подготовки по социальной педиатрии считаем важным для совершенствования мероприятий по охране здоровья детей подросткового возраста.

Другой вопрос IV ранга – грудное вскармливание, также рассматривается нами как важна составляющая подготовки педиатров по социальной педиатрии. Для проведения эффективных мероприятий по «борьбе за грудное вскармливание» социальные аспекты (пропаганда, социальная политика государства по предоставлению отпуска, «дружественная среда» для кормящих матерей, формирование банков грудного молока и др.) должны учитываться педиатрами не меньше, чем биологическая польза молока матери для ребенка.

Серьезная проблема избыточной массы тела (ожирения) у детей (IV ранг) в развитых странах, причем социальные факторы (образ жизни, культура питания др.) в развитии этого состояния играют ведущую роль. Профилактику избыточной массы тела и сопровождение детей с указанной патологией необходимо проводить с использованием подходов социальной педиатрии.

Вопрос 5 ранга - генетическое консультирование – также может быть включен в программу подготовки по социальной педиатрии, так как, кроме медицинских аспектов, должен включать широкий пласт социальных. При

выявлении той или иной генетической патологии педиатр должен быть компетентен в том, какие возможности медико-социального сопровождения предоставляются в обществе таким детям, и суметь объяснить это родителям.

Еще одним важным аспектом является также то, что в каждой из программ подчеркивается, что обучение проходит «в полевых условиях», т.е. непосредственно в месте работы педиатра, практикующего социально-педиатрическую деятельность. Также программами предусматривается не только обучение в медицинских организациях, но и посещение самых разных сервисов и учреждений, участвующих в охране здоровья детского населения (полиции, школы, центров развития, приютов и др.).

Особо следует оговориться о внесении в программы обучения принципов доказательной медицины. Освещение вопросов социальной педиатрии проводится с опорой на эти принципы.

Таким образом, в представленные программы преподавания социальной педиатрии, независимо от их продолжительности, включены как вопросы непосредственной подготовки практикующего педиатра, способного оценивать, учитывать и преодолевать неблагоприятные социальные детерминанты здоровья ребенка, так и аспекты общественного здоровья и здравоохранения детского населения. Однако, было установлено, что преподавание носит преимущественно практически ориентированный характер.

В заключение анализа преподавания социальной педиатрии за рубежом зафиксированы следующие особенности:

1) Вопросы социальной педиатрии включены в программы подготовки педиатров развитых стран мира, отмечается два направления в преподавании: 1) социальная педиатрия как практический подход к охране здоровья детей и подростков, преимущественно в первичном звене здравоохранения; 2) социальная педиатрия как общественное здоровье и здравоохранение детского населения.

2) Существует тенденция преподавания социальной педиатрии в контексте практической педиатрии, а не общественного здоровья и здравоохранения (практически ориентированный характер преподавания).

3) По результатам опроса, выделение социальной педиатрии в отдельную специальность не поддерживается педиатрическим сообществом за рубежом, однако существуют такие субспециальности, как «муниципальная педиатрия»; «муниципальное детское здравоохранение», включающие основные социально-педиатрические аспекты.

4) С использованием метода контент-анализа определены категории уязвимых групп детского населения в зарубежных программах преподавания социальной педиатрии.

5) На основании проведенного контент-анализа программ вычленены модули преподавания социальной педиатрии за рубежом: 1) прикладная социальная педиатрия; 2) социальная педиатрия как общественное здоровье и здравоохранение детского населения; 3) муниципальная педиатрия.

6) С использованием контент-анализа представлены основные вопросы, обязательные для включения в программу преподавания социальной педиатрии.

7) Преподавание социальной педиатрии за рубежом носит системный характер (в рамках цикла, курса, ординатуры).

5.2. Преподавание социальной педиатрии в России

Первая в СССР кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения, как уже было упомянуто в главе, была создана в 1986 году Николаем Глебовичем Веселовым в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете. Кафедра в настоящее время ведет подготовку по специальности «Организация здравоохранения и

общественное здоровье», но предоставляет более полное освещение проблем охраны здоровья детского населения.

В России вопросам преподавания социальной педиатрии уделял особое внимание В.Ю .Альбицкий []. По его мнению, в настоящее время в России многие вопросы социальной педиатрии представлены в рамках дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». В качестве доказательства этого профессор В.Ю. Альбицкий приводит задачи указанной дисциплины: «Основной её задачей является изучение влияния медико-социальных факторов, условий и образа жизни на здоровье различных групп населения. Разработка научно обоснованных рекомендаций по предупреждению и устранению неблагоприятных социальных условий и факторов, а также оздоровительных мероприятий для повышения уровня здоровья населения» [30].

Схожую точку зрения демонстрирует профессор Л.П.Чичерин: «Трактовка социальной педиатрии подразумевала практически всё то, что позднее стало обозначаться понятием «охрана здоровья» (детей), имея в виду «совокупность мер политического, экономического, правого, социального, научного, медицинского, образовательного, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья" [192].

Мнения ведущих экспертов в области общественного здоровья и здравоохранения позволяют предположить, что социальная педиатрия в России рассматривалась, в первую очередь, как социальная медицина детства [30], и, соответственно, в большей степени ее вопросы должны были быть представлены в рамках дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

В то же время, профессор В.Ю.Альбицкий предлагает также вводить необходимые дополнения, касающиеся вопросов социальной педиатрии, в программу практического обучения врачей-педиатров, в первую очередь, участковых.

5.2.1. Преподавание вопросов социальной педиатрии на последипломном этапе обучения врачам-педиатрам и организаторам педиатрической службы

Мы исследовали преподавание вопросов социальной педиатрии в процессе последипломной подготовки (ординатура) по специальностям «Педиатрия» и «Общественное здоровье и организация здравоохранения» соответствии с действующими федеральными государственными образовательными стандартами (табл. 5.3.).

Для анализа программ были привлечены эксперты – специалисты в сфере охраны здоровья детского населения (преподаватели профильных кафедр; представители администрации медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению; ведущие ученые – доктора медицинских наук) в количестве 48 человек.

Таблица 5.3.

Программы подготовки по специальностям «Педиатрия» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье»

Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу (специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета))	Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу (специальность 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации))
Область профессиональной деятельности: охрана здоровья граждан путем обеспечения оказания медицинской помощи детям.	**Область профессиональной деятельности:** охрана здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.
Объекты профессиональной деятельности: физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее - дети, пациенты); физические лица - родители (законные представители) детей; население; совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.	**Объекты профессиональной деятельности:** физические лица и юридические лица; население; совокупность средств и технологий.

Таблица 5.3. (продолжение)

Виды профессиональной деятельности: медицинская; организационно-управленческая; научно-исследовательская.	**Виды профессиональной деятельности**: профилактическая; психолого-педагогическая; организационно-управленческая
медицинская деятельность: ***профилактическая деятельность*** *предупреждение возникновения заболеваний* среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризаций, диспансерного наблюдения детей; сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья детей; диагностика заболеваний и патологических состояний у детей; диагностика неотложных состояний; диагностика беременности; экспертиза временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы; оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи детям в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи; оказание скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе в медицинской эвакуации; проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей; формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; обучение детей и их родителей (законных представителей) основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний	**профилактическая деятельность:** предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

Таблица 5.3. (продолжение)

организационно-управленческая деятельность: применение основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях; создание в медицинских организациях благоприятных условий для пребывания детей и их родителей (законных представителей) и трудовой деятельности медицинского персонала; ведение медицинской документации в медицинских организациях; организация проведения медицинской экспертизы у детей и подростков; участие в организации оценки качества оказания медицинской помощи детям; соблюдение основных требований информационной безопасности;	**организационно-управленческая деятельность:** применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях; организация и управление деятельностью медицинских организаций и (или) их структурных подразделений; организация проведения медицинской экспертизы; организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации; создание в медицинских организациях и (или) их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья.
научно-исследовательская деятельность: анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов; участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.	**психолого-педагогическая деятельность:** формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

Им было предложено оценить представленность вопросов социальной педиатрии (на основании разработанного нами понятийно-категориального аппарата: *холистический подход к здоровью; социальные детерминанты здоровья детей; профилактическая составляющая; дети в неблагоприятных*

условиях жизни/ТЖС; мультидисциплинарный подход/межведомственное взаимодействие; системный подход (к организации медицинской помощи); сохранение здоровья; психосоциальная помощь; права ребенка).

Баллы выставлялись от 1 до 10, где 10 - полное раскрытие темы, а 1 – ее отсутствие в программе. Распределение оценок экспертов представлено в таблице 5.4.

Таблица 5.4.

Распределение оценок экспертов по категориям вопросов социальной педиатрии, представленных в программах подготовки по специальностям «Педиатрия» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (средний балл*)

№	Категория	Педиатрия	Организация здравоохранения и общественное здоровье
1.	Холистический подход к здоровью	5	5
2.	Социальные детерминанты здоровья	4	4
3.	Профилактическая составляющая	7	7
4.	Дети в неблагоприятных условиях (ТЖС)	3	2
5.	Мультидисциплинарный подход/ межведомственное взаимодействие	2	2
6.	Системный подход	8	8
7.	Обеспечение здоровья	9	9
8.	Психосоциальная помощь	2	2
9.	Обеспечение прав ребенка	2	2

*коэффициент конкордации (W) 0,789

По результатам экспертных оценок оказалось, что такие вопросы, как «дети в неблагоприятных условиях жизни (ТЖС)» (в программе подготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»); «мультидисциплинарный подход/межведомственное взаимодействие»; «психосоциальная помощь»; «обеспечение прав ребенка» представлены в программах на крайне низком (2 балла) уровне.

Низкие баллы (3-4) были получены по вопросам: «социальные детерминанты здоровья»; «дети в неблагоприятных условиях(ТЖС)» («Педиатрия»).

Значительное количество отечественных и зарубежных исследований показывают, что дети, находящиеся в неблагоприятных жизненных условиях (ТЖС) имеют выраженные особенности в состоянии здоровья и требуют особого подхода к оказанию им медицинской помощи. В то же время, в программах обучения этому не оказывается должного внимания: акцент в преподавании ставится на клинических аспектах и организации *медицинской* помощи.

Не представлены в необходимом объеме возможные формы межведомственного взаимодействия, - система организации медицинской помощи рассматривается изолированно от других ведомств, участвующих в охране здоровья детей.

Недостаточно освещаются вопросы необходимости комплексного психосоциального сопровождения детского населения в целях сохранения их жизни и здоровья.

Значительный пробел обнаружен в части подготовки специалистов по правам ребенка.

Несмотря на то, что кафедры, осуществляющие образовательную деятельность, могут вносить по своему усмотрению дополнительные темы в программы, отсутствие стандартизированного подхода к преподаванию

указанных выше аспектов не гарантирует адекватную подготовку в сфере оказания эффективной медико-социальной помощи детскому населению.

Средние баллы (5-6) эксперты отдали категории «холистический подход к здоровью».

Традиционная профилактическая направленность российской системы здравоохранения подтверждается и высокими баллами экспертов (7) в отношении нахождения этого вопроса в программах ФГОС.

Системный подход к организации медицинской помощи является отличительной чертой российской системы здравоохранения еще с советских времен, по мнению экспертов представлен в программах подготовки специалистов на должном уровне (8 баллов).

Полученные результаты позволяют констатировать высокую согласованность экспертов в отношении представленности вопросов социальной педиатрии в ФГОС «Педиатрия» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (коэффициент конкордации W=0,789).

Таким образом, можно сделать вывод, что большинство характеристик понятийно-категориального аппарата социальной педиатрии представлены в программах ФГОС на крайне низком и низком уровнях (5 из 9).

Установлено, что **в России преподавание социальной педиатрии носит сквозной характер, в рамках обучения по указанным специальностям представлены отдельные вопросы. В программах не выделяются самостоятельные курсы или циклы социальной педиатрии.**

5.2.3. Социологическое исследование «Проблемы профессиональной подготовки педиатров первичного звена здравоохранения по вопросам социальной педиатрии»

Признавая тот факт, что в нашей стране ключевой фигурой в системе оказания педиатрической помощи является врач-педиатр участковый,

качественная подготовка таких специалистов является залогом эффективной деятельности по охране жизни и здоровья детского населения.

С целью определить основные проблемы в области подготовки врачей-педиатров участковых для оказания медико-социальной помощи в условиях первичного звена здравоохранения было проведено социологическое исследование: групповое глубинное фокусированное интервью «Проблемы профессиональной подготовки педиатров в сфере социальной педиатрии в первичном звене здравоохранения» с анкетированием.

В исследовании участвовали 168 врачей-педиатров детских поликлиник из разных регионов Российской Федерации.

Социально-демографический профиль респондентов:

- средний возраст участников: 46 $\pm$ 8 лет (от 31 до 65 лет);
- гендерный состав: мужчины - 16,7%, женщины – 83,3% (рис.5.3.);
- врачебная квалификационная категория: вторая – 16,1%; первая – 36,9%; высшая – 47%; без категории – 0% (рис.5.4.);
- наличие ученой степени: кандидаты медицинских наук – 18,5% ;
- география исследования: Москва, Московская область, (Химки, Железнодорожный, Балашиха), Санкт-Петербург, Липецкая область, Тверская область, Тульская область, Республика Татарстан (рис.5.5.).

Проведено 14 фокусированных интервью, количество участников варьировало от 9 до 18 человек в группе.

В соответствии с разработанным гайдом-сценарием, интервью проводилось в два этапа.

Второй этап опроса проводился после того, как респондентам были прочитаны авторские лекции об основных положениях социальной педиатрии и принципах оказания медико-социальной помощи детском населению (3 академических часа). Лекционный материал представлялся сотрудниками лаборатории социальной педиатрии Научного центра здоровья детей.

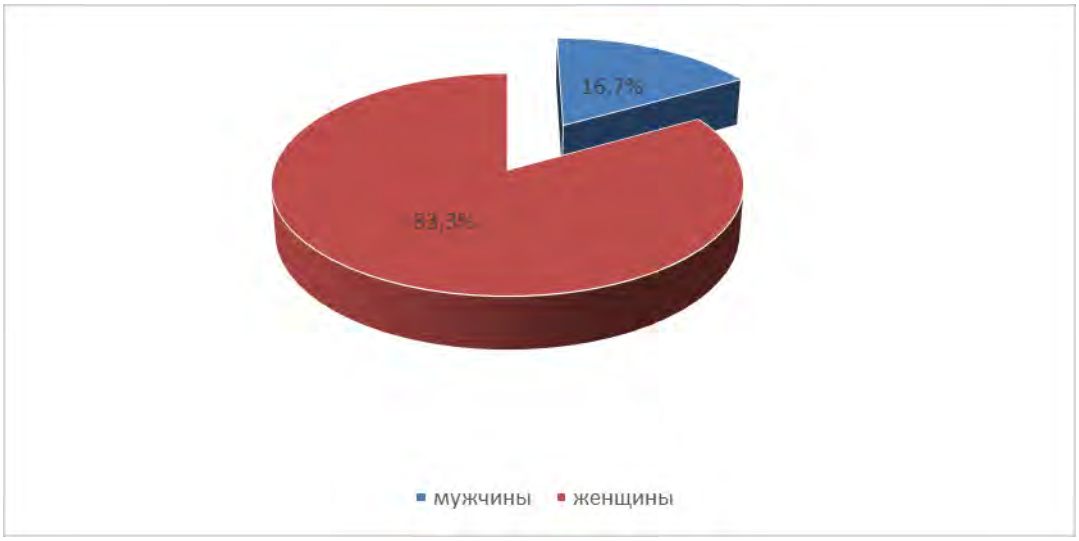


Рис. 5.3. Социально-демографический профиль респондентов: гендерный состав

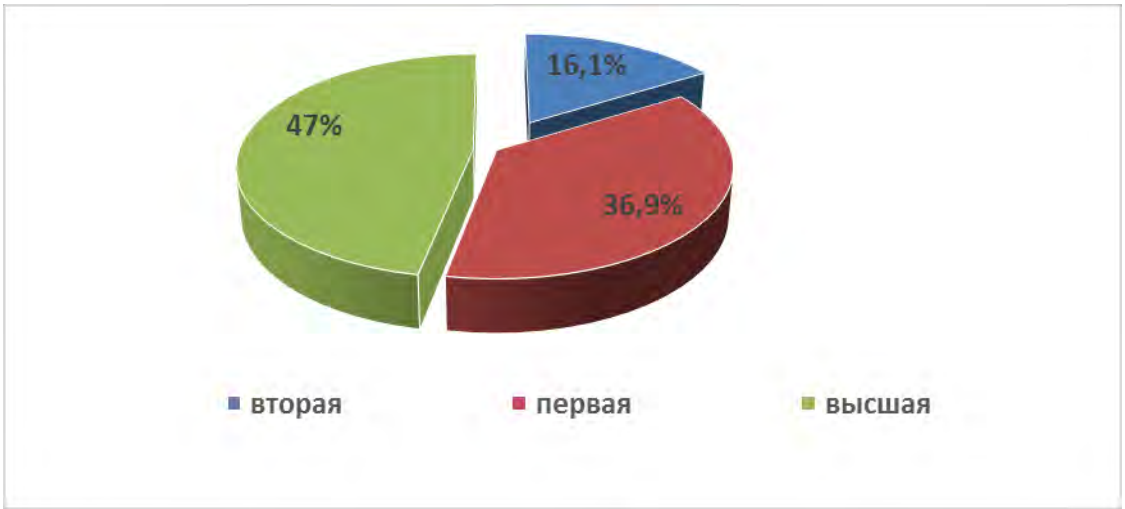


Рис. 5.4. Социально-демографический профиль респондентов: врачебные квалификационные категории

На втором этапе респондентам предъявлялись те же вопросы, что и на первом. По одним вопросам требовалось переоценить свой базовый уровень представлений, руководствуясь полученным лекционным материалом, а по другим - дать ответы, в соответствии с «новым» уровнем знаний.

Результаты базового и повторного интервью продемонстрированы в таблицах 5.5. и 5.6.

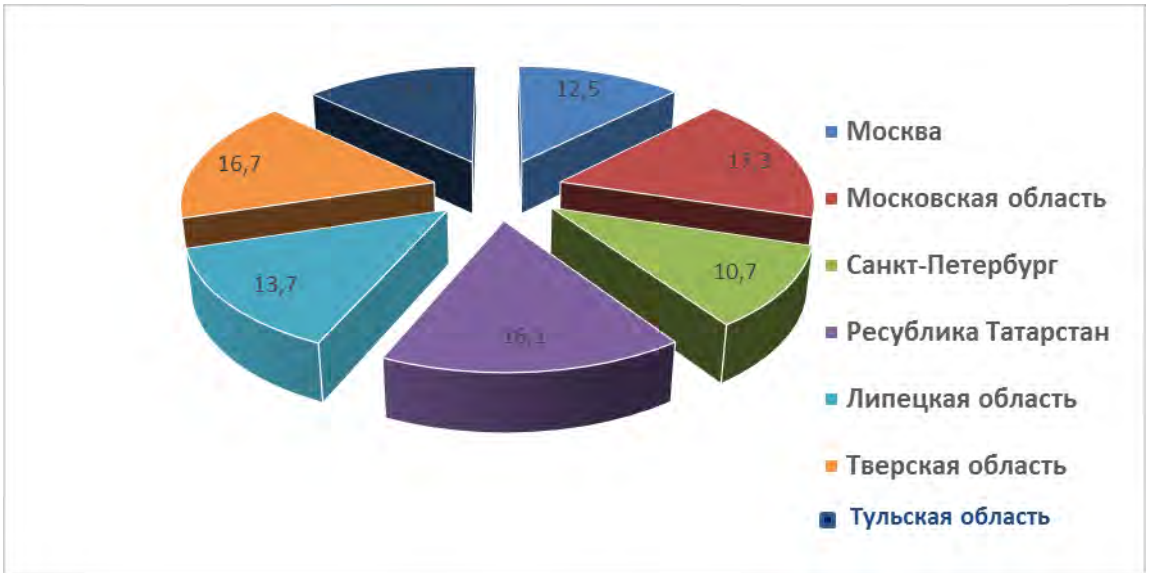


Рис. 5.5. Социально-демографический профиль респондентов: география исследования

Таблица 5.5.

Результаты фокусированных интервью врачей-педиатров участковых (N=168) по проблемам преподавания социальной педиатрии в РФ (переоценка «базовых» представлений) (%)

Утверждение	Базовое интервью	Повторное интервью (переоценка «базовых» представлений)
Имеют достаточно представление о социальной педиатрии	80,3	11,3*
Имеют должный уровень знаний для оказания медико-социальной помощи детскому населению	89,9	30,3*
В своей рутинной деятельности способны осуществлять межведомственное взаимодействие	76,8	24,4*
Обладают необходимыми знаниями для выявления жестокого и/или ненадлежащего обращения с ребенком	80,3	25,6*
В достаточной степени ориентированы по проблемам обеспечения прав ребенка	78	19,6*

*p<0,05

На первом этапе значительное количество опрошенных (80,3%) ответили, что имеют представление о социальной педиатрии. Однако, в процессе проведения первого этапа фокус-групп, выяснилось, что респонденты недостаточно знакомы с этим понятием, не могли дать определение, объяснить, что это такое. Обсуждение развивалось в русле: «Да, слышали о социальной педиатрии, но для нашей практической деятельности она не имеет значения». Участники группы демонстрировали отсутствие интереса к обсуждаемой проблеме, так как «это все вопросы теории, а мы практики».

На втором этапе (после предоставления лекционного материала) мнения респондентов о социальной педиатрии радикально изменились ($p<0,05$). Значительное большинство (88,7%) признало, что заблуждались в отношении того, что такое социальная педиатрия.

Схожая ситуация была отмечена в отношении всех вопросов, на которые респонденты должны были ответить повторно и переоценить свои первоначальные утверждения: зафиксированы значимые ($p<0,05$) изменения позиций опрошенных.

Следует отметить, что в начале интервью респонденты воспринимали заявленную тему как формальную, декларативную, не имеющую отношения к их ежедневной рутинной работе. Именно этим, а также отсутствием необходимых знаний у педиатров на момент проведения первого этапа объясняются существенные ($p<0,05$) изменения ответов при повторном интервью.

На втором этапе интервью число респондентов, оставшихся убежденных в том, что имеют достаточные знания или навыки, по вопросам о медико-социальной помощи, межведомственном взаимодействии и выявлении жестокого обращения с детьми (в три раза), о правах ребенка (в четыре раза) достоверно снизилось, в чём убеждают данные, представленные в таблице 5.6.

Таким образом, несмотря на то, что педиатры «слышали» о таких понятиях, как «социальная педиатрия», «медико-социальная помощь», «межведомственное взаимодействие», «жестокое обращение с детьми», «права ребенка», их представления об этом находились на крайне низком уровне, причем даже сами респонденты не отдавали себе отчет, сколь сильно они заблуждались. После прочтения лекционного материала произошла серьезная «переоценка» базовых убеждений и представлений.

Также врачам-педиатрам было предложено согласиться или опровергнуть несколько утверждений и сделать это на базовом и повторном интервью.

Если на базовом интервью были согласны с тем, что «в задачи врача-педиатра участкового входит оценка неблагоприятных социальных детерминант здоровья ребенка и минимизация их воздействия», 66,1% опрошенных, то на повторном интервью их количество возросло примерно на одну треть (до 98,2%, $p<0,05$).

Мы посчитали крайне тревожным сигналом, что только 60,1% педиатров «согласны с тем, что выявление признаков жестокого (ненадлежащего) обращения с ребенком входит в обязанности педиатра». Показательно, что даже кратковременное обучение (лекции в три академических часа) позволило увеличить количество тех, кто принял эту обязанность, до 91,7% ($p<0,05$).

Единственный вопрос, на который разница в ответах первого и второго этапа интервью практически не отмечалась, касался специальной профессиональной подготовки для осуществления деятельности врача-педиатра участкового (84,5% и 87,5% соответственно).

Обязательная для всех специалистов в сфере охраны детского здоровья подготовка по вопросам социальной педиатрии изначально не нашла поддержки респондентов: согласие с утверждением выразила только половина участников групп (54,2%). Однако при повторном опросе количество согласных значительно возросло (96,4%, $p<0,05$).

Таблица 5.6.

Результаты фокусированных интервью врачей-педиатров участковых (N=168) по проблемам преподавания социальной педиатрии в РФ (%)

Утверждение	Базовое интервью	Повторное интервью
Согласны, что в задачи врача-педиатра участкового входит оценка неблагоприятных социальных детерминант здоровья ребенка и минимизация их воздействия	66,1	98,2*
Согласны с тем, что выявление признаков жестокого (ненадлежащего) обращения с ребенком входит в обязанности педиатра	60,1	91,7*
Нужна особая профессиональная подготовка для осуществления деятельности врача-педиатра участкового	84,5	87,5
Считают обязательной подготовку всех специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям, по вопросам социальной педиатрии	54,2	96,4*

*p<0,05

Таким образом, даже кратковременная подготовка по вопросам социальной педиатрии и оказанию медико-социальной помощи привела к значительной корректировке убеждений врачей-педиатров. Изменения касаются, прежде всего, осознания важности и необходимости учитывать социальные аспекты здоровья детского населения и оказывать соответствующую медико-социальную помощь.

В заключение второго этапа интервью был определен круг специальных тем и вопросов, необходимых педиатрам для оказания эффективной медико-социальной помощи детскому населению (рис. 5.7.).

Было выявлено, что наибольшие затруднения респонденты испытывают с организацией межведомственного взаимодействия. Необходимость подготовки по этому вопросу отметили 100% опрошенных.

Респонденты обращали внимание, что отсутствует какой-либо регламент указанной деятельности.

«Для осуществления эффективной медико-социальной помощи детскому населению врачу-педиатру участковому необходима профессиональная подготовка по следующим вопросам» (ответы в абсолютных числах)

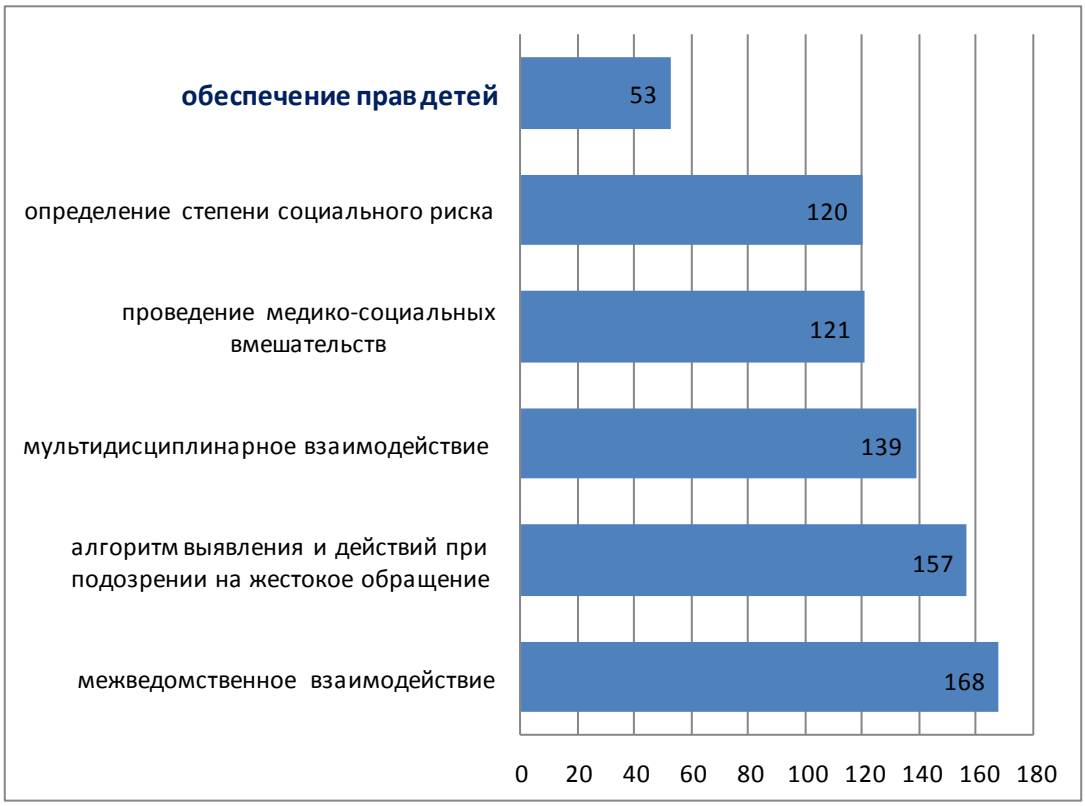


Рис. 5.7. Результаты анкетирования и фокусированных интервью врачей-педиатров участковых (n=168) по проблемам преподавания социальной педиатрии в РФ (заключительное интервью)

Участники групп приводили примеры из собственной практики, когда межведомственное взаимодействие возможно было осуществить только с привлечением руководства поликлиники. В частности, если педиатру удается определить, что ребенок находится в трудной жизненной ситуации и существует риск жесткого с ним обращения, врачи-педиатры участковые испытывают затруднения в своих дальнейших действиях, так как слабо

ориентированы в существующей системе организации социальной защиты населения и предоставления психологической помощи. Респонденты заявляли о желании изучать способы взаимодействия с властными структурами и органами управления по вопросам охраны здоровья детей, что свидетельствует, кроме всего прочего, о принятии педиатрами на себя активной социальной роли.

Важным является запрос респондентов об алгоритме выявления жестокого обращения с детьми и действий в случае обнаружения такого явления (93,5%).

Значительное число участников отметили слабую подготовку по вопросам мультидисциплинарного взаимодействия – работе в команде со специалистами медицинского (например, с психиатром, наркологом, гинекологом) и немедицинского (психологом, педагогом, социальным работником (82,7%).

Среди недостаточно освещаемых тем в процессе преподавания, но необходимых для осуществления медико-социальной деятельности, педиатры называли также обучение проведению медико-социальных вмешательств в отношении ребенка и его семьи (72%).

Определение степени социального риска ребенка вызывает затруднения у большинства опрошенных (71,4%). Респонденты обращали внимание, что отсутствует общепринятая классификация семей по степени риска для жизни и здоровья ребенка, не предоставляются алгоритмы принятия решений, т.е. педиатру предлагается полагаться на его субъективное мнение.

Только 31,5% участников групп заявили о необходимости подготовки по вопросам обеспечения прав ребенка. Возможно, причина этого заложена в особенностях менталитета российского общества.

В результате опроса обозначены основные вопросы подготовки врачей-педиатров участковых, необходимые для осуществления деятельности в условиях первичного звена здравоохранения.

Таким образом, изучение подготовки и анализ программ преподавания социальной педиатрии за рубежом и в РФ убедительно показывает, что для подготовки специалистов по вопросам социальной педиатрии необходимо обеспечить системное (целостное) преподавание предмета. Целесообразно выделение социальной педиатрии как отдельного предмета (курса, цикла) преподавания в программах подготовки по специальности «Педиатрия» для студентов педиатрического факультета и для последипломной подготовки детских врачей, и по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для студентов лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов.

Анализ зарубежных программ подготовки по вопросам социальной педиатрии и результатов экспертных интервью позволил установить выраженный практически ориентированный характер преподавания предмета, что находит свое отражение а) в форме обучения (ординатура, курсы, циклы) и б) в особенностях контингента слушателей, будущая практическая деятельность которых связана непосредственно с преимущественно в сфере охраны здоровья детского населения с учетом социальных детерминант.

В Российской Федерации обучение педиатров аспектам социальной педиатрии на последипломном этапе обладает следующими особенностями: а) отсутствие целостного (системного) преподавания предмета; б) недостаточная представленность вопросов социальной педиатрии в программах подготовки по специальностям «Педиатрия» (специалитет) и «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (подготовка кадров высшей квалификации); б) не обеспечивается подготовка по практическим вопросам оказания медико-социальной помощи детскому населению.

Из изложенного материала следует однозначный вывод: для оптимизации профессиональной подготовки педиатров первичного звена

необходимо обеспечить подготовку по вопросам социальной педиатрии и оказания медико-социальной помощи детскому населению.

ГЛАВА 6
АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Для определения особого вида медицинской помощи, носящей комплексный характер и учитывающей социальные детерминанты здоровья, используется термин «медико-социальная помощь». Следовательно, подходы социальной педиатрии обнаруживают себя в первую очередь в тех организационных формах, в названии которых присутствует указанный термин.

К значимым формам медико-социальной помощи, направленным на охрану здоровья детей с позиций социальной педиатрии и обеспечивающим ***профилактическую направленность*** этой работы, мы отнесли:

1) **кабинеты медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации;**
2) **отделения (кабинеты) медико-социальной помощи детской поликлиники.**

Также в главе рассматриваются основные принципы **организации паллиативной помощи детям** и важность использования подходов социальной педиатрии при ее оказании. Этот вид медицинской помощи был выбран для исследования как относительно новая форма МСП в РФ. *Впервые* в нормативных правовых документах в 2011 г. в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» паллиативная медицинская помощь признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению. Первый документ, регламентирующий оказание паллиативной помощи детям был утвержден в 2015 году (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям"). В соответствии с Резолюцией №1649 (2009) Совета Европы, паллиативная помощь является инновационным методом оказания помощи *одновременно* в

сферах *здравоохранения и социальной помощи* [170]. По этой причине, а также учитывая то, что этот вид помощи относительно недавно появился в нашей стране, мы рассматриваем паллиативную помощь детскому населению в этой главе. Однако сразу определим, что в наши задачи не входил анализ развития паллиативной помощи детскому населению в целом, в своей работе мы сконцентрировались на подходах социальной педиатрии, используемые при оказании этого вида помощи.

В настоящей главе, прежде, чем перейти непосредственно к анализу отобранных организационных форм медико-социальной помощи, приведены результаты социологического исследования «Организация медико-социальной помощи детскому населению», характеризующего сложившиеся представления специалистов системы охраны здоровья детей.

6.1. Социологическое исследование «организация медико-социальной помощи детскому населению»

Проанкетировано 678 специалистов в области детского здравоохранения (педиатров, организаторов здравоохранения, преподавателей профильных кафедр) из 28 регионов РФ. Признавая ключевую роль детских поликлиник в системе охраны детства, в первую очередь опрос направлен на выяснение представлений специалистов об оказании медико-социальной помощи на базе данных медицинских организаций.

Социально-демографический профиль респондентов:

- средний возраст участников: 43 + 7 лет (от 28 до 72 лет);
- гендерный состав: мужчины - 19,3%, женщины – 80,7%;
- врачебная квалификационная категория: вторая – 19%; первая – 36,1%; высшая – 34,9%; без категории – 10%;
- наличие ученой степени: кандидаты медицинских наук – 18,5%; доктора медицинских наук – 9%;

• география исследования (в алфавитном порядке): Башкортостан, Владимирская область, Воронежская область, Ивановская область, Иркутская область, Красноярский край, Ленинградская область, Липецкая область, Марий Эл, Москва, Московская область, Нижегородская область, Омская область, Приморский край, Самарская область, Санкт-Петербург, Саратовская область, Саха (Якутия), Свердловская область, Северная Осетия – Алания, Смоленская область, Татарстан, Тверская область, Томская область, Тульская область, Ульяновская область, Чувашия, Ярославская область.

С учетом определения медико-социальной помощи детскому населению как мультидисциплинарной (комплексной) профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья [146,147], 59% опрошенных характеризуют ее организацию как неудовлетворительную (рис.6.1.).

Серьезным вызовом является то, что в своей практике встречались со случаями жесткого обращения с детьми 96,6% респондентов. Из них 84,6% испытывали серьезные затруднения в том, что делать в такой ситуации.

Алгоритм действий в случае подозрения на жестокое обращение с ребенком известен только 31,1% опрошенных.

В то же время, признают высокую степень влияния социальных факторов на формирование здоровья детского населения 100% участвующих в опросе.

Сталкивались в своей практической деятельности с неблагоприятным влиянием социальных факторов на здоровье ребенка также 100%.

Ответили утвердительно, что знали, какие действия нужно предпринимать (имели алгоритм по минимизации-устранению влияния неблагоприятных факторов), 44,4% респондентов.

По данным, полученным от опрошенных, отделения медико-социальной помощи организованы в 21 регионе из 27.

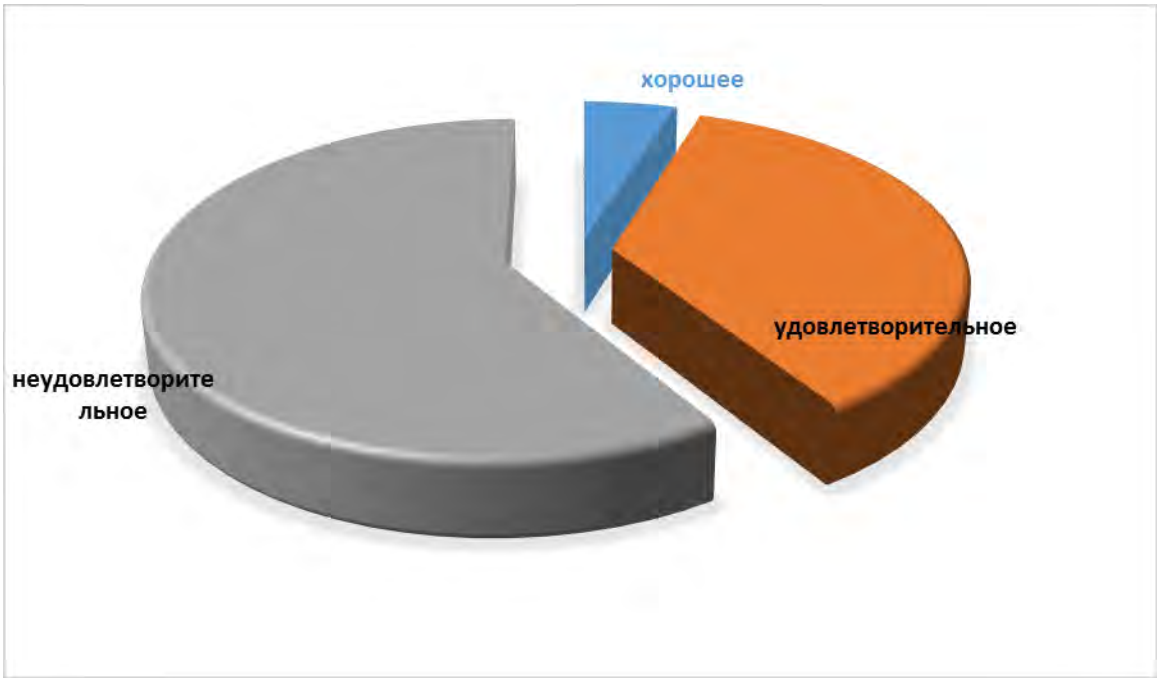


Рис.6.1. Оценка респондентов (N=678) состояния медико-социальной помощи детскому населению в РФ

Существенным моментом является то, что среди респондентов из тех регионов, в которых организованы указанные отделения, 17,5% не знали об этом (ответили «нет»), а 22,4% затруднились с выбором ответа. Еще раз обратим внимание, что в опросе участвовали специалисты, которые по роду своих интересов и занятий должны были быть осведомлены о возможностях оказания медико-социальной помощи детскому населению в своем регионе, однако наш опрос показывает, что это не так.

Респондентам была предложена серия утверждений, касающихся отделений медико-социальной помощи детских поликлиник (табл.6.1.).

Оказалось, что 57,3% опрошенных (сумма ответов «нет» и «затрудняюсь ответить») не знакомы с действующим законодательством, которое регламентирует наличие в структуре детской поликлиники отделения медико-социальной помощи.

Вызвали затруднения вопросы, касающиеся прописанных в нормативных правовых документах штатных единиц отделения медико-

социальной помощи (табл. 6.). Уверенный утвердительный ответ (83%) был получен только в отношении психолога. Большинство респондентов (57,4%) исключили логопеда из штатных нормативов отделения, хотя этот специалист может быть включен в штат в зависимости от объема работы.

Большинство опрошенных (52,7%) ошибочно считает, что работа в отделениях направлена только на решение проблем подросткового населения. Вероятно, это заблуждение даже тех, кто имеет опыт медико-социальной работы, связано с тем, что впервые отделение медико-социальной помощи детской поликлиники упоминается в Приказе Минздрава РФ от 05.05.1999. N 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

Настораживает, что 54,4% респондентов считают, что деятельность существующих отделений носит формальный, декларативный характер.

Необходимость специальной подготовки для оказания медико-социальной помощи детскому населению признали 43,4% участников опроса, но 45% затруднились с выбором ответа.

Необходимость организации/сохранения в структуре детской поликлиники отделений медико-социальной помощи при условии грамотной организации их работы признают 48,5% опрошенных.

Можно признать проблемой, что почти одна пятая часть респондентов (19,7%) не согласны с тем, что выявление неблагоприятных социальных детерминант здоровья входит в задачу врача-педиатра участкового, а 10,8% затруднились ответить на это вопрос.

Считают, что в своей практической деятельности не принимают участия в оказании медико-социальной помощи 29, 4% участвующих в исследовании.

Таблица 6.1. показывает, что большинство из опрошенных не ориентированы в вопросах оказания медико-социальной помощи в детской поликлинике.

Таблица 6.1.

Распределение ответов педиатров (N=678) на вопросы, касающиеся деятельности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники (%)

Утверждения	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Наличие ОМСП в структуре детской поликлиники прописано в действующем законодательстве	42,6	13	44,4
В соответствие с законодательством, в штат ОМСП может входить: а) психолог	83	6,6	10,4
б) юрисконсульт	36,7	15,7	47,6
в) социальный работник	54,3	17,8	27,9
г) логопед	35	57,4	7,6
Деятельность ОМСП направлена только на подростков	52,7	32,2	10,4
Считаю деятельность ОМСП во многом формальной, малоэффективной	54,4	42,6	3
Нужна специальная подготовка для работы в ОМСП	43,4	11,6	45
Организацию/сохранение ОМСП в детских поликлиниках считаю обязательным условием	48,5	18,6	32,9
Согласны, что в задачу врача-педиатра участкового входит выявление неблагоприятных социальных детерминант здоровья ребенка	69,5	19,7	10,8
В своей практической деятельности участвую в оказании медико-социальной помощи	63,6	29,4	7

Мы разделили всех респондентов на две группы: группа 1 (знакомы с деятельностью отделения медико-социальной помощи детской поликлиники -249 чел.) и группа 2 (не знакомы - 429 человек) и сравнили их ответы на вопросы анкеты (табл.6.2.).

При сравнении ответов респондентов из двух групп по всем утверждениям (кроме вопроса о жестоком обращении с детьми) были обнаружены статистически значимые различия.

Так, обращает на себя внимание существенное расхождение мнений по вопросу о формальности и малой эффективности деятельности отделений

медико-социальной помощи: согласны с этим только 6,8% специалистов первой группы и 82,1% второй ($p<0,05$).

Таблица 6.2.

Результаты анкетирования по проблемам организации медико-социальной помощи (%)

Утверждения	Утвердительные ответы респондентов**	
	Группа 1 (N=249)	Группа 2 (N=429)
В своей практической деятельности участвуют в оказании медико-социальной помощи	100	42,4*
Согласны, что в задачу врача-педиатра участкового входит выявление неблагоприятных социальных детерминант здоровья ребенка	100	51,7*
В своей практике сталкивались со случаями жестокого обращения с детьми	100	94,6
Детские поликлиники должны быть обеспечены психолого-педагогическими кадрами	98,4	71,1*
Детские поликлиники должны быть обеспечены специалистами по социальной работе	88	66,6*
Деятельность отделений медико-социальной помощи детских поликлиник формальная, малоэффективная	6,8	82,1*
Необходима специальная подготовка для работы в отделении медико-социальной помощи детской поликлиники	92,8	14,7*
Организацию ОМСП в детских поликлиниках считаю обязательной	88	25,6*

**p<0,05*

***ответы респондентов предполагали выбор одного из трех вариантов: «да», «нет» и «затрудняюсь ответить»*

Вызывает озабоченность, что почти половина респондентов второй группы (49,7%) не согласны с тем, что в задачу врача-педиатра участкового входит выявление неблагоприятных социальных детерминант здоровья ребенка.

В то же время, расхождения в ответах опрошенных из первой и второй групп по утверждениям о необходимости обеспечения поликлиники психолого-педагогическими кадрами и специалистами по социальной работе хотя и статистически значимые, но не столь велики, как по другим представленным вопросам (98,4% и 71,1%, $p<0,05$ и 88% и 66,6%, $p<0,05$). Это можно объяснить тем, что в опросе принимали участие специалисты, которые по роду своей деятельности знакомы с проблемами и потребностями детского населения, однако не все из них знают, какие возможности есть для решения этих проблем.

Отсутствие знаний в организации медико-социальной помощи в детской поликлинике и опыта работы приводит к тому, что респонденты не понимают специфику такой деятельности, что находит свое отражение в их ответах. Только 14,7% лиц второй группы согласны с тем, что необходима специальная подготовка для оказания медико-социальной помощи в детской поликлинике, против 92,8% первой группы ($p<0,05$). В необходимости организации отделений медико-социальной помощи детской поликлиники убеждены 25,6% опрошенных второй группы против 88% первой ($p<0,05$).

Сравнительный анализ показал, что у значительной части специалистов системы охраны здоровья детей отсутствуют знания и опыт в оказании медико-социальной помощи, что приводит к большому количеству заблуждений, и, в свою очередь, не может не отразиться на качестве мероприятий по охране здоровья детского населения. Таким образом, для осуществления эффективных медико-социальных мероприятий в отношении детского населения необходимо обеспечить заинтересованных специалистов необходимыми знаниями и практическим опытом.

6.2. Медико-социальная помощь беременным в трудной жизненной ситуации

Признано, что охрана здоровья ребенка должна начинаться еще до его рождения. Если во время беременности женщина испытывает серьезные психосоциальные проблемы, то риск развития у ребенка определенных заболеваний, а также возникновения таких социальных феноменов, как сиротство, жестокое обращение и неонатицид, значительно выше.

Особенностью сиротства в России является его социальный характер. Доля биологических сирот в общей численности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, до настоящего времени сохраняется на уровне ниже 20%.

Серьезную проблему представляет феномен отказа матерей от своих новорожденных детей. Определить точное количество отказов не представляется возможным ввиду отсутствия официальной государственной статистики. Анализируемые ниже данные носят приблизительный характер, получены из различных источников в регионах, в том числе предоставлены НКО, объединены в докладе Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка «Основные статистические данные по вопросам защиты прав и интересов детей (2009-2014гг)» [155] (табл.6.3.).

Таблица 6.3.

Сведения об отказах от новорожденных

Годы		2010	2011	2012	2013	2014
Количество отказов	абсолютное	5606	4751	6234	5757	4983
	на 100000	0,31	0,26	0,32	0,3	0,26

Статистически значимые различия не обнаруживаются ($p>0,05$) при анализе изменений доли отказов от новорожденных среди родившихся живыми в течение последних лет, характеризующихся относительной социально-экономической стабильностью.

Серьезной проблемой для России остаются такие явления, как неонатицид и жестокое обращение с новорожденными. По данным официальной статистики МВД РФ, в 2010 г. было зарегистрировано 103, в 2011 г. – 108, в 2012 г. -132 и в 2013 г. также 132 случая, квалифицированных по статье 106 УК РФ как "убийство матерью новорожденного" [188]. Однако в правоприменительной практике убийство новорожденного нередко квалифицируется по статье 105 УК РФ "убийство", при этом, опираясь на данные официальной статистики, невозможно определить возрастную принадлежность потерпевшего.

Выявление случаев жестокого обращения с новорожденными не носит системного характера, в официальной статистике находят свое отражение только зарегистрированные преступления, совершенные в отношении несовершеннолетних. Однако известна высокая латентность этих социальных феноменов [119].

В свете вышеуказанных причин, количество насильственных смертей детей в возрасте до 1 года и случаев жестокого обращения с ними может чувствительно превышать официальную статистику.

Сегодня нет оснований предполагать, что социальное сиротство, неонатицид и жестокое обращение с детьми в ближайшие годы полностью исчезнут из жизни нашего общества. В связи с этим встает вопрос о внедрении профилактических стратегий в тех случаях, когда мать не хочет (или не может) заботиться о сохранении жизни и здоровья ребенка. На решение этих задач должна быть направлена медико-социальная помощь беременным в трудной жизненной ситуации.

6.2.1. Анализ основных нормативных и правовых актов, регулирующих оказание медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации

В Указе Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы" обозначено:

- продолжать работу по созданию службы (системы) медико-социального сопровождения и поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в целях профилактики абортов и предотвращения социального сиротства и неонатицида;

- обеспечивать обязательное юридическое, психологическое и социальное консультирование беременных, намеревающихся сделать аборт, в женских консультациях и родильных домах.

Приказ Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 г. N 389 "О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях" содержал «Положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации», а также «Положение об организации деятельности социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации».

МЗ и СР было подготовлено методическое письмо "О создании Центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации" от 25.08.2011 г. N 15-0/10/2-8347 для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, главными врачами перинатальных центров, центров планирования семьи, родильных домов, специалистами, участвующими в оказании медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

В соответствии с указанным письмом, «Целью создания центра является организация и координация работы кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций в субъектах Российской Федерации в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 г. № 389 "О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях", а также деятельности социальных работников и психологов акушерских стационаров» [17].

Заявлено, что «для достижения поставленной цели центры осуществляют свою деятельность на *межведомственной* основе путем

взаимодействия органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, образования, социальной защиты с привлечением общественных организаций (объединений) негосударственных фондов, традиционных конфессий по реализации медико-социальных, психологических и юридических задач, направленных на сохранение и укрепление здоровья *беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации*, и ее будущего ребенка, включая *превентивные меры* по предупреждению абортов и отказов от новорожденных в роддомах» [24].

Медико-социальная помощь беременным в трудной жизненной ситуации должна включать три составляющие: медицинскую, социальную и психологическую, направленные на сохранение здоровья беременной и ее будущего ребенка, а также осуществления их социально-правовой защиты.

Указанными нормативными документами [17,24] определены основные задачи оказания медико-социальной помощи беременным в кризисной ситуации (женщинам, испытывающим воздействие факторов социального риска): (рис.6.2.).

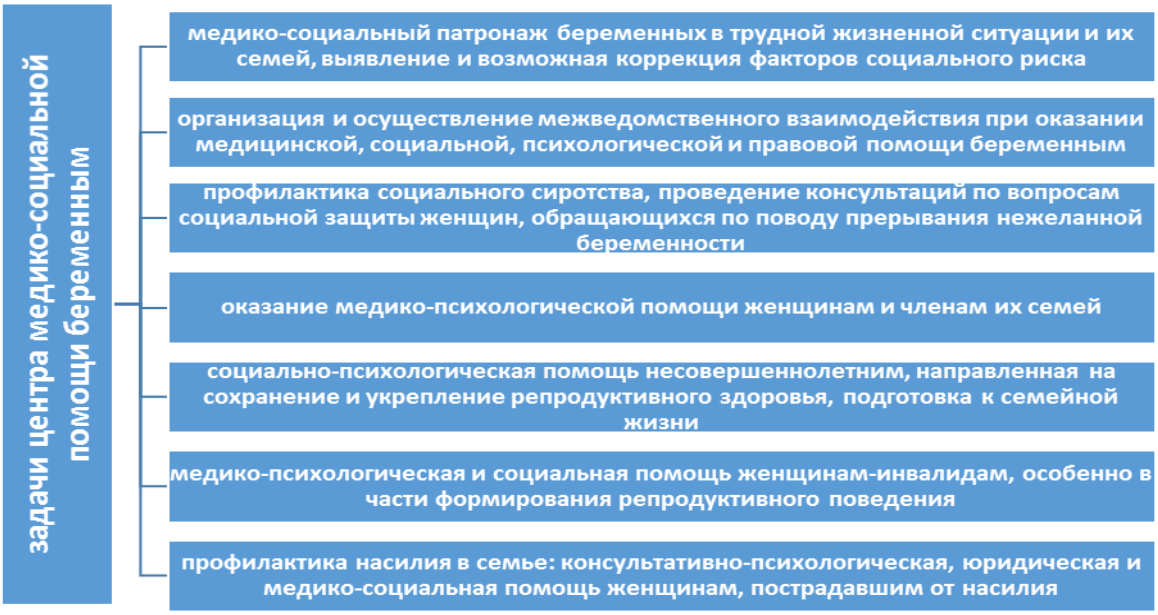


Рис.6.2. Задачи центра медико-социальной помощи беременным [24]

Важным для установления доверительных связей с референтной группой населения является то, что предусматривается возможность получить помощь анонимно.

Еще одним значимым пунктом является определение факторов социального риска, которые являются показаниями для направления будущей матери в кабинет медико-социальной помощи. К ним относятся: проживание в общежитии или коммунальной квартире; доходы в семье ниже прожиточного минимума; беременная не состоит в зарегистрированном браке; многодетность (особенно при низких доходах); учеба во время беременности; возраст до 19 лет; употребление беременной (а также членами семьи) алкоголя, наркотиков; беременная "старшего" возраста (старше 40 лет); безработные беременные; инвалидность беременной, наличие инвалидов в семье; асоциальный образ жизни семьи.

Особо оговаривается, что наличие нескольких факторов одновременно увеличивает риск невынашивания беременности, отказов от детей, социального сиротства.

6.2.2. Подходы социальной педиатрии в нормативных правовых актах, регламентирующих деятельность кабинетов (отделений) медико-социальной помощи беременным

В представленных нормативных правовых документах, регламентирующих деятельность кабинетов медико-социальной помощи беременным, для охраны жизни и здоровья будущего ребенка отражены *основные подходы социальной педиатрии.*

Холистическая оценка состояния здоровья предусматривает учет комплекса биологических, социальных и психологических факторов, влияющих на здоровье будущей матери и ребенка.

Организация новой формы оказания медицинской помощи - отделений медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации - позволяет выявлять неблагоприятные ***социальные детерминанты***

беременности и развития будущего ребенка, и своевременно устранять их, обеспечивая необходимой поддержкой контингент женщин в *трудной жизненной ситуации*.

Профилактическая направленность. В целях, которые поставлены перед кабинетами медико-социальной помощи беременным, акцентируется внимание на *превентивных мерах по предупреждению абортов и отказов от новорожденных в роддомах,* т.е работа направлена на профилактику социального сиротства. Также медико-социальная деятельность кабинетов, в соответствии с законодательством, должна быть направлена на антенатальную профилактику нарушений здоровья будущего ребенка.

Необходимость осуществления ***межведомственного взаимодействия*** закреплена в регламентирующих нормативных правовых документах. Важно отметить, что кроме сотрудничества с государственными структурами (органами исполнительной власти, образования, социальной защиты) предполагается также привлечение общественных организаций (объединений), негосударственных фондов, традиционных конфессий для решения медико-социальных, психологических и юридических задач, поставленных перед кабинетами.

Таким образом, в нормативных правовых документах, регламентирующих деятельность кабинетов (отделений) медико-социальной помощи беременным, отражены основные подходы социальной педиатрии к охране здоровья детей.

6.2.3. Организация отделений медико-социальной помощи беременным в ТЖС в г. Москве

Отказ матерей от своих детей и социальное сиротство - серьезная проблема для всей России, а для Москвы в особенности. В столице отмечается большое количество мигрантов, лиц, не имеющих постоянного места проживания, утративших родственные связи.

Так, в 2011 году в г. Москве было зафиксировано 330 случаев отказов матерей от новорожденных в родильных домах. От жительниц Москвы было получено 124 отказа, 87 от гражданок РФ, все другие случаи (36%) – от женщин из других государств (Киргизия, Таджикистан, Молдова, Украина и др.).

На основании положений Приказа МЗ и СР РФ от 01.06.2007 N 389 ("О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях") в целях профилактики социального сиротства, отказа от детей и подготовки к ответственному материнству Департамент здравоохранения г.Москвы в 2011 году инициировал организацию медико-социальной помощи беременным женщинам в трудной жизненной ситуации (Приказ ДЗ г. Москвы от 13.07.2011 № 651).

Важно подчеркнуть, что создание отделений инициировано муниципальным органом исполнительной власти (Департаментом здравоохранения), тем самым продемонстрирована *политическая воля* для развития медико-социальной помощи беременным в ТЖС.

Планировалось организовать 10 кабинетов/отделений медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации (по одному в каждом округе города). На базе родильных домов – 3, женских консультаций – 4, центров планирования семьи и рождаемости – 3. Департаментом здравоохранения Москвы разработана нормативная правовая и организационно-методическая документация, регламентирующая деятельность отделений. Финансирование осуществляется за счет средств бюджета г. Москвы.

Структура причин направления в медико-социальные отделения для беременных в трудной жизненной ситуации представлены на рисунке 6.3. (по данным Департамента здравоохранения Москвы).

Ведущей причиной, послужившей поводом для направления женщины в медико-социальное отделение, является необходимость психологической помощи (47,3%). На наш взгляд, это демонстрирует принципиально важную

особенность – индивидуальный подход к нуждам женщины. Действительно, руководствуясь только формальными признаками (низкий материальный уровень, съемная квартира и др.), не всегда удается определить тех беременных, кто находится в ТЖС и в первую очередь нуждается в помощи.

На втором месте по частоте направлений в отделения МСП – беременные, оставшиеся без поддержки отца будущего ребенка (14,1%). Во многих слоях населения нашего общества сохраняется негативное отношение к женщине, родившей ребенка вне зарегистрированного брака, что может приводить к ее решению прервать беременность. Учитывая это, необходимо продолжать работу по воспитанию толерантности в обществе наряду с борьбой за семейные ценности.



Рис.6.3. Структура причин обращений в медико-социальные отделения для беременных в трудной жизненной ситуации (%)

Среди других причин направлений беременных в отделения – отсутствие работы, беременная старше 40 лет, неудовлетворительные

условия проживания, учеба во время беременности, доходы ниже прожиточного минимума – каждая из которых составляет около 6%.

С использованием методов включенного наблюдения и глубинных интервью (администрация родильного дома и персонал отделения – 11 человек) исследована деятельность одного из отделений медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации, организованного на базе ГБУЗ «Родильный дом №3» ДЗМ. Выявление слабых и сильных сторон осуществляемой деятельности проводилась посредством глубинных интервью (персонала отделения, администрации родильного дома, потребителей услуг отделения).

На основании приказа Департамента здравоохранения г. Москвы №651 от 13.07.2011 «Об организации медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации», постановления правительства Москвы от 07.04.2011 №114 – ПП «О Программе модернизации здравоохранения Москвы на 2011 2012 годы», приказа Управления здравоохранения Западного административного округа г. Москвы № 1017 от 04.08.2011 «Об организации медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации» и в целях профилактики социального сиротства, подготовки к ответственному материнству в ГБУЗ «Родильный дом № 3 ДЗМ» 1 сентября 2011 года открыто отделение медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации.

Штаты отделения представлены заведующей (врач акушер-гинеколог), акушеркой, юрисконсультом, психологом и социальным работником.

За период включенного наблюдения (с 12.01.2012 по 30.06.2012 г.) в отделении была оказана помощь 183 женщинам, проведена 341 консультация акушера-гинеколога, 95 консультаций психолога и 64 консультации юриста.

Структура причин направлений пациенток в данное отделение медико-социальной помощи представлена на рисунке 6.4.

Основным травмирующим фактором для большинства женщин является отсутствие поддержки со стороны отца будущего ребенка (18,6%

всех обратившихся в отделение). Далее следуют такие причины направления, как «Возраст до 18 лет» (14,2%) и «учеба во время беременности» (13,1%). В отделение за указанный период направлены 18 женщин (9,8%) по причине многодетности, такое же количество обращений зафиксировано по фактору «беременность после 40 лет» (9,8%). Последний фактор не является психотравмирующим в благополучных слоях населения, но в проблемных семьях поздняя беременность расценивается как новая проблема и женщина заявляет о желании сделать аборт.



Рис.6.4. Структура причин обращений беременных в отделение медико-социальной помощи ГБУЗ «Родильный дом №3» ДЗМ (%)

Помощь отделения в таких случаях позволяет нормализовать психологическое состояние женщины и сохранить будущего ребенка. Такие причины направления в отделение, как «употребление ПАВ», «инвалидность беременной», «безработная беременная», а также факт «неудовлетворительные условия проживания» , составили каждый около 7%. По фактору «доходы в семье ниже прожиточного минимума» пациентками отделения являлись 5,6% женщин.

Для каждой пациентки, поступившей в отделение, разрабатывается индивидуальная программа медико-социальной помощи. В зависимости от проблемы, послужившей показанием для направления в отделение, проводятся медицинские, социальные и/или психокоррекционные мероприятия.

Среди всего контингента беременных в трудной жизненной ситуации особое внимание уделяется сиротам и несовершеннолетним. В 2012 году в отделении наблюдались 11 несовершеннолетних пациенток. Три шестнадцатилетние беременные, находящиеся под наблюдением в отделении, проживали в Кризисном центре со стационарным отделением «Маленькая мама» (на базе ГУ «Специализированный дом ребенка № 22» г.Москвы).

Медицинская составляющая является ведущей в структуре медико-социальной помощи. Контингент отделения становится на учет в женскую консультацию на поздних сроках беременности и попадает в поле зрения медицинских работников с уже сформированной патологией. Работа психолога отделения заключается, в первую очередь, в определении степени психологической готовности женщины к материнству. Для разрешения социальных проблем женщины привлекаются социальный работник и юрисконсульт. Отделение сотрудничает с Кризисным центром со стационарным отделением «Маленькая мама» (на базе ГУ «Специализированный дом ребенка № 22» г. Москвы). В Кризисный центр принимаются несовершеннолетние беременные, являющиеся социальными сиротами, нуждающиеся в предоставлении им жилья. Налажено сотрудничество с благотворительным фондом «волонтеры в помощь детям-сиротам», взаимодействие с православным центром помощи беременным и женщинам с младенцами, находящимся в трудной жизненной ситуации («Дом для мамы»). Тем самым, в соответствии с методическим письмом Минздравсоцразвития РФ "О создании Центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной

ситуации" (от 25.08.2011 г. N 15-0/10/2-8347), осуществляется сотрудничество с НКО и традиционными конфессиями в целях оказания беременным комплексной медицинской, социальной, психологической и правовой помощи.

Таким образом, в кратчайшие сроки удалось организовать работу отделения медико-социальной помощи беременным, деятельность которого оказалась востребованной и позволила своевременно проводить профилактические мероприятия в отношении здоровья и жизни будущего ребенка.

6.2.4. Экспертные интервью «Организация медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации»

В качестве участников (56 человек) выступили: представители Департамента здравоохранения г.Москвы (Управление организации медицинской помощи детям и матерям Департамента); главный врач ГБУЗ «Род.дом №3», сотрудники отделений медико-социальной помощи беременным.

Экспертам было предложено оценить реальные (существующие в настоящий момент) и потенциальные возможности отделения медико-социальной помощи беременным в ТЖС обеспечивать основные принципы и подходы социальной педиатрии (на основании разработанного нами понятийно-категориального аппарата). Предварительно экспертам была изложена подробная интерпретация каждой понятийной категории.

Экспертная оценка обеспечения социально-педиатрических подходов и принципов в деятельности отделения проводилась с использованием визуальной аналоговой шкалы, где «0» – «не обеспечивается совсем», а «100» – «обеспечивается в максимальной степени»

В целом эксперты отметили высокий потенциал отделения медико-социальной помощи беременным в ТЖС по реализации основных принципов и подходов социальной педиатрии: наименьший балл «73» в категории

«системный подход» и наибольший «100» в категории «социальные детерминанты здоровья.

Таблица 6.5.

Экспертная оценка (с использованием визуальной аналоговой шкалы) использования принципов и подходов социальной педиатрии в деятельности отделения МСП беременным в ТЖС

Принципы и подходы социальной педиатрии	Оценка экспертов** (средний балл)	
	Реальные возможности	Потенциальные возможности
Холистический подход к здоровью	75	87
Социальные детерминанты здоровья	92	100
Профилактическая составляющая	88	98
Особое внимание детям в ТЖС	55*	81
Мультидисциплинарный подход/ межведомственное взаимодействие	59*	85
Системный подход	37*	73
Сохранение максимально возможного уровня здоровья	81	87
Психосоциальная помощь	69*	93
Обеспечение прав ребенка	51*	82

*p<0,05 **коэффициент конкордации

Была показана высокая степень согласованности экспертов (W=0,86).

По многим параметрам реальные возможности отделения статистически значимо ниже потенциальных, в их числе: «особое внимание к

детям в ТЖС» (55 и 81, $p<0,05$), мультидисциплинарный подход/ межведомственное взаимодействие (59 и 85, $p<0,05$), системный подход (37 и 73, $p<0,05$), психосоциальная помощь (69 и 93, $p<0,05$), обеспечение прав ребенка (51 и 82, $p<0,05$).

Все эксперты согласны с тем, что максимально возможное использование принципов и подходов социальной педиатрии позволит повысить качество и эффективность оказания медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации.

Самую низкую оценку (37) эксперты присвоили категории «системный подход (к организации помощи)». Они пояснили, что системный подход в организации медико-социальной помощи практически отсутствует, функционируют единичные отделения, нет преемственности.

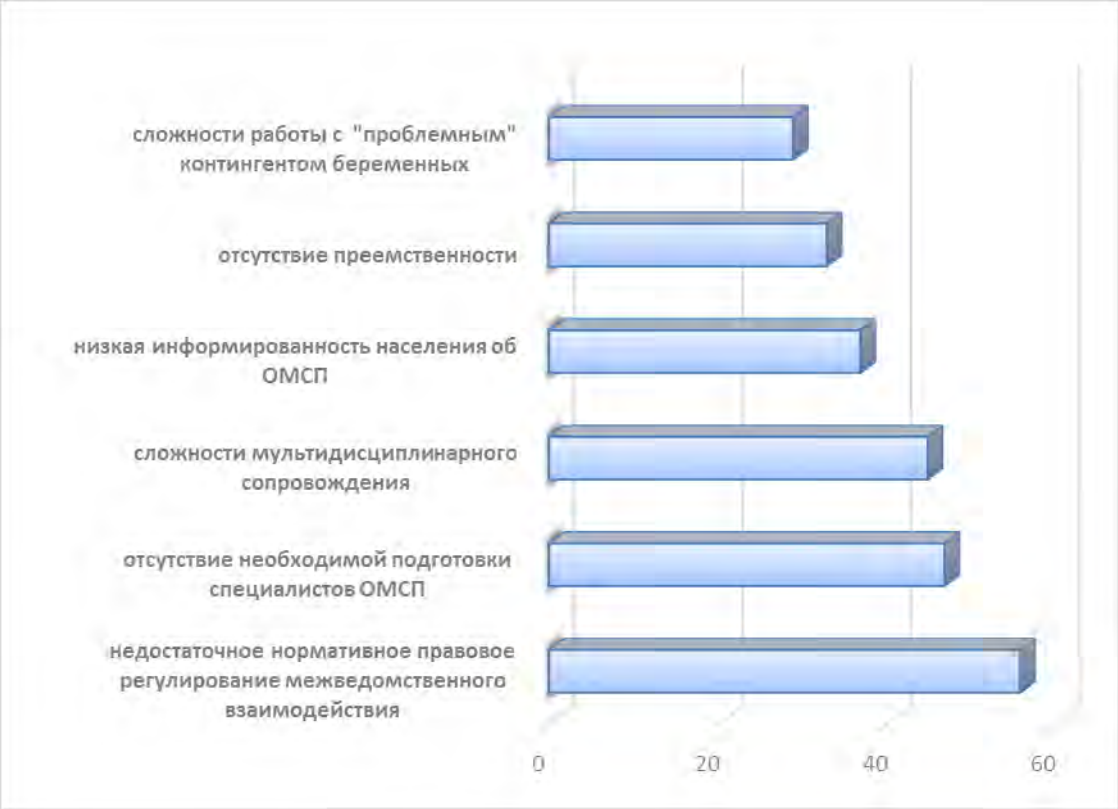
Невысокие баллы были получены по категориям, относящимся к здоровью будущего ребенка – «обеспечение прав ребенка» (51) и «особое внимание к детям в ТЖС» (55), что обусловлено отсутствием в настоящее время возможности последующего медико-социального сопровождения ребенка. В то же время, отметили эксперты, если бы существовала преемственность между отделениями медико-социальной помощи беременным и такими же отделениями детских поликлиник, уже на антенатальном этапе могла бы проводиться совместная профилактическая работа, а с первых дней жизни ребенок и его семья попадали бы под особое внимание.

Не в полной мере, по мнению экспертов, реализовываются возможности отделения по обеспечению межведомственного и мультидисциплинарного взаимодействия. Причины этого – отсутствие регламента межведомственного взаимодействия, отсутствие подготовки для работы в мультидисципинарной команде и с особым контингентом – беременными в ТЖС.

Из представленной таблицы 6.5. видно, что высокие экспертные баллы в оценке реальных возможностей отделения медико-социальной помощи

беременным в ТЖС получены по категориям «социальные детерминанты здоровья» (92), «профилактическая составляющая» (88), «сохранение максимально возможного уровня здоровья» (81). Достаточно высокий балл присужден экспертами категории «холистический подход к здоровью» (75).

Экспертами были определены основные препятствия («слабые стороны») на пути развития медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации (рис.6.5.).



**респонденты могли предложить неограниченное количество вариантов ответов*

Рис.6.5. Экспертный выбор основных препятствий организации медико-социальной помощи беременным в ТЖС

Недостаточное нормативное правовое регулирование межведомственного взаимодействия. Все респонденты (56 чел.) сообщили, что взаимодействие с учреждениями социальной защиты, органами МВД, УФМС, образовательными учреждениями осуществляется только путем личных контактов и в каждом конкретном случае зависит от человеческого фактора. Отсутствие регламента, обеспечивающего межведомственное

взаимодействие, серьезно осложняет работу персонала отделения медико-социальной помощи беременным.

Отсутствие необходимой подготовки для выполнения функциональных обязанностей. Опрошенные (47 чел.) отметили, что на первых этапах организации медико-социальной помощи беременным сотрудники не были в полной мере готовы к выполнению своих функциональных обязанностей («этому же нигде не учили», «приходилось во все самим вникать»). Такое утверждение касается как медицинского, так и немедицинского персонала.

Сложности мультидисциплинарного сопровождения. Респонденты (45 чел.) отмечали, что даже среди врачей акушер-гинекологов женских консультаций не было в достаточной степени сформировано понимание целей и задачей отделения медико-социальной помощи беременным. Преодоление указанной проблемы ведется путем проведения лекций и тренингов силами ГБУЗ «Род.дом №3» с профильным персоналом.

В качестве дальнейшего совершенствования медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации следует обратить внимание на важность привлечения к оказанию такого рода помощи врача-педиатра. Надо учитывать, что с появлением ребенка трудная жизненная ситуация матери может усугубляться, и в дальнейшем также может понадобиться помощь, однако в Москве не сформированы отделения медико-социальной помощи детских поликлиник, т.е. отсутствует преемственность.

Также к сложностям мультидисциплинарного сопровождения респонденты отнесли и проблемы, связанные с участием в работе отделения *персонала немедицинского профиля.* Оказание эффективной медико-социальной помощи, по определению, невозможно без таких специалистов, как психологи, социальные работники, юрисконсульты. Однако, они не подготовлены к выполнению обязанностей в условиях отделений медико-социальной помощи беременным. Еще одна существенная проблема - оплата «немедицинских» услуг. В условиях особенностей финансирования системы оказания медицинской помощи оплата труда таких специалистов связана с

определенными трудностями – выделением средств бюджета, так как за счет ОМС указанные услуги не могут быть оплачены.

Отсутствие доступной информации для потребителей услуг отделения медико-социальной помощи беременным также было определено респондентами (35 чел.) в качестве одного из ведущих препятствий к эффективному функционированию отделения. Беременные, находящиеся в трудной жизненной ситуации, зачастую не располагают информацией, где они могут получить необходимую им поддержку. Все опрошенные пациентки были направлены в отделение врачами женской консультации и до этого не слышали о такой форме помощи. Следовательно, можно говорить, что женщины, находящиеся в крайне сложной жизненной ситуации, избегающие посещения женской консультации, не осведомлены о возможности получить медико-социальную помощь. Поэтому считаем важным широко распространять информацию об отделениях медико-социальной помощи беременным в кризисной ситуации в средствах массовой информации, городских печатных изданиях и посредством баннеров.

Серьезной проблемой многие эксперты (33 чел.) считают *отсутствие преемственности* (после рождения ребенка информация о ТЖС матери не передается в детскую поликлинику), т.е., за исключением особых случаев, когда женщина попадает в упомянутые выше социальные учреждения («Дом для мамы» или «Маленькая мама»), последующее сопровождение семьи не осуществляется. Такая ситуация сложилась, в том числе, и потому, что отделения медико-социальной помощи в детских поликлиниках Москвы не организованы.

Еще одна проблема преемственности связана с переездом женщины – нет механизмов, позволяющих передать ее для дальнейшего наблюдения. Таким образом, не сформирована система медико-социального сопровождения беременных в ТЖС.

Половина привлеченных экспертов (28 чел.) в качестве препятствий организации медико-социальной помощи беременным в ТЖС отметили

сложности взаимодействия с «проблемным» контингентом: женщины могут отказываться от предложенной помощи, не выполнять врачебных рекомендаций, безответственно относиться к будущему ребенку. Требуется прилагать значительные усилия со стороны персонала отделения, чтобы изменить первоначальные установки беременных в ТЖС.

Экспертам было предложено определить благоприятствующие факторы («сильные стороны») организации отделений медико-социальной помощи беременным в ТЖС. Выбор экспертов описан ниже и представлен на рис. 6.6.

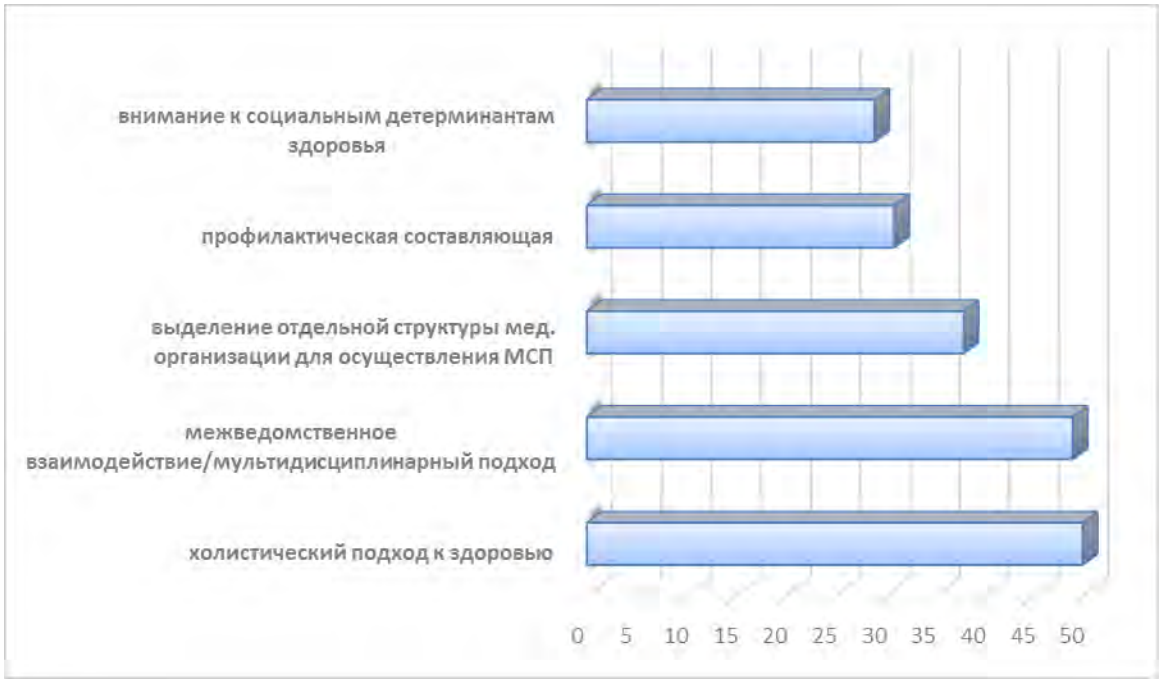
Эксперты в первую очередь отметили важность комплексного биопсихосоциального (*холистического*) подхода к оценке состояния здоровья женщины и будущего ребенка (холистический подход к здоровью), учитывающего физическое, психологическое и социальное здоровье (50 чел).

Возможность целостного подхода к сохранению здоровья женщины и ее будущего ребенка и проведения эффективных профилактических мероприятий обусловлено одновременным участием в мероприятиях специалистов медицинского, психологического и социально-правового профиля, а также привлечением других заинтересованных ведомств. Межведомственное взаимодействие и мультидисциплинарный характер в деятельности отделения расценен экспертами как благоприятствующий фактор (49 чел.).

По мнению экспертов (38 чел.), выделение отделения медико-социальной помощи в отдельную структуру медицинской организации потенциально позволяет эффективно осуществлять межведомственное взаимодействие для решения медико-социальных проблем женщин.

Эксперты отметили выраженную профилактическую составляющую деятельности отделений, что, несомненно, можно отнести к факторам, благоприятствующим развитию медико-социальной помощи беременным в ТЖС (31 чел.).

Важным фактором, благоприятствующим организации отделений, эксперты посчитали особое внимание к социальным детерминантам здоровья и минимизации их неблагоприятного воздействия на здоровье женщины и будущего ребенка (29 чел.).



**респонденты могли предложить неограниченное количество вариантов ответов*

Рис.6.6. Экспертный выбор основных благоприятствующих факторов организации медико-социальной помощи беременным в ТЖС

Таким образом, отделения медико-социальной помощи являются легитимными структурами сопровождения беременных в ТЖС, обеспечивающими профилактику социального сиротства, снижение количества абортов и подготовку матери к ответственному материнству.

В соответствии с нормативными правовыми документами, в своей деятельности отделение должно руководствоваться основными принципами (подходами) социальной педиатрии.

В нормативных правовых документах не прописаны механизмы, технологии и инструменты межведомственного взаимодействия, с помощью

которых отделение может осуществлять эффективную медико-социальную деятельность.

По мнению экспертов, основными факторами, препятствующими организации медико-социальной помощи беременным в ТЖС, являются:

- недостаточное нормативное правовое регулирование межведомственного взаимодействия;

- отсутствие необходимой подготовки специалистов ОМСП;

- сложности мультидисциплинарного сопровождения;

- низкая информированность населения об ОМСП;

- отсутствие преемственности;

- сложности работы с «проблемным" контингентом беременных.

В качестве благоприятствующих организации медико-социальной беременным в ТЖС факторов эксперты отметили:

- холистический подход к охране здоровья в отделении;

- потенциальные возможности межведомственного взаимодействия/ мультидисциплинарного подхода;

- выделение отдельной структуры медицинской организации для осуществления МСП;

- профилактическая составляющая деятельности отделения;

- особое внимание к социальным детерминантам здоровья.

В целом эксперты отметили высокий потенциал отделения медико-социальной помощи беременным в ТЖС по реализации основных принципов и подходов социальной педиатрии.

По многим параметрам реальные возможности отделения статистически значимо ниже потенциальных, в их числе: «особое внимание к детям в ТЖС» (55 и 81 балл, $p<0,05$), «мультидисциплинарный подход/ межведомственное взаимодействие» (59 и 85 баллов, $p<0,05$), «системный подход» (37 и 73 балла, $p<0,05$), «психосоциальная помощь» (69 и 93 балла, $p<0,05$), «обеспечение прав ребенка» (51 и 82 балла, $p<0,05$).

Экспертный анализ использования подходов социальной педиатрии в деятельности отделения позволил установить:

1) высокий уровень использования: «социальные детерминанты здоровья», «профилактическая составляющая», «сохранение максимально возможного уровня здоровья»;
2) достаточный уровень использования: «холистический подход к здоровью», «психосоциальная помощь».
3) используются не в полной мере: «обеспечение прав ребенка», «особое внимание к детям в ТЖС», «межведомственное/мультидисциплинарное взимодействие»;
4) низкий уровень использования: «системный подход».

Таким образом, для организации качественной и эффективной медико-социальной помощи беременным в ТЖС необходимо реализовать на максимально возможном уровне основные принципы и подходы социальной педиатрии.

6.3. Организация медико-социальной помощи в детских поликлиниках

Значение социальных детерминант и минимизация их неблагоприятного воздействия на здоровье детей и подростков обсуждалось в главе 1. К основным проблемам охраны здоровья детского населения, детерминируемым социальными факторами, относятся:

- неравенство в обеспечении здоровья ребенка, связанное с социальным статусом семьи;

- смертность детей (1-17), обусловленная внешними причинами (травмами, отравлениями и другими);

- латентный характер жестокого и ненадлежащего обращения с детьми

- здоровье подростков (репродуктивное поведение, злоупотребление ПАВ, психические нарушения, высокий уровень суицидов)

Ключевой структурой в системе охраны здоровья детского населения является детская поликлиника. Соответственно, медико-социальная помощь

детям и подросткам должна оказываться в условиях первичного звена здравоохранения.

6.3.1. Основные нормативные и правовые акты, регламентирующие деятельность отделений (кабинетов) медико-социальной помощи детских поликлиник

Организация отделения медико-социальной помощи в структуре детской поликлинике впервые в РФ была регламентирована Приказом Минздрава РФ от 05.05.1999. N 154 "О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста": «Отделение медико-социальной помощи вводится впервые; выявляет факторы индивидуального и семейного медико-социального риска, осуществляет медико-психологическую помощь, гигиеническое воспитание, правовую помощь» (приложение 1).

Прописано, что «Отделение функционирует на основе преемственности и взаимосвязи с подразделениями детского АПУ, территориальными лечебно-профилактическими учреждениями, органами и учреждениями социальной защиты населения, общественными и иными организациями».

Была разработана инструкция (приложение №2 Приказа МЗ РФ №154), в которой определялось, что «Отделение (кабинет) медико-социальной помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни». Были представлены задачи отделения (рис.6.7.).

В инструкции также указано, что в штат отделения могут быть включены следующие специалисты: психолог / медицинский психолог, врач-педиатр, врач-терапевт подростковый; социальный работник, юрисконсульт, а также могут привлекаться врач акушер-гинеколог, уролог, хирург или иной специалист. Формулировка «могут быть включены» не носит директивного

характера, позволяет не выполнять данное требование и, как следствие, приводит к тому, что указанные специалисты, в первую очередь немедицинского профиля, не включались в штат поликлиники.

В Приказе Минздравсоцразвития РФ от 23.01.2007 N 56 "Об утверждении примерного Порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники" (зарегистрирован в Минюсте РФ 05.03.2007 N 9013) в структуре детской поликлиники сохраняется структурное подразделение - отделение медико-социальной помощи.

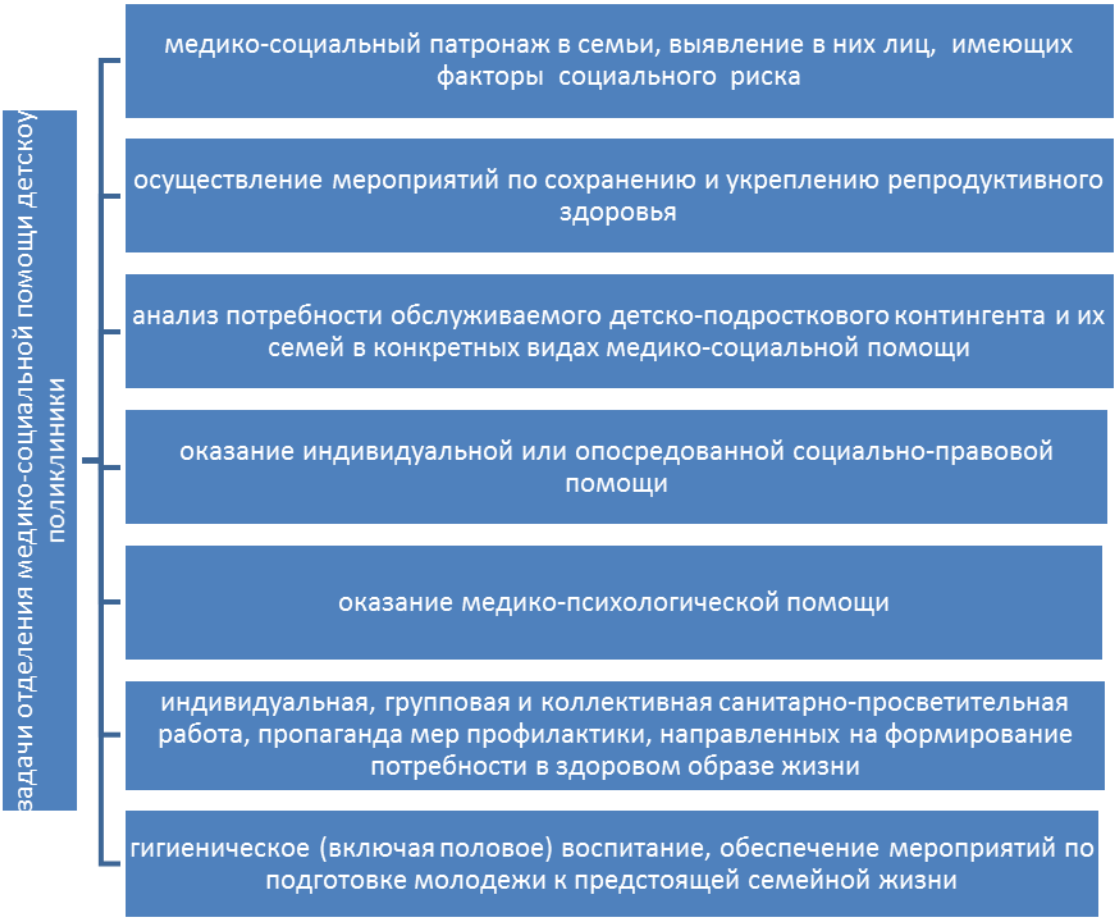


Рис.6.7. Задачи отделения медико-социальной помощи детской поликлиники (в соответствии с Приказом МЗ РФ №154)

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" утвержден Порядок оказания педиатрической помощи (Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 N 366н "Об утверждении

Порядка оказания педиатрической помощи" (зарегистрировано в Минюсте России 29.05.2012 N 24361)). Упомянутым приказом устанавливается структура детской поликлиники, также включающая медико-социальное отделение. Прописано, что поликлиники, кроме всего прочего, осуществляют следующие функции: медико-социальную и психологическую помощь детям и семьям, имеющим детей; организацию медико-социальной подготовки детей к поступлению в образовательные учреждения. «Правила организации деятельности кабинета врача-педиатра участкового» упомянутого Приказа (приложение 1) регламентируют обеспечение передачи информации о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники.

В Приложении № 5 к Порядку оказания педиатрической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н, представлены рекомендуемые штатные нормативы медицинского и иного персонала отделения медико-социальной помощи детской поликлиники (на 10 000 детского населения). Следует отметить, что должность медицинского психолога вводится «в зависимости от объема работы», т.е. не рассматривается в качестве обязательной штатной единицы отделения. В то же время, медико-психологическая помощь ребенку и его семье является одной из главных задач отделения, а в отсутствии специалиста-психолога эта задача не может быть выполнена.

В Указе Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» указывается на необходимость разработки и внедрения эффективных форм медико-социального сопровождения детей и подростков, а именно: «развитие технологий комплексной диагностики и ранней медико-социальной помощи детям с отклонениями в развитии и здоровье, а также оказание необходимой помощи их семьям»; «развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья

подростков и центров медико-социальной помощи подросткам»; «поддержка успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи»; «проведение просветительской работы по предупреждению ранней беременности и абортов у несовершеннолетних».

6.3.2. Подходы социальной педиатрии в нормативных правовых документах, регулирующих деятельность отделений медико-социальной помощи детских поликлиник

Методом контент-анализа установлено, что, в соответствии с представленными нормативными правовыми актами, в работе отделений медико-социальной помощи детских поликлиник должны учитываться основные принципы и подходы социальной педиатрии.

Так, **холистический подход к здоровью** обеспечивается, в частности, тем, что в отделении должна оказываться помощь всей семье ребенка; оценивается комплексное здоровье, включающее психологическое, социальное, а с определенного возраста и репродуктивное. Тем не менее, в федеральных отчетных формах необходимость оценки психологического и социального здоровья не предусмотрена.

Особое внимание к **детям в неблагоприятных условиях** и **социальным детерминантам здоровья** отражается в первоочередной задаче отделения по выявлению детей и семей социального риска посредством медико-социального патронажа и оказанию медико-социальной помощи и поддержки. Однако, не находит достаточного отражения в документах порядок работы отделения с указанным контингентом.

Мультидисциплинарный подход / межведомственное взаимодействие - важная составляющая эффективной медико-социальной помощи. Мультидисциплинарный характер деятельности отделений медико-социальной помощи отражен в рекомендуемых штатных нормативах, в которых фигурируют не только специалисты медицинского профиля, но и психолог, социальный работник, логопед, юрисконсульт. Несомненно,

наличие в штате отделения указанных специалистов позволило бы оказывать влияние на различные социальные детерминанты здоровья ребенка и оказывать ему и его семье всестороннюю поддержку. В то же время, не прописаны должностные инструкции специалистов, алгоритмы работы в команде.

Межведомственное взаимодействие не регулируется в достаточной степени. Отделения, руководствуясь нормативными правовыми документами, должны являться связующим звеном между учреждениями здравоохранения и другими службами, участвующими в охране жизни и здоровья детей и обеспечении их прав. Однако обеспечение межведомственного взаимодействия, в том числе включая работу с лицами, формирующими социальную политику региона, подразумевает использование регламента, механизмы которого в нормативных правовых документах не прописан.

Профилактическая составляющая достаточно полно отражена в нормативных правовых актах, регулирующих деятельность отделений. Профилактика заболеваемости детского населения заявлена в цели, а в задачах – «пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда "рисковых" или так называемых "саморазрушающих" форм поведения», отдельно проговаривается профилактика нарушений репродуктивного здоровья. Выполняемая профилактическая работа немедицинскими учреждениями (образования, опеки и попечительства, социальной защиты населения, культуры, правоохранительных органов, комитета по работе с молодежью, структурами труда и занятости и др.) должна консолидироваться с учреждениями здравоохранения на принципах межведомственного сотрудничества.

Системный подход для эффективной деятельности отделений МСП имеет большое значение. В задачах указывается на необходимость проведения анализа потребностей населения в оказании медико-социальной

помощи, что, в свою очередь, будет требовать организации определенных мер с учетом специфики обслуживаемого контингента.

Таким образом, анализ нормативных правовых документов, регулирующих деятельность отделений медико-социальной помощи детской поликлиники, позволяет утверждать следующее:

- отделение медико-социальной помощи является легитимным структурным подразделением детской поликлиники;

- в соответствие с нормативными правовыми документами, в своей деятельности отделение должно руководствоваться основными принципами (подходами) социальной педиатрии;

- в федеральных нормативных правовых документах не прописаны механизмы, технологии и алгоритмы функционирования отделения МСП, включая межведомственное взаимодействие, с помощью которых отделение может осуществлять эффективную медико-социальную деятельность, т.е. отсутствует порядок работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники;

- федеральные нормативные документы не регулируют формирование **системы** оказания медико-социальной помощи детскому населению в Российской Федерации.

6.3.3. Организация работы отделения медико-социальной помощи (на примере детских поликлиник Санкт-Петербурга)

Как уже было сказано выше, федеральная нормативная правовая база обеспечивают легитимность организации отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, но не обеспечивает в полной мере механизмы их функционирования.

Методом включенного наблюдения и глубинных интервью (с администрацией поликлиник и персоналом отделений МСП - 18 человек) были исследованы особенности функционирования отделения медико-социальной помощи двух детских поликлиник Санкт-Петербурга:

- СПб ГБУЗ "Поликлиника №37", Санкт-Петербург (главный врач А.В.Ким);
- СПб ГБУЗ «Поликлиника №44», Санкт-Петербург (главный врач О.В.Куликов);

В отличие от организации медико-социальной помощи для беременных в Москве, создание отделений МСП в указанных поликлиниках инициировано непосредственно их администрацией.

Развитие медико-социальной помощи в Санкт-Петербурге является подтверждением того, что для успешной реализации проекта на практике необходимо его научно-методическое сопровождение. Создание отделений МСП для детей в ТЖС обусловлено, во многом, тем, что именно в этом городе сформировалось научное течение в общественном здоровье – социальная педиатрия. Уже упомянутая нами ранее кафедра социальной педиатрии и организации здравоохранения Санкт-Петербургской педиатрической академии расположена на базе СПб ГБУЗ «Поликлиника №37». Отделение функционирует с 2008 года.

Идея организации отделения медико-социальной помощи в СПб ГБУЗ «Поликлиника №44» принадлежит главному врачу О.В.Куликову, взявшему за основу научные работы по социальной педиатрии Н.Г.Веселова и В.Ю.Альбицкого. Отделение функционирует с 2009 года.

Многолетнее функционирование отделений является косвенным подтверждением их эффективности и значимости.

Несмотря на децентрализованную организацию отделений, их деятельность носит схожий характер, обусловленный федеральными регламентирующими нормативными документами (Приказы: МЗ и СР РФ от 16.04.2012 № 366н, МЗ РФ от 05.05.1999. N 154). Так, в соответствии с инструкцией Приказа МЗ РФ № 154 определены задачи, а руководствуясь Приказом МЗ и СР РФ №366н - штатные единицы. В то же время, существуют отличия в организации работы отделений.

Респонденты заявили, что отсутствие методических руководств по организации работы отделения МСП вынуждало разрабатывать собственные комплексы локальной нормативной документации: положения, должностные инструкции персонала, формы учетной и отчетной документации, а также пошаговые алгоритмы действия при работе с детьми из различных групп социального риска. Это требовало значительных затрат временных и человеческих ресурсов. Наше наблюдение показало, что в обеих поликлиниках успешно справились с этой задачей, но, подчеркнем, что в данных случаях мы говорим об энтузиастах своего дела, а не о системном стандартизированном подходе к организации деятельности отделений МСП детских поликлиник.

В таблице 6.6. Приведены основные внутренние документы, разработанные в отделениях.

Как показано в таблице 6.6., кроме традиционных локальных документов (приказ об организации ОМСП, положение об ОМСП, штатное расписание и должностные инструкции) в поиске оптимальных моделей функционирования в отделениях разработаны собственные уникальные документы.

Так, в ОМСП поликлиники №44 разработаны положение о мультидисциплинарной медико-социальной комиссии. Междисциплинарная медико-социальная комиссия (далее – МСК) создана для обеспечения взаимодействия специалистов, работающих в поликлинике, при разработке индивидуальных программ и дальнейшем оказании медико-социальной помощи детям и их семьям. В обязанности МСК входит:

1. Разработка индивидуальной программы медико-социальной помощи ребенку и его семье, с назначением конкретных исполнителей.
2. Оценка эффективности работы по оказанию медико-социальной помощи.
3. Своевременная коррекция программы.

Обеспечение взаимодействия как внутри учреждения, так и с другими медицинскими, образовательными учреждениями, центрами социальной поддержки, органами внутренних дел, опеки и попечительства, общественными организациями.

Таблица 6.6.

Основные документы для внутреннего пользования, разработанные для осуществления медико-социальной деятельности в детской поликлинике

Отделение медико-социальной помощи СПб ГБУЗ «Поликлиника №44»	Отделение медико-социальной помощи СПб ГБУЗ «Поликлиника №37»
• Приказ об организации отделения МСП • Положение об ОМСП • Штатное расписание • Должностные инструкции персонала • Порядок деятельности отделения • Положение о мультидисциплинарной медико-социальной комиссии • Социальный паспорт • Оценка деятельности отделения (отчетная документация)	• Приказ об организации отделения МСП • Положение об ОМСП • Штатное расписание • Должностные инструкции персонала • Порядок деятельности отделения • Алгоритмы действий для всех категорий персонала поликлиники при выявлении пациента из группы социального риска • Карта медико-социального сопровождения ребенка • Оценка деятельности отделения (отчетная документация)

В поликлинике №37 считают достаточно эффективными разработанные пошаговые алгоритмы действия для различных категорий медицинского персонала при выявлении или обращении за медицинской помощью пациента из группы социального риска. На наш взгляд, особенно важным было введение алгоритмов в случае выявления у ребенка повреждений насильственного характера.

В таблице 6.7. представлены штаты отделений, которые включают в себя не только рекомендованные Приказом МЗ и СР РФ №366н единицы, но и дополнительных специалистов: в поликлинике № 37 введены дополнительно гинеколог и уролог-андролог. В процессе глубинных интервью с руководством поликлиник и персоналом отделений выявлено, что привлечение таких специалистов, как гинеколог и уролог-андролог к работе в отделении позволяет более эффективно решать одну из важных задач МСП – охрану репродуктивного здоровья. Оказалось, подростки охотнее обсуждают свои проблемы, связанные с репродуктивным поведением, с профильными специалистами.

При обсуждении штатов отделения была отдельно обозначена такая проблема, как медико-социальное сопровождение подростков, так как эта возрастная категория детского населения требует особого подхода и характеризуется определенным кругом медико-социальных проблем.

В поликлинике № 44 в штат включен педагог-психолог, а не медицинский психолог, как рекомендовано в Приказе МЗ и СР РФ №366н. Это уточнение специализации психолога не случайно: задачи, поставленные перед отделениями МСП, в большей степен в компетенции именно педагога-психолога. Кроме того, в задачи указанного отделения была включена еще и абилитация. По определению Л.О.Бадаляна, абилитация — это система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение тех патологических состояний у детей раннего возраста, еще не адаптировавшихся к социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества [41].

Учитывая данное определение, проведение абилитационных мероприятий на базе отделения МСП можно считать вполне уместным, а привлечение к работе педагога-психолога – обоснованным.

Важно подчеркнуть, что работа психолога с контингентом отделения, причем не только с ребенком, но и с его семьей, признана респондентами неотъемлемой частью оказания медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники.

Таблица 6.7.

Штаты отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, включенных в наблюдение

Отделение медико-социальной помощи СПб ГБУЗ «Поликлиника №44»	Отделение медико-социальной помощи СПб ГБУЗ "Поликлиника №37"
заведующий отделением (врач-педиатр); врач-педиатр; педагог-психолог; социальный работник; юрисконсульт; медицинская сестра	заведующий отделением (врач-педиатр); врач-педиатр; психолог, социальный работник, гинеколог, уролог-андролог, медицинская сестра

В беседе с респондентами выяснилось, что помощь юрисконсульта в решении тех или иных вопросов семей с детьми в ТЖС востребована населением, но из-за сравнительно низкой оплаты труда и незаслуженно низкого престижа работы в детской поликлинике обеспечение этими специалистами отделений МСП представляет определенные сложности.

Деятельность юрисконсульта отделения МСП поликлиники № 44 включает:

1) Консультирование в области семейного, жилищного, трудового, гражданского права и социального обеспечения.
2) Предоставление правовой помощи и поддержке в устройстве женщин и детей, оставшихся без жилья.
3) Информирование о правах детей, об организациях, куда можно обратиться за помощью в сложившейся трудной жизненной ситуации.

Структура обращений за помощью к юрисконсульту представлена на рис. 6.8.



Рис.6.8. Структура причин обращений за юридическими консультациями (%)

Один из важных вопросов – определение групп детского населения, нуждающихся в оказании медико-социальной помощи. Структурирование

контингента групп детского населения, нуждающихся в оказании медико-социальной помощи, представлено на рис.6.9.

Именно в этом вопросе проявились проблемы, связанные с отсутствием стандартизации деятельности отделений. Не умаляя значимость разработанных в каждом из отделений классификаций групп детей медико-социального риска, отметим следующие моменты:

1) невозможность сравнивать и оценивать структуру контингента медико-социального риска поликлиник и, соответственно, состояние здоровья детского населения;
2) сложности отнесения ребенка к тому или иному контингенту, если присутствует несколько критериев (например, многодетная семья и дети-правонарушители).

Попытку преодолеть проблему, указанную во втором пункте, предприняли в ОМСП 44-ой поликлиники. По результатам анализа все дети и их семьи распределяются на четыре группы медико-социального риска:

- А4 – благополучная (медико-социальный риск низкий);
- А3 – удовлетворительная (медико-социальный риск умеренный);
- А2 – неблагополучная (медико-социальный риск высокий);
- А1 – кризисная (медико-социальный риск критический).

Общий алгоритм деятельности в исследуемых отделениях МСП схожий и состоит из трех этапов:

1) Выявление ребенка, нуждающегося в медико-социальной помощи, и передача информации в ОМСП.
2) Оценка медико-социального статуса ребенка и его семьи и разработка индивидуальной программы медико-социального сопровождения.
3) Оказание комплексной мультидисциплинарной медико-социальной помощи, включающей, при необходимости, межведомственное взаимодействие.

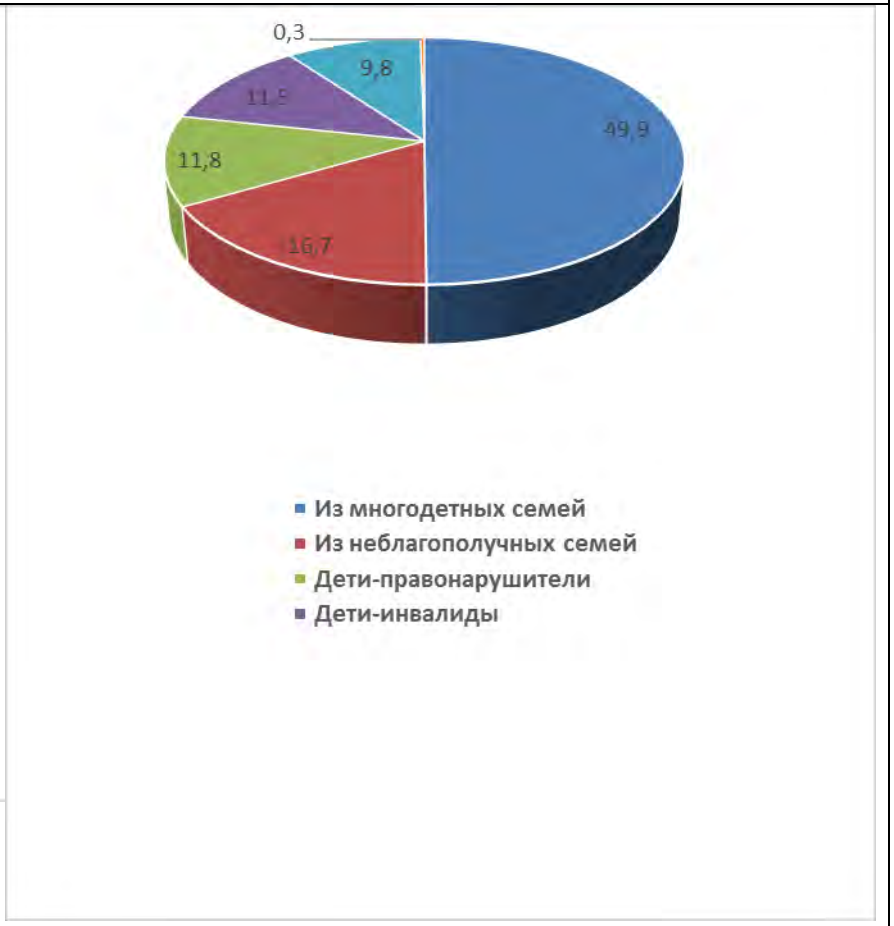
Отделение медико-социальной помощи СПб ГБУЗ «Поликлиника №44»	Отделение медико-социальной помощи СПб ГБУЗ "Поликлиника №37"
	

Рис.6.9. Структурирование контингента отделений медико-социальной помощи детских поликлиник

Сложный вопрос при оказании медико-социальной помощи – межведомственное взаимодействие. Отделениям удалось выстроить взаимоотношения со всеми заинтересованными службами (рис.6.10.). Следует отметить, что в Санкт-Петербурге имеется значительный опыт работы органов социальной защиты населения с детьми из групп социального риска. В каждом районе города функционирует ЦСПСД – центр социальной помощи семье и детям, что значительно облегчает работу отделений по медико-социальному сопровождению детского населения.



Рис.6.10. Схема межведомственного взаимодействия отделения медико-социальной помощи детской поликлиники

В заключение, важным является оценка деятельности отделений МСП. Для этого разработаны отчетные формы, содержащие следующие показатели: структура контингента отделения; количественные результаты работы специалистов отделения; количественные результаты работы в рамках межведомственного взаимодействия. Кроме того, предлагается оценивать деятельность отделения по принципу «было – стало», например, по традиционным показателям здоровья контингента, снятия с учета в отделении (при разрешении неблагоприятной жизненной ситуации семьи-ребенка). Еще раз отметим, что в случае отсутствия стандартных подходов к показателям, на которых основывается оценка, сравнительный анализ их деятельности не представляется возможным.

Таким образом, руководствуясь учениями о социальной педиатрии (Н.Г.Веселова, В.Ю.Альбицкого) и используя федеральную нормативную правовую базу, благодаря инициативе администраций детских поликлиник, возможна организация успешно функционирующих отделений медико-социальной помощи.

Недостаточное нормативное правовое и организационно-методическое обеспечение привело к необходимости разработки собственных локальных документов, регламентирующих деятельность отделения, что, с одной стороны, позволило выполнять поставленные задачи, с другой, требовало значительных затрат временных и человеческих ресурсов. В соответствии с разработанными внутренними регулирующим документами, отличается функционирование отделений (штаты, классификация контингента, показатели) , что, как одно из следствий, ведет к невозможности сравнивать и оценивать показатели работы.

Отсутствие стандартов и порядков оказания медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники противоречит принципам развития системы здравоохранении в Российской Федерации, обозначающим одним из основных факторов организации качественной и доступной медицинской помощи наличие единых для всей территории страны порядков и стандартов

оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально значимых заболеваниях и патологических состояниях [72]. Отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, как было показано, демонстрирует высокую социальную значимость, а значит, остро нуждается в единых стандарте и порядке.

6.3.4. Экспертные интервью «Организация медико-социальной помощи детскому населению в условиях детской поликлиники: состояние, проблемы и перспективы»

В качестве участников (68 человек) выступили: представители администрации медицинских организаций, в которых организовано отделение медико-социальной помощи детям, персонал этих отделений. Кроме упомянутых ранее представителей Санкт-Петербурга, к интервью были привлечены специалисты из Республики Татарстан (Казань, Набережные Челны, Нижнекамск, Чистополь, Бугульма).

Отметим, что в Москве нет отделений медико-социальной помощи в детских поликлиниках, причем это осознанная позиция Департамента здравоохранения Москвы. Аргументируется это тем, что в городе существует развитая система социальной защиты населения и нет необходимости дублировать эти функции в медицинских организациях. Сразу обратим внимание, что в отношении организации отделений медико-социальной помощи беременным в ТЖС ДЗ г.Москвы занимает другую позицию.

Приглашенные эксперты были привлечены к обсуждению позиции ДЗ г.Москвы. Ими было заявлено, что ни о какой подмене или дублировании функций других ведомств в отделении медико-социальной помощи детской поликлиники не идет. В медицинской организации решается основная задача – сохранение жизни и здоровья детей с учетом всех возможных факторов, которые могут оказывать влияние.

Все эксперты выразили согласие с тем, что отделение медико-социальной помощи детской поликлиники является ключевой структурой в системе медико-социальной помощи детскому населению.

Экспертам было предложено оценить реальные (существующие в настоящий момент) и потенциальные возможности отделения медико-социальной помощи детских поликлиник обеспечивать основные принципы и подходы социальной педиатрии (на основании разработанного нами понятийно-категориального аппарата). Предварительно экспертам была изложена подробная интерпретация каждой понятийной категории.

Экспертная оценка обеспечения социально-педиатрических подходов и принципов в деятельности отделения проводилась с использованием визуальной аналоговой шкалы, где «0» – «не обеспечивается совсем», а «100» – «обеспечивается в максимальной степени».

В таблице 6.7. показано, что потенциальные возможности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники по реализации принципов и подходов социальной педиатрии высоко оцениваются экспертами: от наименьшего балла (81) по категории «системный подход» до максимального (100) в категориях «социальные детерминанты здоровья» и «дети в ТЖС».

Эксперты пояснили, что низкий балл по категории «системный подход» объясняется тем, что изолированная работа отделения не формирует систему медико-социальной помощи, необходимо построение регулярных связей с другими звеньями, участвующими в оказании детскому населению медико-социальной помощи. В то же время все эксперты признают ведущую роль в такой системе отделений медико-социальной помощи детских поликлиник.

Исходя из ответов экспертов, можно констатировать, что потенциальные возможности отделения оцениваются гораздо выше, чем реальные: по всем категориям, кроме «социальные детерминанты здоровья», отмечаются статистически значимые различия.

Таблица 6.7.

Экспертная оценка (с использованием визуальной аналоговой шкалы) обеспечения принципов и подходов социальной педиатрии в деятельности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники

Принципы и подходы социальной педиатрии	Оценки экспертов** (средний балл)	
	Реальные возможности	Потенциальные возможности
Холистический подход к здоровью	75*	95
Социальные детерминанты здоровья	92	100
Профилактическая составляющая	61*	90
Особое внимание детям в ТЖС	85*	100
Мультидисциплинарный подход/ межведомственное взаимодействие	**56***	**87**
Системный подход	**42***	**81**
Сохранение максимально возможного уровня здоровья	76*	89
Психосоциальная помощь	63*	91
Обеспечение прав ребенка	**57***	**92**

*p<0,05; **коэффициент конкордации W=0,86

Была показана высокая степень согласованности экспертов (W=0,86).

Эксперты единодушны во мнении, что максимально возможная реализация принципов и подходов социальной педиатрии является залогом эффективной медико-социальной помощи детскому населению.

Самую низкую оценку (42), как и в вышеописанном случае с организацией медико-социальной помощи беременным в ТЖС, эксперты присвоили категории «системный подход (к организации помощи)». Причем, объяснения экспертов были также схожи: системный подход в организации медико-социальной помощи детскому населению отсутствует, функционируют единичные отделения, нет преемственности.

Низкая оценка реальных возможностей по категории «мультидисциплинарный подход/ межведомственное взаимодействие» объясняется экспертами тем, что на практике взаимодействие с другими заинтересованными в сохранении жизни здоровья детей учреждениями большинства организованных отделений сводится только лишь к обмену информацией, например, по количеству того или иного контингента (многодетные семьи, семьи с инвалидами, подростки, совершившие правонарушение).

Все эксперты отмечали, что апелляция к правам ребенка не является привычной в практической деятельности отделений МСП детских поликлиник, однако полученный в этой категории балл не самый низкий среди других. Эксперты пояснили, что, по сравнению с другими подразделениями поликлиники, в отделении МСП правам ребенка отводится большее внимание (выявление случаев ненадлежащего обращения с ребенком, оказание социально-правовой помощи).

Также низкими баллами эксперты оценивают реальные возможности по оказанию в отделении психосоциальной помощи (59), что сильно расходится с возможностями потенциальными (91, $p<0,05$). В пояснение к этому экспертами было заявлено, что психосоциальная помощь не оказывается в требуемом объеме, в первую очередь, из-за нехватки специалистов: психологов, по социальной работе. Также проблемой оказания психосоциальной помощи в детской поликлинике является отсутствие регламентирующих документов.

С сожалением эксперты констатируют недостаточный уровень реализации профилактической составляющей (61) в действующих отделениях. Было отмечено, что, как правило, отделение имеет дело с уже случившимся фактом неблагоприятного воздействия социального фактора на здоровье ребенка.

Высокие экспертные баллы в оценке реальных возможностей получены по категориям «социальные детерминанты здоровья» (92) и «особое внимание к детям в ТЖС» (85). Эксперты отметили, что все действующие отделения понимают основные задачи, поставленные перед ними, и на социальные детерминанты здоровья и выявление детей, подвергшихся их неблагоприятному влиянию, направляют свои основные силы.

Достаточно высокие баллы получены по категориям «холистический подход» (75) и «обеспечение максимально возможного уровня здоровья» (76). Еще раз эксперты подчеркнули уникальность структуры детской поликлиники – отделения медико-социальной помощи, благодаря которому возможно осуществлять охрану здоровья детского населения в рамках биопсихосоциальной модели.

С учетом того, что, как было показано, потенциальные возможности отделения медико-социальной помощи детских поликлиник по охране здоровья детского населения значительно выше, чем те, которые наблюдаются в реальной практике, экспертам было предложено определить основные факторы, препятствующие максимальной реализации потенциала отделений («слабые стороны») (рис.6.11.).

Большинство экспертов (61 чел.) в качестве основного препятствующего фактора отмечают *недостаточное организационно-методическое сопровождение*, в том числе отсутствие стандартов и порядков деятельности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники.

Отдельный вопрос, отмеченный многими экспертами (60 чел.) как заслуживающий особого внимания – проблема *источников финансирования*. Большинство отделений финансируются за счет средств бюджета

здравоохранения в рамках существующей системы сметного финансирования. Для этого требуется определение нормативов финансовых затрат на содержание отделения и разрешение о включении указанных расходов в общую смету учреждения. В итоге решение финансировать отделение или нет принимает главный распорядитель кредитов, как правило, это администрация муниципального образования.



**респонденты могли предложить неограниченное количество вариантов ответов*

Рис.6.11. Выбор экспертов (N=68) основных препятствий для эффективной деятельности отделений медико-социальной помощи в детских поликлиниках (абс.)

В описываемых условиях на поликлинику возлагается обязанность обосновать испрашиваемые из бюджета средства. Эти сложности, по мнению большинства опрошенных, приводят к тому, что поликлиникам проще вообще не организовывать отделение, чем прилагать усилия по обеспечению финансирования. Оптимальным, считают эксперты, было бы выделение

медико-социальной помощи отдельной строкой в государственной и, соответственно, в территориальных программах оказания бесплатной медицинской помощи, в перечне видов помощи, финансируемых за счет средств бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации.

Обеспеченность кадрами. 57 экспертов отметили, что в настоящее время наблюдается дефицит участковых врачей-педиатров. В таких условиях администрации поликлиники трудно принять решение о выделении врача-педиатра для отделение медико-социальной помощи. Для этого, делятся опытом эксперты, нужно быть абсолютно уверенными в высокой значимости отделения и иметь четкое представление, как организовать его работу.

Среди основных сложностей в организации работы отделения эксперты (52 чел.) отметили *отсутствие регламента межведомственного взаимодействия.* Полноценной работу отделения можно рассматривать только в том случае, если налажены регулярные связи со всеми ведомствами как в системе здравоохранения, так и вне ее,

Отсутствие необходимой подготовки специалистов для выполнения функциональных обязанностей. Опрошенные (52 чел.) отметили, что у специалистов нет возможности получить специальную подготовку для работы в отделении, причем это касается как медицинского, так и немедицинского персонала.

Отсутствие системного подхода в организации медико-социальной помощи детскому населению препятствует, по мнению экспертов (49 чел.), ее эффективности. Единичные отделения в детских поликлиниках при отсутствии стандартов и порядков оказания медико-социальной помощи не могут удовлетворить потребности населения.

Половина привлеченных экспертов (42 чел.) в качестве препятствий в оказании эффективной медико-социальной помощи детскому населению отметили *сложности взаимодействия с «проблемным» контингентом*: семья ребенка может негативно реагировать на попытки вмешательства, препятствовать выполнению сотрудниками отделения своих обязанностей,

особенно в случаях подозрения на ненадлежащее или жестокое обращение с ребенком.

Экспертам было предложено определить благоприятствующие факторы («сильные стороны») для развития эффективной медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники. Выбор экспертов представлен на рис. 6.12.

В первую очередь эксперты (92,6%) отметили как благоприятствующий фактор то, что отделения медико-социальной помощи детских поликлиник обеспечивают охрану здоровья детского населения с учетом социальных детерминант здоровья.

Исторически приоритетом системы охраны здоровья детского населения в нашей стране является профилактика. Профилактические возможности отделения медико-социальной помощи, особенно в отношении контингента детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, эксперты (89,7%) посчитали «сильной стороной».

По мнению большинства опрошенных (80,9%), выделение отделения медико-социальной помощи в структуре поликлиники является благоприятствующим фактором. Отдельно выделенное подразделение обеспечивает взаимодействие со всеми заинтересованными структурами и организациями, позволяет не только оптимизировать объемы медико-профилактического наблюдения за детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации, но и повысить качество такого наблюдения, систематизировать силы и средства детской поликлиники для более оперативного и эффективного решения задач, стоящей перед нею на современном этапе.

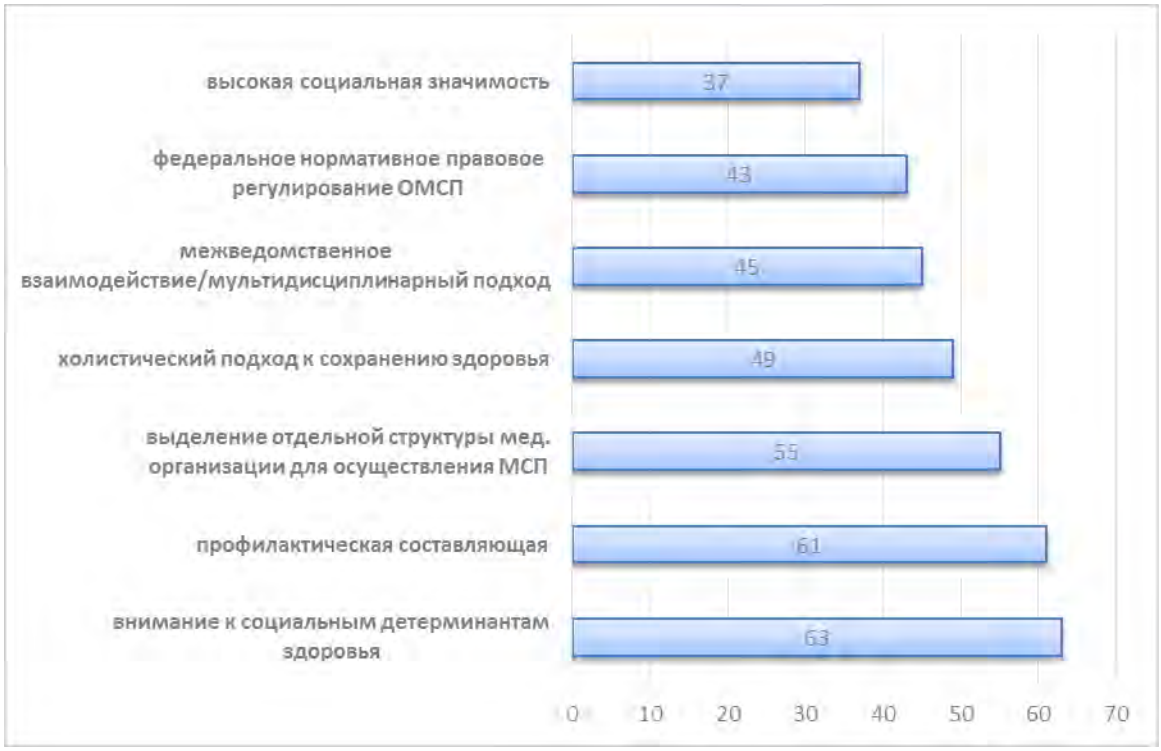
Возможность обеспечивать целостный подход к охране здоровья детского населения признали благоприятствующим фактором 72,1% экспертов.

В качестве благоприятствующего фактора 66,2% экспертов отметили то, что оказание медико-социальной помощи включает в себя осуществление

межведомственного взаимодействия и мультидисциплинарного сопровождения, в том числе с привлечением ведомств и специалистов немедицинского профиля.

Несмотря на то, что федеральное нормативное правовое регулирование отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, по мнению экспертов, следует признать недостаточным, все же 63,2% респондентов считают благоприятствующим фактором само наличие в федеральных актах упоминания об указанном подразделении.

54,4% экспертов надеются, что понимание высокой социальной важности функционирования отделения медико-социальной помощи будет благоприятствующим фактором для дальнейшего развития.



**респонденты могли предложить неограниченное количество вариантов ответов*

Рис.6.12. Выбор экспертов (N=68) основных благоприятствующих факторов для эффективной деятельности отделений медико-социальной помощи детских поликлиник (абс.)

Таким образом, отделения медико-социальной помощи являются легитимными структурами детских поликлиник, обеспечивающими охрану здоровья детского населения с учетом социальных факторов.

Проведенный анализ показал, что в соответствие с нормативными правовыми документами, в своей деятельности отделение должно руководствоваться основными принципами (подходами) социальной педиатрии.

В нормативных правовых документах не прописаны стандарты и порядок, на основании которых отделение может осуществлять эффективную медико-социальную деятельность.

В то же время, потенциальные возможности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники по реализации принципов и подходов социальной педиатрии высоко оцениваются экспертами: от наименьшего балла (81) по категории «системный подход» до максимального (100) в категориях «социальные детерминанты здоровья» и «дети в ТЖС».

Эксперты оценивают потенциальные возможности отделения гораздо выше, чем реально существующие: «особое внимание детям в ТЖС» - 81 и 55 баллов, $p<0,05$; «мультидисциплинарный подход/межведомственное взаимодействие» - 85 и 59 баллов, $p<0,05$; «психосоциальная помощь» - 93 и 69 баллов, $p<0,05$; «обеспечение прав ребенка» - 82 и 51 балл, $p<0,05$.

Экспертный анализ реализации подходов и принципов социальной педиатрии в деятельности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники позволил установить:

1) высокий уровень реализации: «социальные детерминанты здоровья» (92 балла); «особое внимание к детям в ТЖС» (85 баллов);

2) достаточный уровень реализации: «сохранение максимально возможного уровня здоровья» (76 баллов); «холистический подход к здоровью» (75 баллов); «психосоциальная помощь» (63 балла); «профилактическая составляющая» (61 балл).

3) реализуются недостаточно: «обеспечение прав ребенка» (57 баллов), «межведомственное/мультидисциплинарное взаимодействие» (56 баллов); «системны подход» (42 балла).

По мнению экспертов, основными факторами, препятствующими эффективной организации медико-социальной помощи в детской поликлинике, являются: недостаточное организационно-методическое обеспечение (отсутствие стандартов и порядка, методических руководств); проблемы финансирования отделений; обеспеченность кадрами (дефицит); отсутствие регламента межведомственного взаимодействия; проблемы подготовки специалистов отделения МСП; отсутствие системного подхода в организации МСП; сложности работы с "проблемным" контингентом.

В качестве благоприятствующих эффективной организации медико-социальной помощи в детской поликлинике эксперты отметили: внимание к социальным детерминантам здоровья; профилактическая составляющая деятельности отделений; выделение *отдельной* структуры медицинской организации для осуществления МСП; холистический подход к сохранению здоровья; межведомственное взаимодействие/мультидисциплинарный подход; федеральное нормативное правовое регулирование деятельности отделений медико-социальной помощи детских поликлиник; высокая социальная значимость таких отделений.

Таким образом, для организации качественной и эффективной медико-социальной помощи детям в условиях детской поликлиники необходимо реализовать на максимально возможном уровне основные принципы и подходы социальной педиатрии.

6.4. Организация паллиативной помощи детскому населению

Проблема оказания паллиативной помощи в развитых странах существенно обострилась в связи со значительным снижением младенческой и детской смертности, повышением выживаемости глубоко недоношенных детей в последнее десятилетие. Однако одновременно увеличивается

количество детей-инвалидов с ограничивающими срок жизни заболеваниями [22,173,174]. Для решения возникающих в связи с указанной ситуацией проблем необходимо развитие системы паллиативной помощи детскому населению в Российской Федерации.

ВОЗ определяет паллиативную помощь как активный, целостный подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (от перинатального периода, в течение младенчества, детства, в подростковом и взрослом возрасте) и членов их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с угрожающими жизни, сокращающими жизнь и хроническими заболеваниями путем предотвращения и облегчения страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других физических, психологических и духовных проблем [221].

В 2012 г. в России около 100 человек на 10 тыс. детского населения в возрасте до 18 лет нуждались в общей паллиативной помощи (оказывается педиатрами и врачами общей практики), из них 44 — в специализированной (оказывается специалистами по детской паллиативной помощи). В абсолютных цифрах в 2012 г. в России нуждались в паллиативной помощи 287 925 детей в возрасте до 18 лет [70].

6.4.1. Анализ основных нормативных и правовых актов, регламентирующих оказание паллиативной помощи детям

В 2011 г. в России был принят Федеральный Закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где впервые паллиативная медицинская помощь признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению.

В Указе Президента РФ от 1 июня 2012 г. N 761"О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы" среди прочих мер по созданию дружественного к ребенку здравоохранения обозначено: «Обеспечение создания сети учреждений (отделений), служб, оказывающих

паллиативную медицинскую помощь детям, страдающим неизлечимыми заболеваниями».

Разработана Государственная Программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», включающая подпрограмму 6 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» (Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294"Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения").

В 2012 г. был принят «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1343н).

Важным для развития паллиативной помощи было Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», в котором прописано, что паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях предоставляется бесплатно за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

В 2015 году вышел Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям". Утвержденный приказом порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям впервые устанавливает правила оказания детям паллиативной медицинской помощи, правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы, стандарты оснащения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям, отделения паллиативной медицинской помощи детям, хосписа (для детей).

Таким образом, в настоящее время в РФ сформирована законодательная основа для создания системы паллиативной помощи детям.

6.4.2. Принципы и подходы социальной педиатрии в «Концепции развития паллиативной помощи детям и подросткам в Российской Федерации на 2015-2019 гг.»

Важность организации *системы* паллиативной помощи детскому населению привело заинтересованные стороны к необходимости разработки Концепции ее развития. В 2014 году Благотворительной фонд «Детский паллиатив» инициировал разработку Концепции развития паллиативной помощи детям и подросткам в РФ. К этой работе, кроме специалистов фонда (Н.Н.Савва, Э.В.Кумирова) и ГБУЗ "Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы" (Притыко А.Г.) были привлечены сотрудники лаборатории социальной педиатрии Научного центр здоровья детей во главе с диссертантом, а также Альбицкий В.Ю. и Винярская И.В [70].

Разработка Концепции сотрудниками лаборатории осуществлялась в соответствии с основными принципами и подходами социальной педиатрии.

Необходимость соблюдения *«Холистического подхода к здоровью»* вытекает непосредственно из определений паллиативной помощи, в котором отражен ее целостный характер, включающий заботу «о теле, психике и душе», а также повышение качества жизни пациентов [221]. Кроме того, важно, что в определениях почеркнута необходимость предоставления помощи всей семье – родителям, сиблингам, только в этом случае она может быть эффективной.

«Социальные детерминанты здоровья». Несмотря на то, что паллиативная помощь оказывается при заболеваниях, для развития которых социальные факторы, как правило, не играют существенной роли, социальные детерминанты остаются важными для обеспечения максимально возможного уровня здоровья ребенка. Так, в Концепции прописаны меры по обеспечению особых потребностей при оказании паллиативной помощи. Подчеркивается, что паллиативная помощь должна оказываться с учетом

особенностей социальных потребностей детского и подросткового периодов жизни (развитие, игра, образование и др.). Также указано, что существуют различные приспособления, которые, напрямую не влияя на симптомы заболевания, позволяют значительно улучшить качество жизни, поэтому очень важно обеспечивать ими пациентов (приспособления для передвижения, гигиены, приема пищи и др.). Еще одним важным социальным аспектом является формирование гуманного отношения в обществе к детям - инвалидам с ограниченным сроком жизни вследствие неизлечимого заболевания и их семьям.

«Профилактическая составляющая» является важной частью паллиативной помощи, она заключается в профилактике боли и физического страдания, а также в профилактике распада семьи, включая стимулирование к рождению детей, и отказа в роддомах от детей, родившихся с ограничивающими жизнь заболеваниями.

«Особое внимание детям в ТЖС». Все дети, нуждающиеся в паллиативной помощи, относятся к контингенту детей в трудной жизненной ситуации.

В основе паллиативной помощи лежит междисциплинарный подход с обязательным вовлечением в процесс семьи пациента и общества. «Мультидисциплинарный подход и межведомственное взаимодействие» необходимы для эффективной паллиативной помощи. В Концепции прописано, что «Основу мультипрофессиональной команды по оказанию паллиативной помощи составляют врач-педиатр, медицинская сестра, психолог, социальный работник. Дополнительное сопровождение пациентов проводится специалистами соответствующего профиля (специалистом по педиатрической паллиативной медицине, онкологом, неврологом, реаниматологом, реабилитологом, психиатром и др.) с привлечением социальных служб (центры социальной помощи на дому, социального обслуживания населения, помощи семье и детям и др.) и образовательных учреждений (школы, центры психолого-педагогической помощи, дома-

интернаты для детей и др.), а также негосударственных организаций (благотворительные фонды, волонтерские движения, религиозные объединения)» [173].

«Системный подход» предусматривает организацию многоуровневой системы паллиативной помощи, которая предполагает первичный (межрайонный), региональный и федеральный уровни. В рамках этой системы, как обозначено в Концепции, Министерство здравоохранения взаимодействует с Министерствами труда и соцзащиты, образования, а также с негосударственными структурами для создания сети центров паллиативной помощи детям, детских хосписов, отделений, кабинетов и выездных служб.

«Обеспечение максимально возможного уровня здоровья» является целью паллиативной помощи, а оценивается это уровень таким показателем, как качество жизни.

«Психосоциальная помощь» необходимая составляющая паллиативной помощи, психолог и социальный работник, как уже было сказано, входят в основу мультидисципинарной команды и обеспечивают психологическую и социальную поддержку пациента и его семьи.

«Обеспечение прав ребенка» являются крайне важным принципом при оказании паллиативной помощи. В соответствии с Конвенцией о правах ребенка, где фиксируется максимально ценностное отношение общества к детям, государство обязано осуществлять «наилучшее обеспечение интересов ребенка» (статья 3). Это означает, что паллиативную помощь необходимо проводить с учетом интересов ребенка (не разлучать с семьей даже в условиях отделения интенсивной терапии, обеспечивать развитие, игровую деятельность, возможность получать образование и др.).

Таким образом, в Концепции развития паллиативной помощи детям и подросткам в Российской Федерации на 2015-2019 гг. предусмотрена реализация основных принципов и подходов социальной педиатрии.

6.4.3. Экспертные интервью «Оценка реализации принципов и подходов социальной педиатрии при оказании паллиативной помощи детскому населению»

В качестве участников экспертного интервью (53 человека) выступили: представители Департамента здравоохранения г.Москвы (Управление организации медицинской помощи детям и матерям); сотрудники БД «Детский паллиатив»; специалисты Санкт-Петербургского государственного автономного учреждения здравоохранения «Хоспис (детский)»; педиатры, оказывающие помощь детям с неизлечимыми заболеваниями.

Экспертам было предложено оценить реальные (существующие в настоящий момент) и потенциальные возможности при оказании паллиативной помощи детям обеспечивать основные принципы и подходы социальной педиатрии, где «0» – «не обеспечивается совсем», а «100» – «обеспечивается в максимальной степени» (табл.6.8.)

Эксперты отметили, что при качественном оказании паллиативной помощи детям может быть достигнут высокий уровень реализации принципов и подходов социальной педиатрии. При этом наименьшие баллы были присвоены категориям «профилактическая составляющая» и «обеспечение прав ребенка» (80 и 82 балла соответственно).

По категориям «холистический подход к здоровью», «особое внимание детям в ТЖС» и «системный подход» получены 100 баллов, так как эффективная паллиативная помощь предусматривает максимальную реализацию указанных принципов и подходов социальной педиатрии.

По всем параметрам, кроме «профилактическая оставляющая», реальные возможности оказания паллиативной помощи детскому населению статистически значимо ниже потенциальных.

Самые низкие оценки при существующем положении вещей эксперты присудили категориям:

- «Обеспечение прав ребенка» (52 и 82 балла, $p<0,05$). В качестве примеров нарушений прав детей приводились: не обеспечиваются условия

для нахождения ребенка с семьей; не в полном объёме предоставляются образовательные слуги; не удовлетворяются потребности детского возраста: в общении, игре и др.

- «Социальные детерминанты здоровья» (59 и 88 баллов, $p<0,05$). При обсуждении этого вопроса эксперты отметили, что в последние годы сделано очень много для организации паллиативной помощи нуждающимся детям, но прослеживается тенденция отдельно рассматривать «медицинскую паллиативную помощь», что противоречит как основным определениям ВОЗ, так и разработанной Концепции.

Отражение этих тенденций – в нормативных документах, регламентирующих паллиативную помощь (Приказ МЗ РФ от 14.04.2015 г. № 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной *медицинской* помощи детям". Тем самым социальные факторы, играющие существенную роль в состоянии ребенка, отодвигаются на второй план. В упомянутом Приказе, например, в рекомендуемых штатных нормативах стационарного отделения хосписа (для детей) предусматривается только по 0,5 должности медицинского психолога и психотерапевта, отсутствует должность социального работника, социального педагога.

По мнению экспертов, с такими штатными нормативами практически невозможно обеспечить качественную паллиативную помощь. Нельзя разделять этот вид помощи на «медицинскую», «социальную» или «психологическую», необходимо говорить, как уже было отмечено, о целостном, или холистическом подходе при ее оказании.

Схожие оценки присвоены экспертами категории «психосоциальная помощь» (67 и 93 балла, $p<0,05$), которая, если и оказывается, но потребности в ней существенно выше.

Категория «системный подход» получила следующие оценки экспертов: 68 и 100, $p<0,05$. Эксперты отметили, что организация системы паллиативной помощи предусмотрена в приказах, ее регламентирующих: выделяются стационарные, амбулаторные, мобильные службы. Тем не менее,

говорить о сформированной системе паллиативной помощи детям в настоящее время преждевременно.

Таблица 6.8.

Экспертная оценка (с использованием визуальной аналоговой шкалы) использования принципов и подходов социальной педиатрии при оказании паллиативной помощи детскому населению

Принципы и подходы социальной педиатрии	Оценка экспертов** (средний балл)	
	Реальные возможности	Потенциальные возможности
Холистический подход к здоровью	73*	100
Социальные детерминанты здоровья	59*	88
Профилактическая составляющая	69	80
Особое внимание детям в ТЖС	95	100
Мультидисциплинарный подход/ межведомственное взаимодействие	78*	93
Системный подход	68*	100
Сохранение максимально возможного уровня здоровья	71*	89
Психосоциальная помощь	67*	93
Обеспечение прав ребенка	51*	82

*$p<0,05$ **коэффициент конкордации W=0,86

Была показана высокая степень согласованности экспертов (W=0,86).

Эксперты считают, что реализация профилактической составляющей паллиативной помощи в настоящее время реализуется ограниченно (69 и 80 баллов, $p<0,05$). Отмечаются проблемы как в облегчении болевого синдрома, так и физических, психологических и душевных страданий.

Достаточно высокие баллы присуждены экспертами категориям «холистический подход к здоровью» (73 и 100 баллов, $p<0,05$) и «сохранение максимально возможного уровня здоровья» (71 и 89 баллов, $p<0,05$) так как существующие организационные формы паллиативной помощи детям в первую очередь ставят перед собой задачу по реализации указанных принципов и подходов.

Эксперты оценивают реальные возможности по реализации «мультидисциплинарного подхода/ межведомственного взаимодействия» при оказании паллиативной помощи выше, если сравнивать с организационными формами медико-социальной помощи, рассматриваемыми в предыдущих параграфах (78 и 93 балла, $p<0,05$). Они заявляют, что существование паллиативной помощи детям было бы невозможным без указанного подхода. Активное участие благотворительных фондов, религиозных конфессий, органов социальной защиты позволяет оказывает значительное содействие развитию паллиативной помощи.

Экспертный анализ реализации подходов и принципов социальной педиатрии при оказании паллиативной помощи детям позволил установить:

1) высокий уровень реализации: «особое внимание к детям в ТЖС» (95 баллов);

2) достаточный уровень реализации: «психосоциальная помощь» (67 баллов); «системный подход» (68 баллов); «профилактическая составляющая» (69 баллов); «сохранение максимально возможного уровня здоровья» (71 балл); «холистический подход к здоровью» (73 балла); «межведомственное/мультидисциплинарное взаимодействие» (78 баллов).

3) реализуются недостаточно: «обеспечение прав ребенка» (51 балл), «социальные детерминанты здоровья» (59 баллов).

Таким образом, для организации качественной и эффективной паллиативной помощи детям необходимо максимально реализовать основные принципы и подходы социальной педиатрии.

В заключении главы обозначим важный вывод: для повышения качества и эффективности медико-социальной помощи детскому населению необходимо внедрять подходы социальной педиатрии.

ГЛАВА 7
НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

7.1. Основные законодательные и нормативные правовые акты, обеспечивающие охрану здоровья и жизни детского населения с учетом социальных факторов риска

Конвенция ООН оправах ребенка. В документе уделяется особое внимание медико-социальным проблемам детского населения. Статьи 18-27 определяют обязанности государства помогать родителям и законным опекунам, а также защищать детей от жестокого обращения со стороны лиц, заботящихся о них, права детей, лишённых семейного окружения или усыновляемых, неполноценных в умственном или физическом отношении, беженцев, права детей на здравоохранение, социальное обеспечение и уровень жизни, необходимый для их развития.

Конституция РФ. В ч.2 ст.7 Конституции РФ[1] закреплено, что «в Российской Федерации … обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства...» Пункт 1 ст.38 Конституции РФ гласит, что «материнство и детство, семья находятся под защитой государства».

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В действующем Законе аспектам охраны здоровья детей отведено особое место. Так, статья 7 Закона устанавливает: «дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи».

Федеральный закон от 24 июля 1998г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». В ст. 1 этого документа определяется контингент детей, находящихся в трудной жизненной

ситуации, а именно: «дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии; дети - жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети - жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи».

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Этим законом определены: понятие и критерии инвалидности, система обеспечения жизнедеятельности инвалидов (воспитание и обучение детей-инвалидов, предоставления жилья семьям с детьми-инвалидами и сиротам-инвалидам и др.), реабилитация с ее медицинской составляющей, Вместе с тем, механизмы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации в документе представлены недостаточно.

Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации". По мнению специалистов, существующая в настоящее время система социального обслуживания не может в полной мере удовлетворить потребности населения [170].

Федеральный закон от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи». Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые и организационные основы оказания государственной социальной помощи, включающие дополнительную бесплатную медицинскую помощь, обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам

врачей, предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также междугородном транспорте к месту лечения и обратно. В том числе указывается, что дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и бесплатный проезд к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

Федеральный закон от 24.06.1999 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Данный закон в соответствии с Конституцией Российской Федерации и общепризнанными нормами международного права устанавливает основы правового регулирования отношений, возникающих в связи с деятельностью по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Федеральный закон от 21.12.1996 г. N 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», в котором определяются общие принципы, содержание и меры социальной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Также здесь необходимо упомянуть уже рассмотренные нами в главе 6 Приказ Минздрава РФ от 5 мая 1999г. N 154, Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 января 2007 г. N 56 и Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 N 366н ("Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи"), регламентирующие деятельность отделения медико-социальной помощи детской поликлиники.

Приказ Минздрава России от 11.04.2013 N 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.05.2013 N 28454)

Таким образом, анализ законодательных актов, регулирующих охрану здоровья детского населения с учетом социальных факторов, позволяет сделать следующий вывод. Правовое обеспечение анализируемой проблемы носит разрозненный характер, не предполагает системного подхода, не регламентирует межсекторальное и межведомственное взаимодействие. Существующее законодательное обеспечение не удовлетворяет в полной мере потребности детского населения в сфере оказания им медико-социальной помощи.

7.2. Региональная модель многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению

7.2.1. Стратегический анализ развития системы медико-социальной помощи детскому населению в Российской Федерации (SWOT-анализ).

В качестве метода стратегического планирования системы медико-социальной помощи детскому населению выбран SWOT-анализ.

Цель: обоснование стратегии развития модели медико-социальной помощи детскому населению в РФ. С использованием метода SWOT-анализа определены факторы внутренней (Сильные (S) и слабые (W) стороны) и внешней (возможности (O) и угрозы (T)) среды, способствующие или усложняющие достижение поставленной цели (стратегическое планирование). Разработанные стратегии развития лягут в основу разработки модели системы медико-социальной помощи детскому населению.

К участию в исследовании привлечены эксперты – 48 человек.

Методом "мозгового штурма" в процессе обсуждения были определены сильные и слабые стороны, угрозы и возможности. Ранее сформулированные (в главе 6) факторы благоприятствующие и препятствующие организации медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники, а также реализации принципов и подходов социальной педиатрии, были взяты за основу. Предложенные варианты факторов SWOT проанализированы

диссертантом, исключены дублирующие и взаимозаменяющие, а оставшиеся объединены в логические группы и подгруппы и внесены в SWOT-матрицу.

Эксперты оценили интенсивность влияния каждого фактора на развитие системы медико-социальной помощи детскому населению. Результаты оформлены в виде таблицы 7.1.

Таблица 7.1.

Факторы SWOT, влияющие на развитие системы медико-социальной помощи детскому населению в РФ

№	Факторы	И* (средний балл)
Внутренняя среда		
Сильные стороны (S)		
I.	Охрана здоровья детского населения с использованием принципов и подходов социальной педиатрии	93
1.	Холистический подход к охране здоровья	87
2.	Особое внимание социальным детерминантам здоровья	97
3.	Профилактика социально обусловленных заболеваний	91
4.	Обеспечение здоровья детей в ТЖС	97
5.	Обеспечение мультидисциплинарного подхода/ межведомственного взаимодействия	92
6.	Обеспечение максимально возможного уровня здоровья	89
7.	Предоставление психосоциальной помощи	95
8.	Обеспечение прав ребенка (своевременное выявление жестокого, ненадлежащего обращение и др.)	92
II.	Организация медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлиники	88

Продолжение таблицы 7.1.

№	Факторы	И* (средний балл)
9.	Оптимизация сил детской поликлиники при выделении отдельной структуры по осуществлению медико-социальной деятельности	87
10.	Локальное нормативное правовое обеспечение медико-социальной деятельности поликлиники	89
11.	Опыт работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС	82
12.	Опыт существующих отделений МСП детских поликлиник	96
13.	Нет необходимости в специальном материально-диагностическом оборудовании для оказания медико-социальной помощи, возможно при имеющихся ресурсах поликлиники	88
Слабые стороны (W)		
III.	Проблемы кадрового обеспечения	90
14.	Дефицит кадров	95
15.	Отсутствие подготовленных кадров для оказания медико-социальной помощи детскому населению	86
16.	Проблемы включения в штат медицинской организации специалистов немедицинского профиля (психологов, социальных работников, педагогов)	88
IV.	Проблемы подготовки специалистов для оказания медико-социальной помощи	82
17.	Отсутствие навыков работы в мультидисциплинарной команде	78
18.	Сложности межведомственного взаимодействия	94
19.	Отсутствие специальных знаний по ведению медико-социальной работы с семьей ребенка	74

Продолжение таблицы 7.1.

№	Факторы	И* (средний балл)
Внешняя среда		
Возможности (О)		
V.	Политика государства в сфере охраны здоровья детей	74
20.	Приоритет государственной политики – высокая социальная значимость охраны здоровья детского населения	74
VI.	Нормативное правовое обеспечение медико-социальной помощи детскому населению	95
21.	Федеральное законодательство, легитимизующее отделения медико-социальной помощи в детских поликлиниках	96
22.	Возможности регионального законотворчества по регулированию системы медико-социальной помощи детскому населению	93
VII.	Возможности обучения специалистов по вопросам оказания медико-социальной помощи детскому населению	89
23.	Подготовка по вопросам оказания медико-социальной помощи (социальной педиатрии) в рамках ТУ, научно-практических конференций	89
VIII.	Формирование социального запроса	78
24.	Информирование лиц, принимающих решения, и населения	74
25.	Потребность населения в медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники	81
Угрозы (Т)		
IX.	Финансирование	97

Продолжение таблицы 7.1.

№	Факторы	И* (средний балл)
26.	Финансовое обеспечение систем медико-социальной помощи детскому населению	97
X.	Проблемы обеспечения эффективной деятельности отделений медико-социальной помощи детских поликлиник	87
27.	Недостаточное нормативное правовое обеспечение (отсутствие Порядка, стандартов, регламента межведомственного взаимодействия, учетно-отчетных статистических форм)	92
28.	Недостаточное организационно-методическое обеспечение	94
29.	Отсутствие требований к специальной подготовке педиатров для оказания медико-социальной помощи	76
XI.	Низкий уровень знаний в сфере организации и оказания медико-социальной помощи детям	71
30.	Недостаточная осведомленность специалистов в сфере здравоохранения о возможностях совершенствования охраны здоровья детского населения при организации медико-социальной помощи	71

В таблице 7.1. показано, что в процессе экспертного интервью выявлено значительное количество факторов SWOT (30), объединенных в 11 групп. Факторы, представляющие категории социальной педиатрии, играют весомую роль в развитии системы медико-социальной помощи, по мнению экспертов (от 87 баллов («холистический подход к здоровью») до 97 («особое внимание социальным детерминантам здоровья» и «обеспечение здоровья детей в ТЖС»)).

Для определения соотношения благоприятствующих и препятствующих развитию системы факторов сформированы 4 таблицы (табл.7.2., табл.7.3., табл.7.4., табл.7.5.): Возможность/Слабые стороны; Возможность/Угрозы (ориентиры преобразований); Угрозы/Сильные стороны; Слабые стороны/Сильные стороны (потенциальные преимущества). В таблицах представлены нейтрализация угроз и преодоление слабых сторон благодаря возможностям и сильным сторонам.

Таблица 7.2.

Ориентиры преобразований: возможности/слабые стороны

Возможности	**И***	**Слабые стороны**	**И***	**Преодоление слабых сторон**
Приоритет государственной политики – высокая социальная значимость охраны здоровья детского населения	74	Дефицит кадров	95	Политическая воля лиц принимающих решения в решении кадрового вопроса
Нормативное правовое обеспечение медико-социальной помощи детскому населению	95	Проблемы включения в штат медицинской организации специалистов немедицинского профиля (психологов, социальных работников, педагогов)	88	Приказ МЗ и СР Российской Федерации от 16.04.2012 N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи" предусматривает введение в штат ОМСП специалистов немедицинского профиля
Федеральное законодательство, легитимизующее ОМСП в детских	96	Отсутствие подготовленных кадров	86	Легитимный характер ОМСП требует обеспечения их

поликлиниках		для оказания МСП		подготовленными кадрами

Продолжение таблицы 7.2.

Возможности	И*	Слабые стороны	И*	Преодоление слабых сторон
Возможности регионального законотворчества по регулированию системы медико-социальной помощи детскому населению	93	Сложности межведомственного взаимодействия	94	Разработка регионального регламента межведомственного взаимодействия, упрощающего проведение процедуры для специалистов
Возможности обучения специалистов по вопросам оказания медико-социальной помощи детскому населению	89	Проблемы подготовки специалистов для оказания медико-социальной помощи	82	Разработка программ ТУ (с привлечением специалистов лаборатории социальной педиатрии НЦЗД и кафедры поликлинической и социальной педиатрии РНИМУ им.Н.И.Пирогова). Проведение конференций (в том числе в рамках ежегодных конференций «Педиатрия и детская хирургия в ПФО», конгрессов педиатров России), круглых столов по вопросам медико-социальной помощи детскому населению.
Подготовка по вопросам оказания медико-социальной помощи (социальной педиатрии) в рамках ТУ, научно-практических конференций	89	Отсутствие навыков работы в мультидисциплинарной команде	78	
		Отсутствие специальных знаний по ведению медико-социальной работы с семьей ребенка	74	

Продолжение таблицы 7.2.

Возможности	**И***	**Слабые стороны**	**И***	**Преодоление слабых сторон**
Формирование социального запроса	78	-		Проведение конференций (в том числе в рамках Конгрессов педиатров России), круглых столов по вопросам медико-социальной помощи детскому населению Актуализация проблемы в медиапространстве (сюжеты в ведущих СМИ, информация в социальных сетях)
Информирование лиц, принимающих решения, и населения	74			
Потребность населения в медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники	81			

И*- интенсивность фактора

Как показано в таблице 7.2., интенсивность влияния факторов, обозначающих слабые стороны, достаточно велика, и при отдельном рассмотрении превышает соответствующий показатель, присвоенный экспертам факторам «возможности». Необходимы значительные усилия для их преодоления при построении системы медико-социальной помощи детскому населению.

Тем не менее, ресурсы преодоления имеются и представлены в таблице 7.3. Большое значение имеет политическая воля лиц, принимающих решения, для преодоления дефицит кадров. Обозначение приоритета медико-социальной помощи как важной составляющей здравоохранения в

социальном государстве является залогом преобразований в системе охране здоровья детского населения в тренде социальных детерминант. Однако низкий балл экспертов в оценке интенсивности влияния этого фактора (74 балла) позволяет предположить, что заявленный приоритет во многом носит декларативный характер.

Федеральное законодательство, легитимизующее ОМСП, позволяет обосновать введение в штат медицинской организации специалистов медицинского профиля, а также необходимость их специальной подготовки для оказания медико-социальной помощи.

Непосредственно вопросы обучения специалистов возможно решить разработкой программ тематического усовершенствования. Эта работа проводится в настоящее время сотрудниками лаборатории социальной педиатрии совместно с кафедрой поликлинической и социальной педиатрии РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Еще одной возможностью подготовки является проведение конференций и круглых столов, посвященных вопросам организации медико-социальной помощи детскому населению. В частности, по инициативе диссертанта и сотрудников лаборатории социальной педиатрии НЦЗД эта проблема поднимается в рамках Съездов и Конгрессов педиатров России, Российских конференций с международным участием «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе» .

Кроме обучения, конференции и круглые столы позволяют популяризировать необходимость развития медико-социальной помощи, информировать лиц, принимающих решения, о возможностях и значении охраны здоровья детей с учетом социальных детерминант.

В таблице 7.3. показано, что эксперты высоко оценивают возможности для нейтрализации угроз развитию системы медико-социальной помощи детскому населению (баллы по большинству факторов «возможности» выше, чем «угрозы»). Серьезной угрозой эксперты считают проблемы финансирования функционирования системы. Для нейтрализации этой

угрозы, а также недостаточного нормативного правового и организационно-методического обеспечения может быть использован опыт действующих ОМСП.

Таблица 7.3.

Ориентиры преобразований (возможности/угрозы)

Возможности	**И***	**Угрозы**	**И***	**Нейтрализация угроз**
Приоритет государственной политики – высокая социальная значимость охраны здоровья детского населения	88	Финансовое обеспечение систем медико-социальной помощи детскому населению	97	Опыт регионов по финансированию медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники
Нормативное правовое обеспечение медико-социальной помощи детскому населению Федеральное законодательство, легитимизующее отделения медико-социальной помощи в детских поликлиниках	95	Проблемы обеспечения эффективной деятельности отделений медико-социальной помощи детских поликлиник	87	Трансляция обобщенного опыта действующих ОМСП
		Недостаточное организационно-методическое обеспечение	94	Разработка методических руководств на основании опыта действующих ОМСП и результатах настоящего исследования

Продолжение таблицы 7.3.

Возможности	**И***	**Угрозы**	**И***	**Нейтрализация угроз**
Возможности регионального законотворчества по регулированию системы медико-социальной помощи детскому населению	93	Недостаточное нормативное правовое обеспечение (отсутствие Порядка, стандартов, регламента межведомственного взаимодействия, учетно-отчетных статистических форм)	92	Разработка нормативного правового обеспечения, базирующегося на обобщённом опыте действующих ОМСП и результатах настоящего исследования
Возможности обучения специалистов по вопросам оказания медико-социальной помощи детскому населению Подготовка по вопросам оказания медико-социальной помощи (социальной педиатрии) в рамках ТУ, научно- практических конференций	89	Отсутствие требований к специальной подготовке педиатров для оказания медико-социальной помощи	76	Проведение круглых столов, конференций с целью актуализации опыта работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС
		Низкий уровень знаний в сфере организации и оказания медико-социальной помощи детям	71	Проведение круглых столов, конференций, выездных циклов ТУ с целью повышения опыта работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС

Продолжение таблицы 7.3.

Возможности	**И***	**Угрозы**	**И***	**Нейтрализация угроз**
VIII.Формирование социального запроса	78	Недостаточная осведомленность специалистов в сфере здравоохранения о возможностях совершенствования охраны здоровья детского населения при организации медико-социальной помощи	71	Проведение круглых столов, конференций с целью пропаганды высокой социальной значимости организации медико-социальной помощи детскому населению. Изучение потребностей населения в медико-социальной помощи в условиях поликлиники. Информирование через СМИ и социальные сети
Информирование лиц, принимающих решения, и населения	74			
Потребность населения в медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники	81			

***И-интенсивность**

Возможности обучения для оказания медико-социальной помощи позволяет нейтрализовать связанные с недостаточной квалификацией специалистов угрозы.

Эксперты оценивают влияние угроз на развитие модели достаточно высоко. Серьезную озабоченность экспертов вызывают вопросы финансирования медико-социальной помощи детскому населению (97 баллов). Определение источников финансирования ставится во главу угла при разработке стратегии развития системы. Функционирование ОМСП в регионах позволяет утверждать, что эта задача решается силами территориального бюджета. Тем не менее, отметим, что стабильность финансирования, а соответственно, и функционирования системы, как

указывают эксперты, может быть достигнута только в том случае, если медико-социальная помощь детскому населению будет прописана в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Таблица 7.4.

Потенциальные преимущества (сильные стороны/угрозы)

Сильные стороны	**И***	**Угрозы**	**И***	**Нейтрализация угроз**
Опыт организации медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлиники	88	Финансовое обеспечение систем медико-социальной помощи детскому населению	97	Опыт регионов по финансированию медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники.
Оптимизация сил детской поликлиники при выделении отдельной структуры по осуществлению медико-социальной деятельности	87			
Опыт существующих ОМСП детских поликлиник	96	Проблемы обеспечения эффективной деятельности отделений медико-социальной помощи детских поликлиник	87	Трансляция обобщенного опыта действующих ОМСП
		Недостаточное организационно-методическое обеспечение	94	Разработка методических руководств на основании опыта действующих ОМСП и результатах настоящего исследования

Продолжение таблицы 7.4.

Сильные стороны	И*	Угрозы	И*	Нейтрализация угроз
Локальное нормативное правовое обеспечение медико-социальной деятельности поликлиники	82	Недостаточное нормативное правовое обеспечение (отсутствие Порядка, стандартов, регламента межведомственного взаимодействия, учетно-отчетных статистических форм)	92	Разработка нормативного правового обеспечения, базирующегося на обобщённом опыте действующих ОМСП и результатах настоящего исследования
Опыт работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС	82	Отсутствие требований к специальной подготовке педиатров для оказания медико-социальной помощи	76	Проведение круглых столов, конференций с целью актуализации опыта работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС
		Низкий уровень знаний в сфере организации и оказания медико-социальной помощи детям	71	Проведение круглых столов, конференций, выездных циклов ТУ с целью повышения опыта работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС
		Недостаточная осведомленность специалистов о возможностях совершенствования охраны здоровья	71	Проведение круглых столов, конференций с целью пропаганды высокой социальной значимости организации медико-социальной помощи

И* - интенсивность влияния

Значительными угрозами расцениваются экспертам факторы, объединенные в группу «Проблемы обеспечения эффективной деятельности отделений медико-социальной помощи детских поликлиник» (87 баллов). В этой группе наивысшие баллы получены по факторам «Недостаточное организационно-методическое обеспечение» (94) и «Недостаточное нормативное правовое обеспечение» (92).

Для нейтрализации угроз большое значение имеет опыт действующих отделений медико-социальной помощи (сильные стороны) с разработанными нормативными правовыми и организационно-методическими документами.

Угрозы низкой осведомленности специалистов в сфере медико-социальной помощи возможно нейтрализовать проведением регулярных тематических круглых столов и конференций. Важно также актуализировать имеющийся опыт участковой педиатрической службы, которые, по роду своей деятельности, сталкивались с проблемами охраны здоровья детей в ТЖС.

Таблица 7.5.

Потенциальные преимущества (сильные стороны/слабые стороны)

Сильные стороны	**И***	**Слабые стороны**	**И***	**Преодоление слабых сторон**
Опыт организации медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлиники	88	Дефицит кадров	95	Опыт регионов по повышению заинтересованности специалистов в работе по оказанию медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники.
Оптимизация сил детской поликлиники при выделении отдельной структуры по осуществлению МСП	87			

Продолжение таблицы 7.5.

Сильные стороны	И*	Слабые стороны	И*	Преодоление слабых сторон
Опыт существующих ОМСП детских поликлиник	96	Проблемы включения в штат медицинской организации специалистов немедицинского профиля (психологов, социальных работников, педагогов)	88	Трансляция обобщенного опыта действующих ОМСП
				Разработка нормативного правового обеспечения, базирующегося на обобщённом опыте действующих ОМСП и результатах настоящего исследования
Локальное нормативное правовое обеспечение медико-социальной деятельности поликлиники	82	Отсутствие подготовленных кадров для оказания МСП детскому населению	86	Разработка методических руководств на основании опыта действующих ОМСП и результатах настоящего исследования
Опыт работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС	88	Сложности межведомственного взаимодействия	76	Разработка нормативного правового и организационно-методического обеспечения, базирующегося на обобщённом опыте действующих ОМСП и результатах настоящего исследования
		Отсутствие навыков работы в мультидисциплинарной команде	78	
		Проблемы подготовки специалистов для оказания МСП	82	Проведение круглых столов, конференций, выездных циклов ТУ с целью повышения опыта работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС
		Отсутствие специальных знаний по оказанию МСП семье	74	

Основными сильными сторонами развития медико-социальной помощи детскому населению являются опыт действующих ОМСП детских поликлиник и участковой педиатрической службы. Благодаря указанным сильным сторонам возможно преодолеть слабые.

На следующем этапе SWOT-анализа определены ориентиры развития путем группировки возможностей и сильных сторон по отдельным связанным направлениям. Указанные группы факторов позволяют ответить на вопрос: имеются ли преимущества у системы медико-социальной помощи детскому населению, которые могли бы обосновать необходимость ее развития.

Таблица 7.6.

Ориентиры развития

№	Направления	Силы	И*	Возможности	И*
1.	Охрана здоровья детского населения с учетом социальных детерминант	Охрана здоровья детского населения с использованием принципов и подходов социальной педиатрии	93	Приоритет государственной политики: высокая социальная значимость охраны здоровья детского населения	74
2.	Нормативное правовое регулирование медико-социальной помощи детям	Локальное нормативное правовое обеспечение медико-социальной деятельности поликлиники	89	Федеральное законодательство, легитимизующее отделения медико-социальной помощи в детских поликлиниках	**96**
				Возможности регионального законотворчества по регулированию системы медико-социальной помощи детскому населению	**93**

Продолжение таблицы 7.6.

№	Направления	Силы	И*	Возможности	И*
3.	Организация медико-социальной помощи детскому населению в условиях поликлиники	Оптимизация сил детской поликлиники при выделении отдельной структуры по осуществлению медико-социальной деятельности	**87**	-	**-**
		Опыт работы участковой педиатрической службы с детьми в ТЖС	**82**	Подготовка по вопросам оказания медико-социальной помощи (социальной педиатрии) в рамках ТУ, научно-практических конференций	**89**
		Нет необходимости в специальном материально-диагностическом оборудовании для оказания медико-социальной помощи, возможно при имеющихся ресурсах поликлиники	**88**	**-**	**-**
4.	Формирование социального запроса	**-**	**-**	Потребность населения в медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники	**81**
		-	**-**	Информирование лиц, принимающих решения, и населения	**74**

*-интенсивность

В таблице 7.6. показано, что для развития системы медико-социальной помощи существует достаточное количество сильных сторон и возможностей, с высокими оценками экспертов, причем направления развития по многим позициям усиливаются одновременным влиянием сил и возможностей. Перечисленные факторы могут быть приняты за основу стратегии развития.

Таким образом, SWOT-анализ позволил установить ряд факторов, препятствующих развитию системы медико-социальной помощи. Среди них наиболее значимы такие угрозы как: 1) финансовое обеспечение системы медико-социальной помощи детскому населению (97 баллов); 2) недостаточное организационно-методическое обеспечение (94 балла); 3) недостаточное нормативное правовое обеспечение (92 балла). Самые слабые стороны реализации проекта развития медико-социальной помощи детям представлены следующими проблемами: 1) обеспечение кадрами (90 баллов), в первую очередь их дефицит (95 баллов), а также включение специалистов немедицинского профиля (88 баллов); 2) подготовка специалистов (82 балла), в том числе при осуществлении межведомственного взаимодействия специалистов при оказании медико-социальной помощи (94 балла).

Тем не менее, существуют как сильные стороны, так и возможности для развития системы медико-социальной помощи, которые позволяют нейтрализовать угрозы и преодолеть слабые стороны. К сильным сторонам в первую очередь отнесены: 1) обеспечение охраны здоровья детского населения с использованием принципов и подходов социальной педиатрии (93 балла); 2) опыт организации медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники (88 баллов), в первую очередь опыт действующих ОМСП (96 баллов). Среди возможностей следует выделить: федеральное законодательство, легитимизующее ОМСП (96 баллов); возможности регионального законотворчества по регулированию медико-социальной помощи детям (93 балла); возможности проведения подготовки специалистов по вопросам оказания медико-социальной помощи (89 баллов). Кроме этого,

эксперты указали также на такую возможность, благоприятствующую развитию системы медико-социальной помощи детям, как приоритет государственной политики в сфере охраны здоровья детского населения, однако оценили интенсивность влияния этого фактора довольно низко – 74 балла.

7.2.2. Разработка и план реализации (дорожная карта) региональной модели многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению

Основываясь на результатах проведенного исследования, разработана региональная модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детям (рис.7.1) и план ее реализации (дорожная карта) (табл.7.7.).

При разработке и реализации модели учитывались как сильные стороны и возможности, так и слабые стороны и угрозы.

Необходимым условием являлось определение финансирования. Считаем целесообразным выделение медико-социальной помощи отдельной строкой в перечне видов помощи, финансируемых за счет средств бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации, в государственной программе оказания бесплатной медицинской помощи.

К значимым условиям реализации модели были причислены такие факторы, как обеспечение нормативного правового регулирования (федерального, регионального и локального). Внедрение Модели должно сопровождаться представлением события в научно-практическом сообществе (в рамках конференций, круглых столов) и широким освещением в медиапространстве.

Серьезным фактором реализации Модели является политическая воля лиц, принимающих решения

Принимая во внимание проблему дефицита кадров, о которой заявили эксперты, было принято решение не организовывать отделения в каждой детской поликлинике. Первый уровень представлен врачами-педиатрами

участковыми, персоналом приемных отделений стационаров, травматологических пунктов, ФАПов, в задачи которых входит: выявление детей в ТЖС, заполнение медико-социальной карты и, при необходимости, дальнейшая маршрутизация.

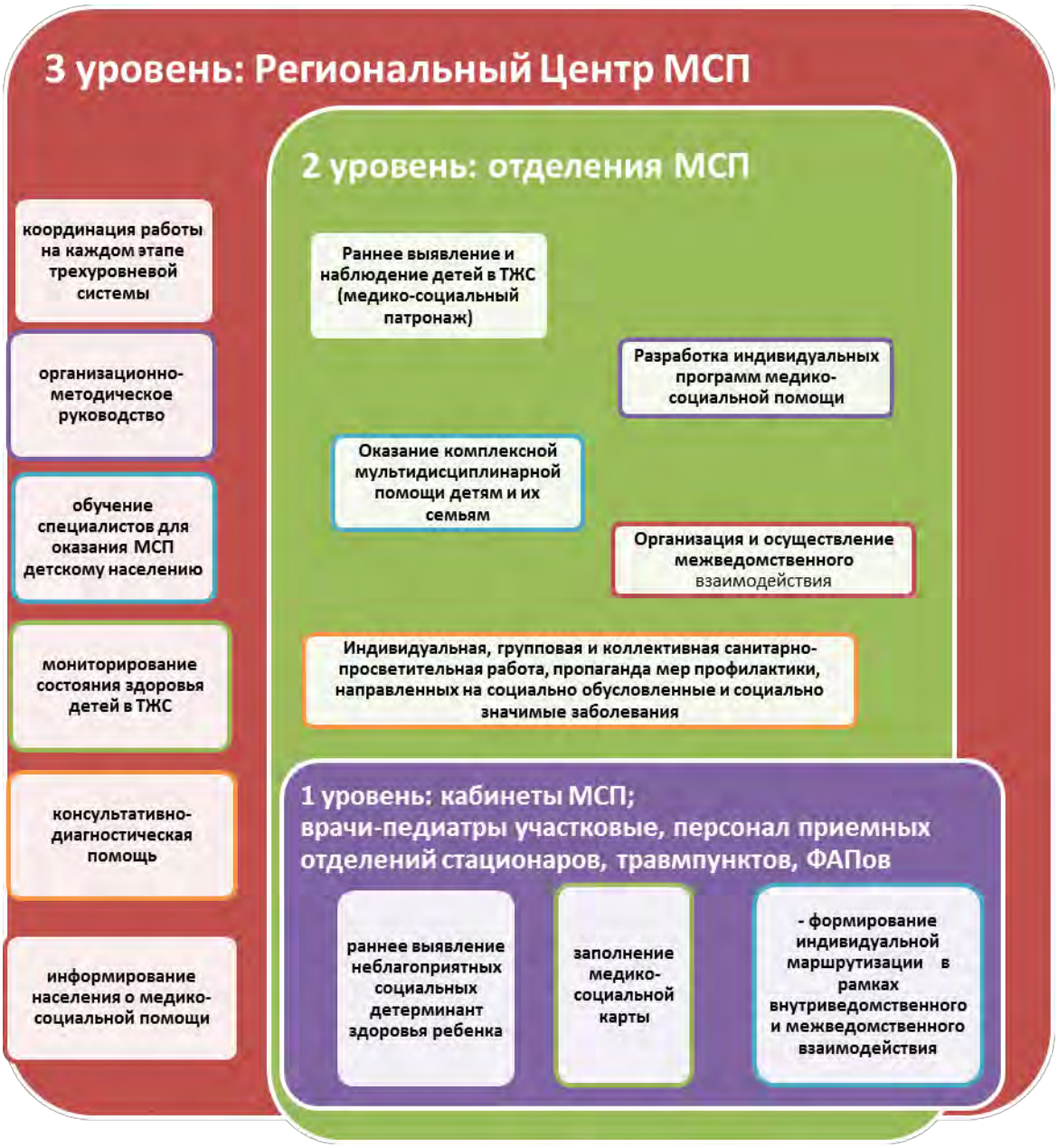


Рис.7. 1. Региональная модель многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению

Второй уровень системы представлен отделениями медико-социальной помощи.

Ключевой структурой системы медико-социальной помощи детскому населению, по мнению специалистов в сфере здравоохранения детского населения (глава 6, параграф 6.3.4. настоящего исследования), является именно отделение медико-социальной помощи детской поликлиники. Такое отделение является центральным элементом разработанной Региональной модели многоуровневой системы медико-социальной помощи.

По итогам исследования, представленного в главе 6, проведено обсуждение проблем непосредственного функционирования отделений медико-социальной помощи детской поликлинки с привлечением группы экспертов (18 человек), состоящей из представителей Министерства здравоохранения Республики Татарстан, главных врачей детских поликлиник и их заместителей (Санкт-Петербург, Республика Татарстан), сотрудников отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, ведущих специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья.

Все эксперты считают организацию отделений медико-социальной помощи необходимым условием сохранения и укрепления здоровья детского населения, особенно той его части, которая находится в трудной жизненной ситуации. Эксперты заявили, что отделение «позволяет не только оптимизировать объемы медико-профилактического наблюдения за детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации, но и повысить качество такого наблюдения, систематизировать силы и средства детской поликлиники для более оперативного и эффективного решения задач, стоящих перед нею».

Нижеперечисленные вопросы были подняты экспертами в процессе обсуждения.

Деятельность психолога. По данным экспертов, специфика работы психолога в ОМСП в большей степени соответствует подготовке педагога-психолога, нежели медицинского (что вступает в противоречие с действующим Порядком оказания педиатрической помощи).

Подростковая служба. Опыт работы отделений показал, что особым блоком выделяется медико-социальная помощь подросткам с акцентом на сохранение репродуктивного здоровья, профилактике употребления психоактивных веществ и других девиаций.

Вместе с тем, расширение задач отделения требует увеличения числа штатных единиц и вовлечения дополнительных специалистов. Если для одних регионов усовершенствование медико-социального сопровождения подростковой службой — вполне осуществимая задача, то для других в условиях дефицита финансирования и кадров организовать такую модель помощи в детской поликлинике не представляется возможным. С учетом этого перед экспертами была поставлена задача определить примерный Порядок, регулирующий деятельность по обеспечению самых основных задач отделения. При этом, допускается возможность введения в штат отделения дополнительных специалистов (детский акушер-гинеколог, уролог-андролог).

Классификация контингента детей, нуждающихся в медико-социальной помощи. В предыдущей главе (глава 6, параграф 6.3.3.) обсуждалось, что различные подходы к классификации детского контингента не приемлемы, если говорить о построении системы медико-социальной помощи. Диссертантом было предложено использовать статью 1 Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» №124-ФЗ от 24 июля 1998г. (контингент детей в трудной жизненной ситуации), экспертами такая классификация была принята. Следует еще раз обратить особое внимание на вышеуказанную статью Закона, поскольку нередко приходится сталкиваться с недопустимым вариантом сокращения категорий, определяющих нахождение ребенка в трудной жизненной ситуации.

Определение степени тяжести ситуации, в которой находится ребенок. Для стандартизации деятельности отделений, оценки эффективности их работы целесообразно ввести градацию, позволяющую

оценивать степень тяжести ситуации ребенка. В качестве основы разработанной классификации степени тяжести нахождения в трудной жизненно ситуации были использованы материалы руководств и пособий по ведению неблагополучных семей [25].

Третий уровень системы, представляющий из себя координационный Центр, взял на себя задачи по подготовке специалистов по вопросам оказания медико-социальной помощи детям, а также разработке организационно-методических пособий. Структура такого центра необходима для успешного функционирования системы, так как, показано в SWOT-анализе, проблемы подготовки специалистов и организации медико-социальной деятельности признаны экспертами серьезными препятствующими факторами. В задачи Центра входит также информирование населения о медико-социальной помощи детскому населению.

На основании полученных в результате настоящего исследования данных (опыта организации и функционирования отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, социологических опросов, SWOT-анализа развития системы медико-социальной помощи детскому населению) разработана дорожная карта реализации модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в Республике Татарстан.

Таблица 7.7.

Дорожная карта реализации модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в Республике Татарстан

№	Мероприятия	Примерные сроки	Планируемые результаты
I.	**Подготовительный этап Декабрь 2011 – июнь 2015**		
1.	Разработка региональной модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению	Декабрь 2011-февраль 2013г.	Модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению

Продолжение таблицы 7.7.

№	Мероприятия	Примерные сроки	Планируемые результаты
2.	Рассмотрение и утверждение Модели на совещании рабочей группы «Здравоохранение, дружественное к детям» Координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы	Декабрь 2012-февраль 2013 г.	Согласованная Модель и план реализации пилотного проекта по созданию системы медико-социального провождения детей и подростков в субъектах РФ (в Республике Татарстан).
4.	Разработка нормативного правового пакета документов, регламентирующего МСП детям	Апрель 2013-июнь 2015 г.	Приказы о реализации Модели в РТ, примерный региональный Порядок деятельности отделений МСП детских поликлиник, Положения, Регламенты
5.	Разработка отчетно-учетной документации	Апрель 2013-июнь 2015 г.	Форма предоставляемых сведений о детях, находящихся в ТЖС; форма предоставляемых сведений о состоянии здоровья детей, находящихся в ТЖС; форма медико-социального паспорта ребенка
6.	Активное обучение персонала по работе в условиях пилотного проекта, знакомство с передовым опытом (проведения конференций, круглых столов, выездных циклов ТУ)	Постоянно	Повышение профессиональной компетентности сотрудников
7.	Разработка и реализация мероприятий по информационной открытости учреждений здравоохранения, оказывающих медико-социальную помощь детям	Постоянно	Сайты, круглые столы, материалы в СМИ, информация в социальных сетях
II	**Основной этап** Декабрь 2013г. – декабрь 2015		

Продолжение таблицы 7.7.

№	Мероприятия	Примерные сроки	Планируемые результаты
1.	Утверждение рабочей группы Министерства здравоохранения Республики Татарстан по разработке и внедрению модели медико-социальной помощи детям	Декабрь 2013г.	Создание условий для реализации проекта в РТ
2.	Утверждение нормативно-правового пакета документов, регламентирующего деятельность инновационной модели.	Декабрь 2013-январь 2015 года	Переход к устойчивому функционированию в рамках пилотного проекта
3.	Утверждение и внедрение Положений	Ноябрь 2014 г.	Создание условий для организации медико-социальной помощи на всех уровнях Модели
4.	Реструктуризация медицинских организаций	Ноябрь 2014-январь 2015	Организация Центра, отделений и кабинетов МСП в медицинских организациях РТ
5.	Открытие структурных подразделений по оказанию медико-социальной помощи детям в РТ	Январь 2015г.	Готовность Модели к оказанию медико-социальной помощи детскому населению в РТ
6.	Разработка методических рекомендаций по организации региональной системы медико-социальной помощи детскому населению	Декабрь 2013-декабрь 2014г.	Публикация методических рекомендаций
7.	Мониторинг и анализ функционирования Модели	Декабрь 2015г.	Внесение необходимых изменений в организацию медико-социальной помощи детскому населению в РТ

Для максимально возможного ускорения подготовительные и основные мероприятия внедрения Модели в РТ проводились, по возможности, параллельно.

7.2.3. Результаты внедрения региональной модели многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в Республике Татарстан

В соответствии с дорожной картой, в Республике Татарстан внедрена региональная модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению.

Сотрудниками лаборатории социальной педиатрии НЦЗД (Н.В.Устиновой, В.Ю. Альбицким) разработана региональная модель многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению.

По предложению сотрудников указанной лаборатории, поддержанному директором НЦЗД, академиком РАН А.А.Барановым, в план мероприятий Рабочей группы № 3 «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы был включен пункт «Разработка и внедрение типовой модели медико-социального сопровождения детей и подростков в субъектах РФ – пилотный проект».

На совещании рабочей группы «Здравоохранение, дружественное к детям» утверждена предложенная Модель (февраль, 2013 г.).

Для реализации проекта была выбрана Республика Татарстан. Председатель Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Председатель Координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы В.И. Матвиенко обратилась к Президенту Республики Татарстан Р.Н. Минниханову с предложением реализовать в Республике пилотный проект, и на уровне руководства Республики было получено согласие на

внедрение разработанной модели. Высокая социальная значимость построения системы охраны здоровья детского населения с учетом социальных факторов, возможность реализации принципов социальной педиатрии позволили проявить политическую волю высшего звена руководства страны и Республики, что способствовало успешному внедрению модели.

Реализация проекта осуществлялась при активном участии Министерства здравоохранения РТ (министр здравоохранения – А.З.Фаррахов) и представителей ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ» (Шавалиев Р.Ф., Куликов О.В., Басанова Л.И., Плаксина Л.В.), которые обеспечивали мероприятия по практическому внедрению региональной модели медико-социального сопровождения детского населения.

В декабре 2013 г. был издан Приказ МЗ РТ N 2243 «О пилотном проекте по реализации модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям, в том числе находящимся в трудной жизненной ситуации, в Республике Татарстан» (от 02.12.2013). В приказе утверждалась рабочая группа МЗ РТ по разработке и внедрению модели медико-социальной помощи детям. В задачи рабочей группы включена подготовка нормативной правовой базы, регламентирующей порядок реализации трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в Республике Татарстан.

Были осуществлены мероприятия по обучению персонала в сфере оказания медико-социальной помощи детям. В рамках ежегодной конференции «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе» организуются симпозиумы, посвященные медико-социальной помощи. Совместными усилиями лаборатории социальной педиатрии НЦЗД и кафедры поликлинической и социальной педиатрии РНИИМУ им. Н.И.Пирогова проводятся выездные циклы тематического усовершенствования по специально разработанной программе «Актуальные вопросы профилактической и социальной педиатрии» (72 часа). На

регулярной основе происходит обмен опытом в рамках круглых столов, совещаний.

Утверждены региональные законодательные и нормативные правовые акты, регулирующие деятельность реализуемой модели. Среди них: Приказ МЗ РТ от 27.01.2015г. № 96 «О реализации трехуровневой системы медико-социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально-опасном положении в РТ». В Приказе МЗ РТ № 96 прописаны Положения о функционировании всех трех уровнях Модели: Центра, отделений и кабинетов. Кроме того, утверждены регламент межведомственного взаимодействия, медико-социальная карта пациента, экстренные извещения о нахождении ребенка в ТЖС или СОП, учетные и отчетные формы о состоянии здоровья детей в ТЖС и СОП, чек-листы о признаках разного рода насилия.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РТ от 27.01.2015г. №96 на территории Республики Татарстан созданы 40 кабинетов медико-социальной помощи (первый уровень), функционирует 10 отделений медико-социальной помощи (второй уровень) с командами специалистов (педиатра, психолога, специалиста по социальной работе и юриста). Организован Республиканский Центр медико-социальной помощи детям и их семьям в ТЖС и (или) СОП (третий уровень).

По данным Республиканского Центра медико-социальной помощи детям и семьям в ТЖС, осуществляющего функцию мониторинга, в течение 2015 года медицинскими организациями выявлено и взято на сопровождение 24125 детей в ТЖС, что составляет 3,2% всего детского населения и 33,7% детей в ТЖС в РТ.

В структуре причин отнесения ребенка к категории находящегося в ТЖС лидируют следующие факторы: инвалидность ребенка (52,3% от общего количества факторов риска), неудовлетворительные условия для жизнеобеспечения детей (26,8%), злоупотребление родителями алкогольными напитками (13,3%), неполные семьи (4%).

В медицинской помощи нуждались 14 415 детей (59,8% от общего числа детей в ТЖС), из них было пролечено 13 691 ребенок (95,0% от нуждавшихся). В круглосуточном стационаре получили медицинскую помощь 26,8% детей, в дневном стационаре 4,7%, в амбулаторных условиях - 65,8%.

В оздоровлении нуждались 10 971 ребенок (45,5% от общего количества детей в ТЖС). Оздоровлены 93,0%: в санаториях, профилакториях -11,2% детей, амбулаторно в условиях поликлиник и дневных стационаров 56,6%, в стационарах 12,5% детей в ТЖС.

Таким образом, научно обоснована, разработана и апробирована региональная модель многоуровневой системы медико-социального сопровождения детского населения на основе подходов социальной педиатрии, обеспечивающая: а) системный (целостный) характер охраны здоровья детского населения; б) многоуровневый подход в зависимости от степени медико-социального вмешательства; в) подготовку региональных нормативных правовых актов, регламентирующих функционирование системы; г) непрерывное обучение специалистов для оказания медико-социальной помощи; д) алгоритм выявления и сопровождения детей в трудной жизненной ситуации.

За год функционирования Модели была продемонстрирована ее эффективность: обеспечены выявление детей в ТЖС и мероприятия по сохранению их здоровья.

ГЛАВА 8
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (заключение)

Значительный вклад социальных факторов в формирование здоровья детского населения подтвержден многочисленными российскими и зарубежными научными исследованиями Принимая во внимание этот факт, настоящая работа посвящена методологическим аспектам медико-социальных взаимоотношений как важнейшей составляющей современной педиатрии и организации здравоохранения. В проведенном исследовании определены основные направления и задачи развития медико-социальной помощи детскому населению. Обозначена роль социальной педиатрии в построении эффективной системы охраны здоровья детского населения в РФ.

8.1. Определение термина социальная педиатрия

Несмотря на то, что сам термин «социальная педиатрия» известен широкому кругу медицинских специалистов, общепризнанной унифицированной дефиниции самого понятия не существует. Поэтому для установления предмета исследования необходимо определение содержания и объема понятия.

Исследование определений предмета «социальная педиатрия» в 24 зарубежных и отечественных публикациях позволило установить, что, несмотря на отсутствие единого понимания термина, существует принципиальная возможность формирования его понятийно-категориального аппарата.

Терминологический анализ показал, что в большинстве Европейских странах понятие «социальная педиатрия» трактуется достаточно широко и включает различные уровни охраны здоровья детей: государственный, микросоциальный (общинный) и индивидуальный. В то же время, в

Северной Америке, в частности в Канаде, акцент смещается в сторону первичной медицинской помощи, где подходы социальной педиатрии применяются в отношении уязвимых категорий детского населения.

В результате терминологического анализа было установлено, что социальная педиатрия рассматривается в двух аспектах: как область детского общественного здравоохранения и как практический подход при осуществлении педиатрической деятельности, преимущественно в первичном звене здравоохранения и в отношении неблагополучных групп населения соответствующего возраста. При этом речь не идет о противопоставлении двух стратегий. Правильнее говорить о разных уровнях приложения основных подходов социальной педиатрии.

В России социальная педиатрия развивалась главным образом в рамках общественного здравоохранения и в сфере научных изысканий, в области рутинной практики ее подходы до настоящего времени не являются приоритетными.

Проведенный интерпретативный контент-анализ показал, что большинство существующих определений предполагает в социальной педиатрии холистический подход к детскому здоровью. При этом категория «социальные детерминанты здоровья детей» фигурирует в большинстве дефиниций.

Профилактическая направленность социальной педиатрии признается важной характеристикой как по результатам терминологического анализа, так и по мнению экспертов.

Выделение детей группы риска (находящихся в неблагоприятных условиях, трудной жизненной ситуации, с ограниченными возможностями и инвалидов, имеющих риски нарушения развития или формирования хронической патологии) является характерным для дефиниций социальной педиатрии.

Следует особо отметить отраженный во многих определениях «мультидисциплинарный подход», который предусматривает оказание

педиатрической помощи не только объединёнными усилиями специалистов различных медицинских специальностей, но и привлечением, по мере необходимости, психолого-педагогических кадров, всех служб и ведомств, задействованных в охране жизни и здоровья детей.

Таким образом, мультидисциплинарный характер помощи рассматривается в качестве организационной основы практической деятельности по сохранению здоровья детского населения. При этом в разных условиях могут задействоваться специальные организационные формы

Исходя из существующих определений, главная цель социальной педиатрии — это сохранение здоровья детей в контексте биопсихосоциальной модели. Тем самым проводится разграничение между самой социальной педиатрией и, например, социальной помощью или социальной педагогикой.

Социальная педиатрия представляет собой концепцию, в основе которой лежит многоосевая структура, охватывающая различные аспекты жизни и здоровья детей и подростков, включающая как различные уровни (глобальный, общественный, индивидуальный), так и различные области (здравоохранение, семья, образование, социальная защита) и сферы (биологическая, физическая, психологическая, экологическая, социальная, коммуникативная) жизни и здоровья детей и подростков.

На основании проведенного контент-анализа существующих моделей разработан категориальный аппарат понятия социальной педиатрии в который вошли следующие концептуальные формулировки: «*холистический подход к охране здоровья*»; «*социальные детерминанты здоровья детей*»; «*профилактическая составляющая*»; «*дети в неблагоприятных условиях жизни/ТЖС»; «мультидисциплинарный подход (межведомственное взаимодействие)*»; «*системный подход к организации медицинской помощи»; «сохранение здоровья»; «психосоциальная помощь»; «права ребенка».*

В качестве основных подходов социальной педиатрии следует отметить:

- оценку состояния здоровья на основе холистического подхода;

- принятие во внимание социальных детерминант здоровья;

- организацию профилактических мероприятий;

- приоритетное внимание детям, находящимся в трудной жизненной ситуации;

- использование мультидисципинарного подхода и межведомственного взаимодействия;

- системный характер организации медико-социальной помощи, интегрирующий медицинские и психосоциальные вмешательства;

- достижение максимально возможного уровня здоровья для каждого ребенка;

- обеспечение прав несовершеннолетних.

Предложено авторское определение социальной педиатрии, основанное на результатах проведённого исследования (на основании сформированного понятийно-категориального аппарата). **Социальная педиатрия рассматривается как концепция целостного подхода к сохранению здоровья и улучшению качества жизни детей, подвергающихся неблагоприятным социальным факторам или имеющих потенциальный риск такого воздействия, реализующая комплексные профилактические мероприятия мультипрофессиональной направленности (медицинские, социальные, психологические и правовые) на индивидуальном, групповом, региональном, национальном и глобальном уровнях.**

8.2. Состояние и перспективы научных исследований в сфере социальной педиатрии

На следующем этапе исследования с использованием наукометрического метода и контент-анализа научных работ за период 1991 - 2012 гг. показаны состояние и перспективы научной составляющей

социальной педиатрии. Для этого на первом этапе необходимо было проанализировать в целом научные исследования в области охраны здоровья детского населения.

Изучение диссертационных работ в области общественного здоровья и здравоохранения (4194 единиц информации) показал, что только 14,8% из них обращены к проблемам детского населения. Принимая во внимание декларируемый приоритет охраны здоровья детей, следует говорить о недостаточном количестве научных исследований в данной области.

В качестве второй дисциплины чаще всего выступают педиатрия (16,2% работ среди работ, выполненных по двум специальностям), акушерство и гинекология (3,8%), а также гигиена (3,4%).

В процессе исследования была выявлена серьезная проблема: среди отечественных научных разработок 98,2% ориентированы на региональные особенности, то есть раскрывают проблему одного города, района или области. Совершенно недостаточно работ, характеризующих проблемы охраны здоровья детского населения на федеральном уровне (1,8%), выполненных в едином и доказательном исследовательском дизайне и позволяющих сравнивать результаты, полученные в разных точках страны. В целях оптимизации научного знания представляется целесообразным создание федеральных центров, регламентирующих проведение приоритетных национальных исследований в области охраны здоровья детского населения. Задачу по координации такой работы может взять на себя Научный центр здоровья детей.

В диссертационных исследованиях, посвященных здоровью детей, превалирующей темой ожидаемо являются вопросы организации медицинской помощи (27,2%), в 16,8% работ посвящены изучению состояние здоровья детского населения, при этом профилактические аспекты представлены в 12,2% диссертаций.

Наиболее исследуемой возрастной группой оказались подростки (19,9%). Особенностям здоровья призывников в целом посвящены 54,5%

диссертаций, что обусловливает неизбежный гендерный сдвиг подобных исследований, ориентированных на мальчиков/юношей. В то же время проблемы репродуктивного здоровья освещаются в 68,6% работ, где объектом исследования являются девочки/девушки.

Вопросы социальной педиатрии в диссертационных исследованиях представлены в основном изучением социальных детерминант здоровья детского населения (35,9% всех работ).

Исследованиям проблем детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, посвящено 15% диссертаций. Возможно такое количество работ является недостаточным для осуществления дифференцированного подхода к оказанию им медико-социальной помощи и планированию системно осмысленных, научно обоснованных профилактических мероприятий с учетом вида неблагоприятных социальных воздействий.

Изучение организации медико-социальной помощи с позиций мультидисциплинарного подхода, при обязательном привлечении специалистов немедицинского профиля, представлены достаточно ограниченным количеством исследований (7,6%), что отражает сложившуюся ситуацию в практическом здравоохранении с межпрофессиональным взаимодействием.

Важно подчеркнуть, что эффективная система охраны и укрепления здоровья детского населения предполагает организацию медицинской помощи, учитывающей воздействие социальных и психологических факторов на развитие ребенка. Другими словами медицинская помощь должна становиться помощью медико-социальной. Такой подход соответствует неослабевающему интересу исследователей к социальным детерминантам здоровья (35,9% диссертаций по общественному здоровью и здравоохранению детского населения). Недостаточное количество исследований по проблемам детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и оказанию им эффективной поддержки, вероятно, связано с отсутствием (недостаточным развитием) действующей системы медико-

социальной помощи детскому населению в РФ, которая существуют лишь в виде ее отдельных звеньев.

8.3. Проблемы и перспективы преподавания социальной педиатрии

Обсуждение вопросов преподавания социальной педиатрии целесообразно начать с изучения международного опыта.

Комплексное исследование, включающее социологические опросы зарубежных педиатров, контент-анализ программ подготовки соответствующих специалистов позволили определить характерные особенности преподавания социальной педиатрии как области специальных медицинских знаний.

В соответствии с проведенными опросами, социальная педиатрия рассматривается, преимущественно, как область интеграции практической педиатрии и общественного здравоохранения. При этом очевидной тенденцией последнего времени является увеличение часов преподавания практических (прикладных) аспектов социальной педиатрии для врачей-педиатров первичного звена.

Вместе с тем выделение социальной педиатрии в отдельную специальность не поддерживается зарубежным педиатрическим сообществом. Однако обращает на себя внимание наличие таких субспециальностей, как «муниципальная педиатрия» или «муниципальное детское здравоохранение», которые включают в себя основные социально-педиатрические подходы и методологические принципы. В контексте отечественной терминологии «муниципальная педиатрия» по смыслу близка «поликлинической педиатрии». Иными словами, в зарубежных странах с развитой системой здравоохранения прикладная социальная педиатрия рассматривается в рамках педиатрии поликлинической. При этом вопросы социальной педиатрии включены в программы подготовки педиатров большинства европейских стран, а также развитых стран Азии и Америки.

На основании результатов контент-анализа учебных программ были выделены три основных модуля преподавания социальной педиатрии в 5 экономически развитых странах (Австралия, Канада, США, Турция, Швейцария): 1) прикладная социальная педиатрия; 2) социальная педиатрия как общественное здоровье и здравоохранение детского населения; 3) муниципальная педиатрия (наиболее близкая к поликлинической по определению, принятому в нашей стране).

Ориентированный на практическую деятельность характер преподавания предмета находит отражение а) в организационных формах обучения (резидентура, циклы усовершенствования, специальные тренинги) и б) в особенностях контингента в особенностях контингента слушателей, практическая деятельность которых связана с охраной здоровья детского населения с учетом социальных детерминант.

Суммируя зарубежный опыт, следует отметить, что в экономически развитых странах является общепризнанной необходимость введения в программу обучения педиатров вопросов социальной педиатрии.

Анализ особенностей преподавания социальной педиатрии в нашей стране мы начали с исследования программы последипломной подготовки в ординатуре по специальностям «Педиатрия» и «Общественное здоровье и организация здравоохранения».

Привлеченные эксперты оценивали представленные программы на предмет наличия в них основных положений социальной педиатрии. Оказалось, что такие серьезные вопросы, как «здоровье детей, находящихся в ТЖС»; «организация мультидисциплинарного подхода и межведомственного взаимодействия»; «психосоциальная помощь»; «обеспечение прав ребенка» представлены в этих программах недостаточно полно для того, чтобы обеспечить подготовку компетентного специалиста в области медико-социальной помощи детям.

Значительное количество отечественных и зарубежных исследований показывают, что дети, находящиеся в ТЖС имеют специфические проблемы

здоровья и при оказании им медицинской помощи требуютеся особый подход. Подчеркивается важность учета социальных детерминанты здоровья и необходимость развития мультидисциплинарного межведомственного взаимодействия. В отечественных программах обучения этому не уделяется должного внимания. Система организации педиатрической помощи рассматривается изолированно от деятельности других ведомств, участвующих в охране здоровья детей.

Особенностью преподавания социальной педиатрии в отечественной практике является ее сквозной характер, то есть в рамках обучения по определенным специальностям представлены отдельные вопросы, но не самостоятельные курсы или циклы подготовки.

Оценка потребностей в преподавании социальной педиатрии проводилась среди участковых врачей-педиатров, как известно, являющихся ключевыми фигурами в системе охраны здоровья детей. В процессе проведения фокус-групп выяснилось, что целевая аудитория имеет существенные пробелы в знаниях и навыках по этим вопросам. В частности, только 25,6% участников фокус-групп продемонстрировали необходимые навыки выявления жестокого обращения с ребенком; 19,6% - в достаточной степени ориентированы в вопросах обеспечения прав детей; 24,4% - в своей повседневной практике прибегают к межведомственному взаимодействию; 30,3% - способны предложить адекватную тактику медико-социальной помощи в предлагаемых обстоятельствах (т.е. обеспечить медицинскую помощь с учетом социальных аспектов здоровья). Важно что актуализация восприятия собственной некомпетентности произошла после того, как педиатрам были представлены обучающие материалы с изложением современных подходов к практическому осуществлению основных принципов социальной педиатрии.

Даже краткосрочная подготовка по вопросам социальной педиатрии привела к значительной коррекции предшествующих убеждений врачей-педиатров. Изменения касались, прежде всего, осознания важности

холистических (биопсихосоциальных) подходов к оценке соматических болезней и необходимости принятия во внимание социальных аспектов здоровья детского населения для оказания эффективной медико-социальной помощи.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в Российской Федерации обучение педиатров по вопросам социальной педиатрии на последипломном этапе характеризуется следующими недостатками: а) недостаточной представленностью объема соответствующих знаний в программах подготовки по специальностям «Педиатрия» (специалитет) и «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (подготовка кадров высшей квалификации); б) отсутствием целостного (системного) преподавания предмета; в) отсутствием обучения практическим навыкам оказания медико-социальной помощи детскому населению.

Для должной подготовки специалистов в области социальной педиатрии необходимо обеспечить системное (целостное) преподавание предмета. Представляется целесообразным выделение социальной педиатрии в качестве отдельного предмета (курса, цикла) преподавания в программах подготовки по специальности «Педиатрия» для студентов педиатрических факультетов и последипломной подготовки детских врачей, а также по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для студентов лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов.

Из изложенного материала следует однозначный вывод: для оптимизации профессиональной подготовки педиатров первичного звена необходимо обеспечить подготовку по вопросам социальной педиатрии и оказания медико-социальной помощи детскому населению. По нашему мнению, следует реализовать предложение академика А.А. Баранова и профессора В.Ю. Альбицкого (2003) о необходимости создания кафедр поликлинической и социальной педиатрии путём включения курса

социальной педиатрии в состав кафедр (курсов) поликлинической педиатрии).

8.4. Задачи развития практической социальной педиатрии

Как показано в предшествующих главах, социальная педиатрия признается необходимой составляющей педиатрической практики. В нашей стране медицинскую помощь, требующую использования подходов социальной педиатрии, принято называть «медико-социальной». Практические подходы социальной педиатрии обнаруживают себя в первую очередь в тех организационных формах, в названии которых присутствует указанный термин (отделения (кабинеты медико-социальной помощи).

Кроме того, практическое значение подходов социальной педиатрии было изучено на примере паллиативной помощи детскому населению. Этот вид МСП выбран для анализа как один из относительно новых для нашей страны инновационных методов оказания помощи *одновременно* в сферах *здравоохранения и социальной помощи* (170).

Было проведено социологическое исследование по проблемам организации медико-социальной помощи детям на базе поликлиник. С указанной целью проводилось анкетирование 678 специалистов в области детского здравоохранения (педиатров, организаторов здравоохранения, преподавателей профильных кафедр).

Организацию медико-социальной помощи детскому населению характеризуют как неудовлетворительную 59% опрошенных. В своей практике встречались со случаями жесткого обращения с детьми 96,6% респондентов. Алгоритм действий в случае подозрения на жестокое обращение с ребенком известен только 31,1% участников опроса. Признают высокую степень влияния социальных факторов на формирование здоровья детского населения 100% респондентов.

Анкетирование показало, что респонденты плохо знакомы с особенностями и возможностями этого вида помощи детскому населению.

Отсутствие знаний в области организации медико-социальной помощи и опыта работы приводит к тому, что только 14,7% опрошенных согласны с необходимостью специальной подготовки для оказания медико-социальной помощи в детской поликлинике, (против 92,8% имеющих необходимые знания и опыт работы, $p<0,05$); в необходимости организации отделений медико-социальной помощи детской поликлиники убеждены 25,6% (против 88% соответственно, $p<0,05$); 82,1% считают деятельность отделений медико-социальной помощи формальной и малоэффективной (против 6,8%, $p<0,05$); 49,7% не согласны с тем, что в задачу врача-педиатра участкового входит выявление неблагоприятных социальных детерминант здоровья ребенка (против 0%, $p<0,05$).

Проведенный опрос показал отсутствие у медицинских специалистов содержательных знаний и опыта работы с отделениями медико-социальной помощи детской поликлиники. Существующее положение дел в значительной степени обусловлено распространенностью профессиональных заблуждений и скептическим отношением к возможностям организации МСП детскому населению, что, в свою очередь, не может не отразиться на качестве и эффективности мероприятий по охране здоровья детей.

Практическая значимость и эффективность подходов социальной педиатрии были продемонстрированы на примере различных организационных форм МСП: кабинетов (отделений) медико-социальной помощи беременным в трудной жизненной ситуации; отделений (кабинетов) медико-социальной помощи детской поликлиники; специальных служб паллиативной медицинской помощи детскому населению.

В ходе исследования указанных видов МСП проводился анализ регулирующих нормативных правовых актов, определялись потенциальные и реальные возможности реализации принципов и основных подходов социальной педиатрии, выявлялись факторы благоприятствующие и препятствующие организации помощи детскому населению.

Анализ нормативных правовых документов, регулирующих деятельность отделений (кабинетов) медико-социальной помощи в отношении беременных в трудной жизненной ситуации и детей, показал что:

- изучаемые организационные формы МСП являются легитимными;

- отделения (кабинеты) МСП в своей деятельности должны руководствоваться основными принципами (подходами) социальной педиатрии;

- в указанных документах не прописаны регламент межведомственного взаимодействия и порядок работы специалистов разного профиля;

- остается неурегулированным порядок формирования полноценной **системы** оказания МСП.

Методом включенных наблюдений было установлено, что, при условии поддержки соответствующих должностных лиц, организация медико-социальной помощи возможна. Применительно к беременным в ТЖС это позволяет своевременно проводить профилактические мероприятия в отношении здоровья и жизни будущего ребенка; в отношении детей в ТЖС обеспечивается ранее выявление и своевременное медико-социальное сопровождение.

В ходе исследования эксперты оценивали степень реализации потенциальных и реальных возможностей изучаемых организационных форм МСП. Был отмечен высокий терапевтический потенциал социально-педиатрических подходов и принципов МСП как в отношении беременных, так и детей в ТЖС.

Однако, по многим параметрам, реальные возможности отделений (кабинетов) оцениваются статистически значимо ниже потенциальных. Так в их числе: «мультидисциплинарный подход/межведомственное взаимодействие» - соответственно 59 и 85 баллов, при оказании МСП беременным, 56 и 87 баллов при оказании МСП детям в ТЖС ($p<0,05$), «системный подход» - 37 и 73 для беременных, 42 и 81 для детей в ТЖС

($p<0,05$), «психосоциальная помощь» и «обеспечение прав ребенка» - 51 и 82, 57 и 92 соответственно ($p<0,05$).

Кроме этого, при организации МСП беременным в ТЖС выявлена недостаточная реализация таких социально-педиатрических подходов к обеспечению здоровья, как «особое внимание детям в ТЖС» - 55 и 81 ($p<0,05$).

Эксперты отметили, что в отделениях МСП детских поликлиник остаются нереализованными в полной мере значимые возможности охраны здоровья. Из-за игнорирования принципов социальной педиатрии:

- «холистического подхода к здоровью» - 75 баллов реальные возможности и 95 – потенциальные ($p<0,05$);
- «профилактической составляющей» - 61 и 90 баллов соответственно ($p<0,05$);
- «сохранение максимально возможного уровня здоровья» - 76 и 89 баллов соответственно ($p<0,05$).

В результате анализа организации другого исследуемого в работе вида МСП - паллиативной помощи детскому населению - было установлено, что в настоящее время в РФ сформирована законодательная *основа* для создания системы паллиативной помощи детям. Вместе с тем нормативное правовое обеспечение этого вида медико-социальной помощи остается недостаточно разработанным.

Понимание важности организации *системы* паллиативной помощи детскому населению привело к необходимости разработки Концепции ее развития. В созданном документе: «Концепции развития паллиативной помощи детям и подросткам в Российской Федерации на 2015-2019 гг.» были учтены основные принципы и подходы социальной педиатрии.

Экспертная оценка реализации подходов и принципов социальной педиатрии при оказании паллиативной помощи детям позволила установить, что по всем характеристикам социальной педиатрии, кроме категории «профилактическая оставляющая», реальные возможности оказания

паллиативной помощи детскому населению статистически значимо ниже потенциальных.

Самые низкие экспертные оценки присуждены категориям «обеспечение прав ребенка» - 52 реальные возможности и 82 балла потенциальные; «социальные детерминанты здоровья» 59 и 88 баллов соответственно; «психосоциальная помощь» - 67 и 93 балла соответственно; «системный подход» - 68 и 100 баллов соответственно. Для всех сравнений показатель статистической значимости $p<0,05$.

Такими же значимыми оказались различия в реальных и потенциальных возможностях по параметрам «сохранение максимально возможного уровня здоровья» 71 и 89 баллов; «холистический подход к здоровью» - 73 и 100 баллов; «межведомственное/мультидисциплинарное взаимодействие» 78 и 93 балла. Для всех значений $p<0,05$.

Экспертами было отмечено, что социальный (психосоциальный) компонент здоровья ребенка недостаточно учитывается при организации паллиативной помощи, сохраняется тенденция отдельно рассматривать «медицинскую паллиативную помощь», что противоречит как основным определениям ВОЗ, так и разработанной Концепции, отражающей принципы социальной педиатрии.

Таким образом, при организации разных видов медико-социальной помощи детскому населению (беременным, детям в ТЖС, паллиативной) обнаруживаются схожие проблемы в недостаточной реализации стандартных социально-педиатрических принципов и подходов, холистического, системного; профилактического, мультидисциплинарного, правового и прочих.

Основываясь на результатах оценок привлеченных экспертов можно утверждать, что для разных организационных форм медико-социальной помощи характерны общие проблемы, препятствующие реализации социально-педиатрических подходов:

- недостаточное организационно-методическое обеспечение (отсутствие утвержденных рекомендаций, стандартов и протоколов);
- отсутствие финансирования;
- недостаток специальной профессиональной подготовки специалистов;
- дефицит кадров;
- сложности мультидисциплинарного сопровождения;
- низкая информированность населения;
- отсутствие преемственности между различными службами, обеспечивающими этапность медико-социального сопровождения;
- сложности работы с «проблемным» контингентом;
- отсутствие системного подхода в организации МСП.

В качестве благоприятствующих факторов для организации различных форм медико-социальной помощи эксперты отметили:

- социальную политику государства;
- наличие соответствующих федеральных нормативных правовых актов;
- реализацию холистического подхода к охране здоровья;
- потенциальные возможности межведомственного взаимодействия;
- выделение отдельной структуры медицинской организации для осуществления МСП;
- профилактическую составляющую МСП;
- особое внимание к социальным детерминантам здоровья;
- особое внимание к детям в ТЖС.

8.5. Значение социальной педиатрии в построении системы медико-социальной помощи детскому населению

Результаты исследований, изложенных в предшествующих главах, показывают важность построения *системы* охраны здоровья детского населения, базирующейся на основных принципах и подходах социальной педиатрии.

Анализ законодательных актов, регулирующих охрану здоровья детского населения с учетом социальных детерминант, позволяет утверждать, что правовое обеспечение анализируемой проблемы носит неполный и разрозненный характер, не способствует организации системного подхода, не регламентирует межсекторальное и межведомственное взаимодействие. Существующее законодательное обеспечение не удовлетворяет в полной мере потребности детского населения в сфере оказания медико-социальной помощи.

В качестве метода стратегического планирования системы медико-социальной помощи детскому населению использовался SWOT-анализ. В процессе экспертного интервью были установлены сильные и слабые стороны, угрозы и возможности развития системы медико-социальной помощи. Оказалось, что факторы, представляющие категории социальной педиатрии, играют весомую роль в развитии системы медико-социальной помощи (от 87 баллов - «холистический подход к здоровью» до 97 баллов в отношении «особого внимания социальным детерминантам здоровья» и «сохранения здоровья детей в ТЖС).

К проблемным аспектам формирования системы МСП детскому населению были отнесены: дефицит кадрового обеспечения (90 баллов); отсутствие подготовки специалистов для оказания медико-социальной помощи (82 балла); сложности межведомственного взаимодействия (94 балла); отсутствие установленных рекомендаций по ведению медико-социальной работы (74 балла). Оценки экспертов продемонстрировали, что влияние факторов, отражающих трудности организации системы МСП,

превосходит влияние благоприятных факторов, отражающих возможности ее реализации. Таким образом, при разработке и внедрении системы медико-социальной помощи детскому населению, вероятно, потребуются значительные усилия для преодоления неблагоприятных условий.

Тем не менее, было показано, что существуют значительные ресурсы преодоления. В этом качестве эксперты рассматривают, в первую очередь, федеральное законодательство, легитимизующее ОМСП (96 баллов).

Важнейшим фактором построения системы МСП является политическая воля лиц, наделенных правом принимать решения. Однако относительно невысокий балл оценки экспертов интенсивности влияния такого фактора, как «обозначение социальной значимости охраны здоровья – приоритет государственной политики» (74 балла) позволяет предполагать, что заявленные преференции, во многом, носят декларативный характер.

Проблему подготовки специалистов предлагается решить путем проведения циклов тематического усовершенствования. Еще одной возможностью подготовки является проведение конференций и круглых столов, посвященных вопросам организации медико-социальной помощи детскому населению.

Исследование показало, что эксперты высоко оценивают возможности для нейтрализации угроз развитию системы медико-социальной помощи детскому населению (интенсивность влияния по большинству факторов «возможности» выше, чем «угрозы»). В этом отношении большое значение имеет опыт действующих отделений медико-социальной помощи с разработанными организационно-методическими документами.

Серьезную озабоченность экспертов вызывают вопросы финансирования, препятствующие организации МСП детскому населению (97 баллов). Определение источников финансирования ставится во главу угла при разработке стратегии развития системы. Функционирование ОМСП в регионах позволяет утверждать, что эта задача может решаться силами территориального бюджета. Тем не менее, отметим, что стабильность

финансирования, и соответственно функционирование системы, как указывают эксперты, может быть достигнута только в том случае, если медико-социальная помощь детскому населению будет прописана в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Вместе с тем, результаты проведенного анализа убедительно показывают, что, несмотря на серьезную интенсивность влияния неблагоприятных факторов, существует достаточное количество возможностей и сильных сторон для развития системы медико-социальной.

Проведенный анализ позволил установить ряд ведущих факторов, препятствующих развитию системы медико-социальной помощи. Среди них наиболее значимы такие угрозы как: 1) финансовое обеспечение системы медико-социальной помощи детскому населению (97 баллов); 2) недостаточное организационно-методическое обеспечение (94 балла); 3) недостаточное нормативное правовое обеспечение (92 балла). Самые слабые стороны реализации проекта развития медико-социальной помощи детям представлены следующими проблемами: 1) обеспечение кадрами (90 баллов), в первую очередь их дефицит (95 баллов), а также включение специалистов немедицинского профиля (88 баллов); 2) подготовка специалистов (82 балла), в том числе при осуществлении межведомственного взаимодействия специалистов при оказании медико-социальной помощи (94 балла).

Тем не менее, существуют как сильные стороны, так и возможности для развития системы медико-социальной помощи, которые позволяют нейтрализовать угрозы и преодолеть слабые стороны. К сильным сторонам в первую очередь отнесены: 1) обеспечение охраны здоровья детского населения с использованием принципов и подходов социальной педиатрии (93 балла); 2) опыт организации медико-социальной помощи в условиях детской поликлиники (88 баллов), в первую очередь опыт действующих ОМСП (96 баллов). Среди возможностей следует выделить: федеральное законодательство, легитимизующее ОМСП (96 баллов); возможности

регионального законотворчества по регулированию медико-социальной помощи детям (93 балла); возможности проведения подготовки специалистов по вопросам оказания медико-социальной помощи (89 баллов). Кроме этого, эксперты указали также на такую возможность, благоприятствующую развитию системы медико-социальной помощи детям, как приоритет государственной политики в сфере охраны здоровья детского населения, однако оценили интенсивность влияния этого фактора довольно низко – 74 балла.

Основываясь на результатах проведенного исследования, разработана и внедрена модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и план ее реализации (дорожная карта).

При разработке и реализации модели учитывались как сильные стороны и возможности, так и слабые стороны и угрозы.

По предложению сотрудников указанной лаборатории, поддержанному директором НЦЗД, академиком РАН А.А.Барановым, в план мероприятий Рабочей группы № 3 «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы был включен пункт «Разработка и внедрение типовой модели медико-социального сопровождения детей и подростков в субъектах РФ – пилотный проект». На совещании рабочей группы «Здравоохранение, дружественное к детям» утверждена предложенная Модель (февраль, 2013 г.) и ее реализация в Республике Татарстан.

На основании полученных в результате настоящего исследования данных (опыта организации и функционирования отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, социологических опросов, анализа развития системы медико-социальной помощи детскому населению) при участии автора настоящей работы была разработана и реализована модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в Республике Татарстан.

Первый год работы системы позволяет говорить о ее эффективности, так как обеспечивается решение основных медико-социальных задач, а именно: выявление детей в ТЖС их комплексное сопровождение (медицинское, социальное, психологическое). В течение 2015 года медицинскими организациями выявлено и взято на сопровождение 24125 детей в ТЖС, что составляет 3,2% всего детского населения и 33,7% всех детей в ТЖС в РТ.

Медицинская помощь (лечение) была показана 14 415 детям (59,8% от общего числа детей в ТЖС).

Таким образом, практическим результатом проведенного исследования стали разработка и апробация модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в субъекте РФ. В целом же результаты настоящего исследования позволяют утверждать, что социальная педиатрия, в соответствии с ее понятийно-категориальным аппаратом, сферами научных исследований и областями практического применения является концептуальной основой для создания современной системы медико-социальной помощи детскому населению в Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1. Социальная педиатрия в Российской Федерации существует преимущественно как область научного исследования, а сферы практического использования и преподавания подходов социальной педиатрии требуют дальнейшего развития.

2. Разработана методология исследования, основанная на терминологическом, наукометрическом, социологическом методах, а также организационного эксперимента и моделирования, что позволило провести всестороннее исследование сути и содержания социальной педиатрии, включающее обоснование дефиниции, определение сферы научных изысканий, особенностей преподавания, областей практики и предложить концептуальную основу развития системы медико-социальной помощи детскому населению.

3. Обоснован понятийно-категориальный аппарат термина «социальная педиатрия», включающий: «*холистический подход к здоровью»*; *«социальные детерминанты здоровья»*; «*профилактическая составляющая»*; «*дети в неблагоприятных условиях жизни»;* «*мультидисциплинарный подход/межведомственное взаимодействие»*; «*системный подход»; «сохранение здоровья»; «психосоциальная помощь»; «права ребенка».* Показано, что социальная педиатрия является сущностной составляющей профилактической педиатрии. Представлены соответствующие подходы социальной педиатрии к охране здоровья детского населения.

4. Количество научных исследований по проблемам охраны здоровья детей (14,8% всех диссертаций, посвященных охране здоровья населения) следует признать недостаточным. Организационная тематика (27,2%), состояние здоровья различных контингентов детского населения (16,8%) и профилактические аспекты (12,2%) образуют основные векторы научных исследований. Исследование проблем подросткового возраста (19,9%) превалируют среди других возрастных категорий.

5. Самым изученным направлением социальной педиатрии в диссертационных исследованиях в сфере охраны здоровья детского населения является исследование социальных детерминант здоровья детского населения (35,9%). Исследованиям контингента детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, посвящено 15%, а проблемам организации медико-социальной помощи с использованием подходов социальной педиатрии - лишь 7,6% диссертационных работ.

6. Региональный характер исследований представлен в большинстве диссертаций (98,2%), что диктует необходимость организации федеральных центров, координирующих проведение приоритетных национальных исследований в области охраны здоровья детского населения.

7. Анализ зарубежных программ подготовки педиатров по вопросам социальной педиатрии и результатов экспертных интервью позволил установить выраженный практически ориентированный характер преподавания предмета, что находит свое отражение в форме обучения (ординатура, курсы, циклы) и особенностях контингента слушателей, деятельность которых связана с социальными аспектами охраны здоровья детского населения.

В Российской Федерации обучение педиатров вопросам социальной педиатрии на последипломном этапе характеризуют следующие особенности: а) отсутствие целостного (системного) преподавания предмета; б) недостаточная представленность вопросов социальной педиатрии в программах подготовки по специальностям «Педиатрия» (специалитет) и «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (подготовка кадров высшей квалификации); б) преподавание носит преимущественно теоретический характер, не обеспечивается подготовка по практическим вопросам оказания медико-социальной помощи детскому населению.

8. Проведенное анкетирование специалистов в системе охраны здоровья детского населения показало, что респонденты недостаточно знакомы с особенностями и возможностями медико-социальной помощи.

Только 14,7% опрошенных, не имеющих специальных знаний и опыта оказания медико-социальной помощи, согласны с необходимостью обучения для ее оказания (против 92,8% имеющих опыт работы, $p<0,05$); соответственно ($p<0,05$): в необходимости организации отделений медико-социальной помощи детской поликлиники убеждены 25,6% против 88%; 82,1% против 6,8% считают деятельность отделений медико-социальной помощи формальной и малоэффективной; 49,7% против 0% не согласны с тем, что в задачу врача-педиатра участкового входит выявление неблагоприятных социальных детерминант здоровья ребенка.

9. Комплексный анализ (анкетирование специалистов, экспертные интервью, SWOT-анализ) позволил установить общие проблемы организации различных форм медико-социальной помощи детскому населению: а) недостаточная подготовка кадров медицинского и немедицинского профиля для оказания медико-социальной помощи и их дефицит; б) проблемы введения в штат медицинской организации и оплаты труда специалистов немедицинского профиля; в) отсутствие регламента межведомственного взаимодействия; г) отсутствие преемственности по вопросам медико-социального сопровождения среди медицинских организаций.

10. Научно обоснована, разработана и апробирована региональная модель системы медико-социального сопровождения детского населения, обеспечивающая: а) системный (целостный) характер охраны здоровья детского населения; б) многоуровневый подход в зависимости от степени медико-социального вмешательства; в) подготовку региональных нормативных правовых актов, регламентирующих функционирование системы; г) непрерывное обучение специалистов для оказания медико-социальной помощи; д) алгоритм выявления и сопровождения детей в трудной жизненной ситуации.

11. Обосновано определение. Социальная педиатрия - современная концепция целостного подхода к сохранению здоровья и улучшению качества жизни детей, подвергающихся неблагоприятным социальным

факторам или имеющих потенциальный риск такого воздействия, реализующая комплексные профилактические мероприятия мультипрофессиональной направленности (медицинские, социальные, психологические и правовые) на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях. Социальная педиатрия, в соответствии с ее понятийно-категориальным аппаратом, сферами научных исследований и областями практического применения является концептуальной основой развития медико-социальной помощи детскому населению.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1) В целях повышения качества мониторинга состояния здоровья детского населения и оценки эффективности здравоохранительных мероприятий обеспечить Федеральное государственное автономное учреждение «Научный центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации государственным заданием по проведению национальных мультицентровых исследований.

2) Для повышения компетентности педиатров и специалистов в сфере первичной медико-санитарной помощи детскому населению необходимо обеспечить подготовку по вопросам социальной педиатрии. Целесообразно выделение социальной педиатрии как отдельного предмета (курса, цикла) преподавания в программах подготовки по специальности «Педиатрия» для студентов педиатрического факультета и для последипломной подготовки детских врачей, и по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для студентов лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов.

3) Для оптимизации профессиональной подготовки врачей-педиатров участковых необходимо обеспечить обучение по вопросам социальной педиатрии и оказания медико-социальной помощи детскому населению в рамках специального курса тематического усовершенствования.

4) Для совершенствования системы охраны здоровья детского населения необходимо при организации разных форм медико-социальной помощи (беременным в трудной жизненной ситуации, в условиях детской поликлиники, паллиативной помощи) реализовывать подходы социальной педиатрии.

5) В соответствии с планом мероприятий рабочей группы №3 «Здравоохранение дружественное к детям» Координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы рекомендуется внедрение апробированной в

Республике Татарстан региональную модель системы медико-социальной помощи детскому населению в субъектах Российской Федерации.

6) Внести следующие дополнения в приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 16.04.2012 No 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»: Правила организации деятельности и Стандарт оснащения отделения (кабинета) медико-социальной помощи детской поликлиники.

7) Для эффективного развития многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в рамках региональной модели в субъектах Российской Федерации необходимо установление требований к территориальным программам государственных гарантий в части определения порядка, объемов, критериев доступности и источников финансирования данного вида помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8) Для обеспечения развития многоуровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в регионах необходимо использовать алгоритм внедрения региональной модели в субъектах РФ (дорожную карту), включающий: разработку региональных нормативных правовых актов, регламентирующих функционирование системы; предоставить возможности для специальной подготовки специалистов, задействованных в оказании данного вида помощи, реализацию мероприятий по информационной открытости медицинских организаций, оказывающих медико-социальную помощь детям и их семьям.

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

абс. – абсолютные показатели

ВАК – высшая аттестационная комиссия

ВАШ – визуальная аналоговая шкала

ВИЧ -вирус иммунодефицита человека

ВОЗ -Всемирная организация здравоохранения

д.м.н. – доктор медицинских наук

ДРКБ - Детская республиканская клиническая больница

ДТП - дорожно-транспортное происшествие

ЗОЖ - здоровый образ жизни

к.м.н. –кандидат медицинских наук

КДМ - клиники дружественные к подросткам и молодежи

КДНиЗП - Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав

МСП – медико-социальная помощь

МСРК - муниципальный социально -реабилитационный консилиум

НИР – научно-исследовательская работа

ОДН УВД – отдел по делам несовершеннолетних управления внутренних дел

ОМС - обязательное медицинское страхование

ПАВ – психоактивные вещества

РИНЦ - Российский индекс научного цитирования

рис. - рисунок

РТ - Республика Татарстан

РФ – Российская Федерация

СМИ - средства массовой информации

СОП – социально опасное положение

табл. – таблица

ТЖС – трудная жизненная ситуация

ТУ – тематическое усовершенствование

ФГОС – Федеральный государственный образовательный стандарт

ЦНМБ – центральная научная медицинская библиотека

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

ЮНИСЕФ - детский фонд Организации объединенных наций

ESSOP – European society of social paediatrcs

ISSOP – International society of social paediatrcs

SWOT - Strengths Weaknesses Opportunities Threats

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конвенция о правах ребенка (Нью-Йорк, 20 ноября 1989 г.) Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ» : ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/2540422/

2. Конституция Российской Федерации. Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ» : ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/10103000/

3. Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года" Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ» : ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/191961/

4. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 года № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг.» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ» : ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/70183566/

5. Федеральный закон от 24 ноября 1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/10164504/

6. Федеральный закон от 21.12.1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/10135206/

7. Федеральный закон от 24 июля 1998г №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/179146/

8. Федеральный закон от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений

несовершеннолетних» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/12116087

9. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи». Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/180687/

10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/12191967/

11. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/70552648/

12. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/70643470/

13. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/70812574/

14. Приказ Минздрава РФ от 05.05.1999. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/4175902/

15. Приказ Минздрава РФ от 14.07.2003 года № 307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и

безнадзорным несовершеннолетним» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/4179490/

16. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.01.2007 № 56 «Об утверждении примерного Порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/12152404/

17. Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2007 г. № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084921/

18. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/70183024/

19. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1343н «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217572/

20. Приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/70386166/

21. Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1114 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»

Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/70751064/

22. Приказ Минздрава РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям». Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70922908/

23. Приказ Минобрнауки России от 17 августа 2015 г. № 853 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета)» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71091194/

24. Методическое письмо от 25.08.2011 г. № 15-0/10/2-8347 «О создании Центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации» Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ»: ГАРАНТ-Максимум. Вся Россия [электр. рес.]. http://base.garant.ru/4194374/

25. Абросова Л.М., Смыкало Л.В., Степанова К.В., Швецова В.А., Уайнрайт К. Руководство по оценке и междисциплинарному ведению случая для оказания помощи детям и семьям, находящимся в социально опасном положении или в трудной жизненной ситуации. – СПб.: «Врачи детям», «Эвричайлд», 2008. – 120 с.

26. Алексеева Е.Г., Кучма В.Р. Оценка эффективности средств и каналов массовых коммуникаций в снижении уровня рискованного сексуального поведения подростков и молодежи // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2012 – № 2 – с.15-20.

27. Альбицкий В.Ю, Иванова А.Е., Ильин А.Г., Терлецкая Р.Н. Смертность подростков в Российской Федерации (по данным ЮНИСЕФ) /. – М.: ООО «БЭСТ-принт», 2010. – 64 с.

28. Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г. Смертность подростков в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. – 2010 – № 3 – с.4-7.

29. Альбицкий В.Ю. Социальная педиатрия в научном творчестве академика А.А. Баранова // Российский педиатрический журнал. – 2011 - № 4 - с. 52-54.

30. Альбицкий В.Ю. Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания.– М.: Союз педиатров России, Вып.13. 2011 – 24 с.

31. Альбицкий В.Ю. Социальная педиатрия: история и проблемы развития, роль ученых научного центра здоровья детей РАМН (актовая речь профессора В.Ю. Альбицкого) // Российский педиатрический журнал. – 2013 - № 1 с. 4-10.

32. Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г. Медико-социальные аспекты смертности подростков в Российской Федерации // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009 – № 2 – с. 3-8.

33. Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я., Курмаева Е.А. Е.А. Состояние здоровья и образ жизни детей из бедных семей. // Вопросы современной педиатрии – 2007 - том 6 - № 6 – с. 25-27.

34. В.Ю. Альбицкий, И.А. Камаев. Рецензия на книгу Н.Г.Веселова "Социальная педиатрия. Актуальные проблемы". - Здравоохранение Рос. Федерации, 1994, № 2, с. 37-38

35. Альбицкий В.Ю., Шер С.А. Сбережение жизни младенца: от XVIII до XXI века // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014 - № 2 - с. 42-45.

36. Альбицкий В.Ю., Шер С.А., Устинова Н.В. Вклад сотрудников научного центра здоровья детей РАМН в развитие отечественной социальной педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – 2013- Т. 12 - № 3 с. 123-125.

37. Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Яковлева Т.В., Менделевич Б.Д. Предотвратимость потерь здоровья детского населения - эффективная

ресурсосберегающая стратегия в здравоохранении. // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный журнал. http://vestnik.mednet.ru/content/view/245/30/lang,ru/

38. Альбицкий В.Ю., Одинаева Н.Д., Нечаева Н.В. Состояние здоровья детей первого года жизни из семей мигрантов. // Вопросы современной педиатрии. – 2006 – Т. 5 - № 4 – с 5-7.

39. Аничков Н.М., Перов Ю.Л. Рудольф Вирхов: 150 лет учению о целлюлярной патологии. Архив патологии, 2009 – Т. 71 - № 1 - с.3-7

40. Антонова Е.В. Здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления. Дис. … д-ра мед. наук: – М., 2011. – 298 с.

41. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М., 1984. – 576 с.

42. Баранов А.А, Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей (новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях): Руководство для врачей – М., ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 424 с.

43. Баранов А.А., Ильин А.Г., Конова С.Р., Антонова Е.В. Пути повышения качества и доступности медицинской помощи детям в условиях первичного звена здравоохранения // Вопросы современной педиатрии. – 2009 – № 4 – с. 3-5.

44. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения // Казанский медицинский журнал - 2011 – Т. 92 - № 5 с.690-694.

45. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения).М.: Союз педиатров, 2009. – № 9 - 392 с.

46. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии М.: Издательский Дом Династия, 2003. – 511 с.

47. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Фаррахов А.З., Модестов А.А., Иванова А.А., Косова С.А Особенности состояния здоровья детского

населения Российской Федерации, тенденции его изменений // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012 – № 4 – с. 18-24.

48. Баранов А.А., Ильин А.Г., Антонова Е.В. Медицинское обеспечение детей подросткового возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010 –№ 4 – с.11-13.

49. Баранов А.А., Лапин Ю.Е., Яковлева Т.В. Охрана здоровья детей в системе государственной политики // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2011 –№ 6 – с.8-12.

50. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю. Профилактическая педиатрия - новые вызовы // Вопросы современной педиатрии. 2012 - № 2 - с. 3-6.

51. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Закономерности и тенденции младенческой и детской смертности в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2015 – Т. 23 - № 1 с.35-41.

52. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Состояние и проблемы здоровья подростков в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2014 - № 6 с. 10-14.

53. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А., Бомбардирова Е.П., Смирнов И.Е. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиции педиатрии // Вестник Российской академии медицинских наук. 2015 - Т. 70 - № 3 - с. 307-314.

54. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г. Сохранение и укрепление здоровья подростков - залог стабильного развития общества и государства (состояние проблемы) // Вестник Российской академии медицинских наук. 2014 – Т. 69 - № 5-6. С. 65-70.

55. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Социальные инициативы педиатров по защите интересов и прав детей: история и современность // Российский педиатрический журнал. – 2013 - № 6 - с. 5-7.

56. Баранов А.А., Щербук Ю.А., Эрман Л.В., Симаходский А.С. Основные направления реструктуризации службы охраны здоровья матери и ребенка в мегаполисе // Вопросы современной педиатрии. – 2008 - № 3 - с. 6-8.

57. Баранов А.А., Яковлева Т.В., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Антонова Е.В. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения - стратегия социальной педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – 2008 - Т. 7 - № 4 - с. 6-8.

58. Баранов А.А. Актуальные вопросы законодательного обеспечения охраны здоровья детей в Российской Федерации / А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин, Т.В. Яковлева. – М., 2005 – 71 с.

59. Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова-Баранова Л.С. и др. Стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 54 с.

60. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность детского населения России- М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008. – 240 с.

61. Бесекирска Л. К вопросу об определении термина // Терминоведение. М., 1996 - № 1-3 - с. 94-97.

62. Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Салова М.Н. Реализация задач первичной профилактики в детской поликлинике // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010 - № 4 - с. 24-28.

63. Бородин Д.Ю. Мастерская стратегического планирования: методология и результат // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2010 - № 1 - с. 59-63.

64. Бурдейный Н.Н. Эффективность государственной социальной политики в условиях модернизации (на примере системы здравоохранения) // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. - 2012 - № 1 - с. 59-65.

65. Ватерстон Т. Что такое социальная педиатрия? // Российский педиатрический журнал – 2015 - № 1 – с. 30-34

66. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (история, определение и основные проблемы) / Социально-гигиенические и организационные проблемы педиатрии / Сборник научных трудов. Ленинград, 1989 - с. 3-11.

67. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (курс лекций). - С-Пб.: Ривьера, 1996. - 394 с.

68. Веселов Н.Г.. Социальная педиатрия. Актуальные вопросы. – Уфа, 1992. – с. 13-14.

69. Виноградов В.В. Русский язык. Грамматическое учение о слове. 4-е изд. М.,2001.- 615с.

70. Винярская И.В. Устинова Н.В., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Савва Н.Н., Красько О.В., Кумирова Э.В., Притыко А.Г. Основные принципы концепции развития паллиативной помощи детям и подросткам. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23. № 1. С. 46-50.

71. Винярская И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование). Дис. … д-ра мед. наук: – М., 2008. – 285 с.

72. Воробьев П.А., Вялков А.И., Бальчевский В.В. Стандартизация в здравоохранении на современном этапе // Проблемы стандартизации в здравоохранении – 2007 - № 8 - с. 3-9.

73. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма / Пер. с англ. Н.В. Заборин и др. – М.: Изд-во «Весь Мир», 2004. – 280 с.

74. Высшая аттестационная комиссия (ВАК). Официальный сайт. vak.ed.gov.ru

75. Гаврилов А.А., Денисенко В.С. Государственное регулирование научных исследований в США М, Наука, 1981, с.304.

76. Гладкая Н.М. Лингвистическая природа и стилистические функции профессиональных жаргонизмов прессы. Автореф. дисс. … канд. филол. наук. — М., 1977.

77. Глушко М.М. и др. Функциональный стиль общественного языка и методы его исследования. М., 1974 – с.33.

78. Головин Б.Н. Термин и слово / Термин и слово: межвузовский сборник. Горький, 1980 – с. 3-12

79. Головин Б.Н. Типы терминосистем и основания их различения // Термин и слово: межвузовский сборник. Горький, 1981. 150с.

80. Гомоюнов К.К. О четкости в определении понятий // Вопросы психологии.- 1986 - № 3 - с.97-103.

81. Гринев С.В. Введение в терминоведение. — М., Московский Лицей, 1993. 309 с.

82. Гринев С.В. Исторический систематизированный словарь терминов терминоведения (учебное пособие). 2-е изд. — М., 2000.144с.

83. Гринев С.В. Основы лексикографического описания терминосистем: Дис. … док. филол. наук. — М., 1990. 436 с.

84. Гринев-Гриневич С.В. Терминоведение: учеб. пособие для студентов вузов / С.В. Гринев-Гриневич - М. : Академия, 2008. - 302 с.

85. Гринев-Гриневич С. В., Гринева В. П., Минкова Л. П., Скопюк Т. Г. Указатель диссертаций по терминоведению. — Москва-Белосток, 2006. 750с.

86. Гринев-Гриневич С.В.. Введение в терминографию: Как просто и легко составить словарь. Учебное пособие. Изд. 3-е, доп. — М., Книжный дом «Либроком», 2009.

87. Демографический ежегодник России: Стат. сб./Росстат. М., 2015. 263 с.

88. Демографический энциклопедический словарь / Гл. ред. Валентей Д.И. М.:Советская энциклопедия – 1985. 608 с.

89. Демуров Т.М., Расторгуева Т.И. К вопросу об обеспечении социальной доступности медицинской помощи населению // Бюллетень Национального

научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2005 - № 2 - с. 101-104.

90. Детская бедность в богатых странах — ЮНИСЕФ, 2005.

91. Дибб С., Симкин Л. Практическое руководство по сегментированию рынка. Оригинал: The Market Segmentation Workbook. Target Marketing for Marketing Managers, Sally Dibb and Lyndon Simkin Санкт-Петербург: Питер, 2002 [электронный ресурс] http://ecsocman.hse.ru/text/19155298/

92. Дмитриев И.В. Контент-анализ: сущность, задачи, процедуры [электр. рес.] http:// www.psyfactor.org/lib/k-a.htm.

93. Добреньков В.И., Кравченко А.И. Методы социологического исследования: Учебник. — М.: ИНФРА-М, 2004. — 768 с.

94. Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе / Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген, 2007 – 35 с.

95. Дьяченко В.Г., Рзянкина М.Ф., Солохина Л.В. Руководство по социальной педиатрии / Под ред. Дьяченко В.Г., Хабаровск, ГБОУ ВПО ДВГМУ 2012 - 322с.

96. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» / Всемирная организация здравоохранения Европейский региональный комитет – 2007 - Копенгаген, – 35 с.

97. Егорышева И.В. Русское общество охранения народного здравия (к 125-летию со дня основания) // Проблемы социальной гигиены и история медицины – 2002 -№ 6 – с. 56-57.

98. Жданова Л.А., Борзов Е.В., Бобошко И.Е., Нуждина Г.Н., Молькова Л.К. Социально-ориентированный педиатр: миф или реальность. Подготовка на до и постдипломном этапах. // Российский педиатрический журнал - 2014 – Т. 17 - № 2 - с. 41-44.

99. Жданова Л.А., Борзов Е.В., Бобошко И.Е. и др. Социальная ориентация подготовки педиатра на до и постдипломном этапах // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2014 - Т. 19 - № 1 - с. 51-55.

100. Жданова Л.А., Молькова Л.К., Бобошко И.Е., Нуждина Г.Н. Проблемы

и перспективы в организации работы медико-социального отделения детской поликлиники// Российский педиатрический журнал. – 2013 - № 6 – с. 16-22.

101. Жестокое обращение с детьми. ВОЗ. Информационный бюллетень №150, 2014 [электр. рес.] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/ru/

102. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. [электр. рес.] http:// www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being

103. Здоровье детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ. Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. Копенгаген, Вена, 8 сентября 2003 г. [электр. рес.]. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health

104. Ибрагимов А.И. Дети и подростки, находящиеся в социальных приютах Республики Татарстан (результаты комплексного клинико-социального исследования): Автореф.... д-ра мед. наук. Казань. 2007. 48 с.

105. Иваненко А.В., Волкова И.Ф., Корниенко А.П., Судакова Е.В., Козлова Е.В. Состояние здоровья детского и подросткового населения Москвы и его связь с социально-гигиеническими факторами // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009 - № 2 - с. 28-29.

106. Иванова А.А. Научное обоснование системы мер по формированию здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи: Автореф. дис. … д-ра мед. наук:– М., 2012. – 42 с.

107. Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации. Доклад. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. с.41.

108. Историческая демография: Сборник статей / Под ред. Денисенко М.Б., Троицкой И.А. -М.: МАКС Пресс, 2008. - 2-е изд. 300с.

109. Канделаки Т. Л. Значения терминов и системы значений научно-технических терминологий // Проблемы языка науки и техники. Логические, лингвистические и историко-научные аспекты терминологии. — Москва, Наука, 1970. 167с.

110. Карбалло М., Нерукар А. Миграция, беженцы и угрозы здоровью. Международный центр по вопросам миграции и охраны здоровья. — Верньер, Швейцария, 2000. 141с.

111. Картоева Р.А., Доскин В.А. Особенности условий и образа жизни подростков г. Москвы из семей с проблемным употреблением алкоголя // Вопросы современной педиатрии – 2014 - Т 13 - № 4 - с.7-11.

112. Кваша Е.А. Младенческая смертность в России в XX веке. Социологические исследования – 2003 - №6 - с. 47-55.

113. Квитко И.С. Термин в научном документе. Л., 1976. 125с.

114. Ким А.В., Рослова З.А.. Рубежов А.Л. Отделение медико-социальной помощи, как эффективная форма медицинского обеспечения детей из групп социального риска. Российский педиатрический журнал – 2013- №6 –с.35-37

115. Климантова Г.И., Федотовская Т.А. О профилактике беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации Специальный выпуск /Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. - 2002. - № 17 (173) - с. 74-81.

116. Клиники, дружественные к молодежи (пособие для организатора). Новосибирск: ЗАО «Новополиграфцентр», 2004. – 300 с.

117. Клиники, дружественные к молодежи (пособие для организатора) – Новосибирск: Олден-полиграфия, 2002.- 266с.

118. Костродымов Н.Н. «Контент-анализ в общественном здоровье и восстановительной медицине. Часть 1» МО, Щелково: Издатель Мархотин П.Ю., 2011., 102 с.

119. Корсантия А.Л. Латентность убийств в современной России. // Уголовное право. – 2011 - №1 – с. 84-94.

120. Филипп Котлер, Роланд Бергер, Нильс Бикхофф. Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы / Пер. с англ. The Quintessence of Strategic Management: What You Really Need to Know to Survive in Business. — М.: Альпина Паблишер, 2012. — 144 с.

121. Кузьменко В. Понятие "жестокое обращение" при квалификации преступления, предусмотренного ст. 156 УК РФ. Отрасли права. Аналитический портал [электр. рес.] http://отрасли-права.рф/article/1536

122. Кузьмин Н.П. Нормативная и ненормативная специальная лексика // Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. / Сб. ст. -М.: Наука, 1970. с.68-81.

123. Куликов О.В., Муратова М.В., Тимакова Н.В. Оказание медико-социальной помощи детям и семьям в условиях детской поликлиники. Российский педиатрический журнал – 2013- №6 –с.11-16

124. Кучма В.Р., Соколова С.Б. Поведение детей опасное для здоровья: современные тренды и формирование здорового образа жизни (соавт. Соколова С. Б.). М.: НЦЗД, 2014. — 160 с.

125. Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Медицинское обеспечение детей и подростков в образовательных учреждениях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008 – № 1 – с. 32-35.

126. Кучма В.Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012—2017 годы // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2013 – № 1 – с. 4-9.

127. Лапин Ю.Е. Правовые основы разработки государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. 2007 - № 1 - с. 9-11.

128. Лапин Ю.Е. Теоретические основы законодательного обеспечения охраны здоровья детей // Российский педиатрический журнал. 2007 - № 2. - с. 56-59.

129. Лаптева Е.А. Клинические и психологические особенности состояния здоровья матерей подросткового возраста и их детей. Дис. ... к-та мед. наук. Пермь, 2008. 138 с.

130. Лебедев Д.Ю. Комплексное социально-гигиеническое исследование детей школьного возраста из бедных семей, проживающих в сельской местности. Дис. ... к-та мед. наук. Спб, 2011. 119 с.

131. Лейчик В. М. Терминоведение: предмет, методы, структура. Изд-е 2. — М., КомКнига, 2006. 256 с.

132. Лингвистические проблемы научно-технической терминологии: материалы совещания, проведенного Академией наук СССР в Ленинграде 30 Мая-2 июня 1967 г. М., Наука 1970. 230с.

133. Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. — М.: Медицина, 1982. — 328 с.

134. Лисицын Ю.П. Психологическая медицина. — М.: Медицина, 2004. — 148 с.

135. Лисицын Ю.П. Теории медицины XX века. — М.: Медицина, 1999. — 176 с.

136. Лисовский С. Евстафьев В. Политический контент-анализ [электр. рес]. http://www.psyfactor.org/lib/content-analysis.htm

137. Лопатина Е.В. Особенности терминологических единиц // Теория и практика общественного развития – 2012 - № 2 – с. 372-374.

138. Лотте Д.С. Основы построения научнотехнической терминологии. М., 1961. 160 с.

139. Лукъянцева Д.В. Стандартизация медицинских технологий // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2008 - № 8 - с. 71-74.

140. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. Учебное пособие. – СПБ: СПбГМА, 1997. 184 с.

141. Маджаева С.И. Перспективы развития терминологии // Аргументативная риторика в практике политического, делового и административно-правового общения: материалы Международной интернет-конференции, 4 мая 2010 г. [электр. рес]. http://iconf.vgi.volsu.ru

142. Макарихина О.А. Анализ и моделирование понятийной структуры терминов социально-гуманитарных наук на примере термина "этнос". Дисс. … кандидата философских наук: Н.Новгород, 2007. – 142 с.

143. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Ошевский Д.С., Чибисова И.А., Нуцкова Е.В. Комплексная психолого-психиатрическая

оценка психического состояния и основы социально-медицинского сопровождения детей, пострадавших от сексуального насилия Методические рекомендации. Психическое здоровье, 2013.-N 10.-С.3-10

144. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Чибисова И.А. Комплексная оценка последствий сексуального насилия у детей и подростков: Аналитический обзор. М.: ФГБУ "ГНЦССП им. В.П. Сербского" Минздрава России, 2013. 28с.

145. Мансимова В. О. Состояние здоровья и качество жизни недоношенных детей грудного возраста, родившихся после экстракорпорального оплодотворения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук М., 2011 - 22 с.

146. Мартыненко, А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование.– М.: Наука, 1999. – 240 с.

147. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы. Учеб. пособие. — М.: Гардарики, 2007. — 159 с.

148. Мартынюк В.Ю. Медики: Социальная педиатрия поможет детям-инвалидам поправить здоровье и адаптироваться к жизни в обществе. [электр. рес]. http://naiu.org.ua/mediki-sotsialnaya-pediatriya-pomozhet-detyam-invalidam-popravit-zdorove-i-adaptirovatsya-k-zhizni-v-obshchestve/

149. Мартынюк В.Ю., Майструк О.А. Клинические рекомендации к стандартам медико-социальной реабилитации детей с органическим поражением нервной системы // Комплексная реабилитация больных и инвалидов. – 2008 - №2-3 - с.57-62.

150. Миграция, путь к бедности? 3-й доклад по изучению проблем бедности в Европе. — Брюссель, 2006. — 102 с.

151. Михайлова Ю.В. Применение концепции предотвратимой смертности для оценки ситуации в России. / Федеральный справочник «Здравоохранение России» - 2010 - Т 10 - с.149-154.

152. Моисеенко Р.А. Отдельные вопросы развития социальной педиатрии в Украине // Современная педиатрия. - 2013 – Т. 53 - № 5 с. 24-29.

153. Овчарова Л.Н., Попова Д.О. Детская бедность в России. Тревожные тенденции и выбор стратегических действий (резюме доклада ЮНИСЕФ) М., 2005. 24 с. [электр. рес]. http://www.socpol.ru/publications/pdf/RUS_Child_Poverty_short.pdf

154. Озеров В.А. Детская безнадзорность и беспризорность как один из факторов угрозы национальной безопасности России // Аналитический вестник. Сер. № 46. Основные проблемы социального развития России. – 2002. – № 20 – с. 17

155. Основные статистические данные по вопросам защиты прав и интересов детей (2009-2014 гг.) [Электронный ресурс] // Уполномоч. при Президенте Росссийской Федерации по правам ребенка. http://rfdeti.ru/files/StatData-2014. pdf

156. Орел В.И. Медико-социальные и организационные проблемы формирования здоровья детей в современных условиях. Автореф…. дисс. докт. мед. наук. СПб.:, 1998. 48 с.

157. Орел В.И. Истоки первой кафедры социальной педиатрии // Российский педиатрический журнал – 2012 - № 2 - с. 44-46.

158. Орел В.И. Юные матери и их дети / Уфа, 1992. - 104 с.

159. Орел В.И., Середа В.М., Гурьева Н.А., Орел В.В., Петров А.В. Медико-социальный статус семьи, воспитывающей ребенка с детским церебральным параличом. // Российский педиатрический журнал – 2015 - Т 18 - №: 3 – с. 42-44.

160. Орел В.И., Стуколова Т.И., Грандилевская О.Л. и др. Частные проблемы социальной педиатрии. Санкт-Петербург, 2003. 216 с.

161. Орёл В.И. Николай Глебович Веселов — создатель отечественной научной школы социальной педиатрии. // Вопросы современной педиатрии – 2006 - Т 5 -№: 6 – с.117-118.

162. Отдельнова В.К. Определение необходимого числа наблюдений в комплексных социально-гигиеничеких исследованиях. ТР.МОЛГМИ:

Комплексные социально-гигиенические и клиническо-статистические исследования: 1980 - Т. 1 - № 6 - с. 18-22.

163. Патрахина Т.Н. SWOT-анализ как инструмент планирования стратегии образовательной организации Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ Т 7, № 2 (март -апрель 2015) [электр. рес]. http://naukovedenie.ru/PDF/08PVN215.pdf

164. Паунова С.С., Ваганов П.Д., Яновская Э.Ю. К 150-летию со дня рождения Александра Андреевича Киселя (1859—1938) // Педиатрия – 2010 – Т. 89 - № 2 - с.156-158.

165. Педиатрический факультет РНИИМУ. Официальный сайт. http://rsmu.ru/pf.html

166. Пиньейру П.С. Доклад независимого эксперта для проведения исследования ООН по вопросу о насилии в отношении детей. — 2006. — 40с.

167. Поздеева Т. В. Комплексное социально-гигиеническое исследование детей из неполных семей сельской местности. Автореф. дис. ... к-та мед. наук М., 1994. 22 с.

168. Полунина Н.В. Развитие системы охраны материнства и детства в России // Педиатрия: журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2006 - № 1 - с. 110-112.

169. Проект закона «Об основах социальном обслуживании населения» [электр. рес]. https://rg.ru/2011/09/05/socuslugi-site-dok.html

170. Резолюция Парламентской Ассамблеи Совета Европы № 1649 (2009) от 28.01.2009 «Паллиативное лечение: образец инновационного подхода к здравоохранению и социальной политике» [электр. рес]. http://www.coe.int/t/r/parliamentary_assembly/%5Brussian_documents%5D/%5B2009%5D/%5BJan2009%5D/Res1649_rus.asp#TopOfPage

171. Романова Т.А. Роль медико-социальных факторов в формировании здоровья детей подросткового возраста и пути совершенствования профилактической помощи. Автореф. дис. … канд. мед. наук:– М., 2008 – 53 с.

172. Савва Н.Н., Винярская И.В., Устинова Н.В., Альбицкий В.Ю., Кумирова Э.В., Притыко А.Г. Проект «Концепция развития паллиативной помощи детям и подросткам в Российской Федерации на 2015-2019 гг.». Москва, БФ «ДП», 2014 – 18с.

173. Савва Н.Н., Красько О.В., Винярская Н.В., Устинова Н.В., Альбицкий В.Ю., Притыко А.Г. Организационная структура служб паллиативной помощи детям в России. Паллиативная медицина и реабилитация. 2015. № 2. С. 17-20.

174. Садыкова Т.И. Комплексное медико-социальное исследование здоровья девушек-подростков: состояние, тенденции, пути оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи (по материалам Республики Татарстан): Дис. … д-ра мед. наук: Казань, 2006. – 362 с.

175. Самсыгина Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Казюкова Т.В. К 80-летию кафедры факультетской педиатрии Российского национального исследовательского университета имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2011 - Т. 90 - № 6 - с. 157-160.

176. Семенова А.В., Корсунская М.В. Контент-анализ СМИ: проблемы и опыт применения / Под ред. В.А. Мансурова. - М.: Институт социологии РАН, 2010. 324 с.

177. Сифоров В. И. Проблемы научно-технической терминологии // Вестн. АН СССР. - 1975 - № 8 - с. 16-22.

178. Скворцов Л. И. Профессиональные языки, жаргоны и культура речи // Русская речь. 1972 - №.1 – с. 48-59.

179. Скляр М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе метода стратегического планирования. М.: ЦНИИОИЗ, 2008. 192 с.

180. Союз педиатров России. Официальный сайт. [электр.рес.] www.pediatr-russia.ru.

181. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // Современные медицинские технологии. – 2009 - № 2 - с. 11-16.

182. Стволинский И.Ю. Научное обоснование методологических и организационных подходов к обеспечению медико-социальных потребностей детского населения при медицинском обслуживании. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук СПб., 2003 - 42 с.

183. Стуколова Т.И., Гусарова Г.И., Маковецкая Г.А. Социальные аспекты в педиатрии / Учебное пособие для системы послевузовской подготовки врачей-педиатров. Москва, 2002. 157 с.

184. Титова Е. В. Терминологический анализ как метод и задача исследования. Письма в Эмиссия. Оффлайн (The Emissia. Offline Letters): электронный научный журнал. 2010 - № 6 - с. 1425. http://www.emissia.org/offline/2010/1425.htm

185. Титова Е.В. Методологические ошибки в педагогических исследованиях. //Северо-запад России: педагогические исследования молодых ученых. 2005 - №. 2- с. 35, 38.

186. Фаррахов А.З. Научное обоснование совершенствования региональной системы охраны здоровья детского населения (комплексное социально-гигиеническое исследование на примере Республики Татарстан). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук М.-2014. 49с.

187. Форма статистической отчетности Министерства внутренних дел Российской Федерации № 491 «Сборник по России. Единый отчет о преступности»

188. Федеральная служба государственной статистики [электр. рес.].— http://www.gks.ru/

189. Чернобавский М.В. Медико-социальные аспекты суицидов среди подростков (распространенность, факторы риска и профилактика). Дис. ... д-ра мед. наук. Рязань – 2013. - 177с.

190. Чичерин Л.П. Пути дальнейшего развития и внедрения принципов социальной педиатрии. // Российский педиатрический журнал. – 2013 - № 6 - с. 28-30.

191. Чичерин Л.П. Социальный компонент педиатрии в России: этапы формирования и развития // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2012 - № S1 - с. 196-198.

192. Чичерин Л.П.. Актуальные проблемы социальной педиатрии России. // Вопросы современной педиатрии. – 2006 - №6 – с. 14.

193. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник для ВУЗов. 6-е изд. В двух томах. –СПб:-Питер, 2011.-928 с.

194. Шабалов Н.П. Н.И. БЫСТРОВ – Первый русский профессор-педиатр и первый отечественный педиатр-клинический фармаколог (к 160-летию со дня рождения) // Педиатрия – 2012 – Т. 91 - № 2 - с.151-154.

195. Шевякова И.А. Здоровье детей дошкольного возраста из социально неблагополучных семей: Автореф. дис. ... к-та мед. наук. Ижевск, 2012. 24 с.

196. Шелов С.Д. Терминоведение: семь вопросов и семь ответов по семантике термина // Научно-техническая информация. Серия 2. Информационные процессы и системы. М., 2001 - № 2 - с. 1-11

197. Югарфилд «Можно ли выявлять и оценивать научные достижения и научную продуктивность?» Вестник Академии наук СССР, 1982 - № 7 - с.42-50.

198. Юнг К.Г. Аналитическая психология.- СПб.: МЦНК и Т «Кентавр», Институт личности ИЧП «Палантир», 1994.- 136с.

199. Яковлева Т.В. Законодательное обеспечение охраны здоровья детей в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. – 2010 - № 2 - с. 4-7.

200. Яковлева Т.В., Терлецкая Р.Н., Иванова А.Е. Медицинские и социальные проблемы смертности подростков в России // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009 – № 5 – с. 7-10.

201. Яковлева Т.В., Баранов А.А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи // Вопросы современной педиатрии. – 2009 - № 2 - с. 3-7.

202. A standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. WHO, 2014 [электр. рес.].— http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184035/1/WHO_FWC_MCA_15.06_eng.pdf?ua=1

203. Acevedo-Garcia D., Osypuk T.L., McArdle N., Williams DR. Toward a policy-relevant analysis of geographic and racial/ethnic disparities in child health // Health Aff (Millwood). 2008. № 27(2). p. 321-333.

204. Antonovsky A. A call for a new question – salutogenesis - and a proposed answer - sense of coherence. // Journal of Preventive Psychiatry1984. №2. [электр. рес.].— p.1–13.

205. Aratani Y., Schwarz S.W., Skinner C. The economic impact of adolescent health promotion policies and programs//Adolesc Med State Art Rev. 2011. № 22(3). p. 367-386.

206. Association For Paediatric Education In Europe (A.P.E.E. - A.E.P.E.). European Society For Social Pediatrics (E.S.S.O.P.). Training in Social Pediatrics in The University Hospital Maastricht, The Netherlands. Joint Meeting. Bordeaux – France. -1998

207. Association for Paediatric Education in Europe. Paediatric education for all physicians providing primary paediatric care. The Hague: APEE, 1994.

208. Bailey H.N., DeOliveira C.A., Wolfe V.V., Evans E.M., Hartwick C. The impact of childhood maltreatment history on parenting: a comparison of maltreatment types and assessment methods. // Child Abuse Negl. 2012. №36(3). p. 236-46

209. Baranov A., Namazova-Baranova L., Albitskiy V., Ustinova N., Terletskaya R., Komarova O. The Russian child health care system // The Journal of Pediatrics. 2016. Т. 177. № S. p. S148-S155.

210. Beck A.F., Henize A.W., Kahn R.S. et al. Forging a pediatric primary care-community partnership to support food-insecure families. // Pediatrics. 2014 №134(2). P.564-571.

211. Berelson B. Content Analysis in Communication Research. Glencoe, IL:Free Press. 1952. p. 15.

212. Bilan D.P.J. Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire. 2006. [электр. рес.].— http://www.cjm-iu.qc.ca/dpj/pdf/bilan_dpj_2006.pdf

213. Blair M., Stewart-Brown S., Waterston T. et al. Child public health. Oxford: Oxford University Press, 2003.

214. Board on International Health, Institute of Medicine. America's Vital Interest in Global Health. Washington, DC: National Academy Press; 1997.

215. Boyle M., Lipman E. Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioural problems of children in Canada. //Consult Clin Psychol. 2002;70. p. 378–89.

216. Brambilla P., Bedogni G., Buongiovanni C. et al. "Mi voglio bene": a pediatrician-based randomized controlled trial for the prevention of obesity in Italian preschool children. // Ital J Pediatr. 2010 № 17. - p.36:55.

217. Breslow L. Health measurement in the third era of health. // Am J Public Health. 2006. № 96. p. 17–19.

218. Bulletin of the World Health Organization. Behind the "Glasgow effect" Volume 89, Number 10, October 2011, p.701-776.

219. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children. Geneva: World Health Organization; 1998.

220. Child Poverty in Perspective: An Overview of Child-Well-being in Rich Countries – Innocenti Report Card 7. Florence: UNICEF Innocenti Research Center; 2006. 117p.

221. Clément M.È., Lavergne C., Turcotte G. et al. Collaboration entre les centres de pédiatrie sociale en communauté et les réseaux des services sociaux public et communautaire pour venir en aide aux familles : quelle place et quels enjeux pour les acteurs? // Can J Public Health. 2016 № 14(106)(7 Suppl 2):p.S66-73.

222. Colomer C., Mercer R. La Pediatria Social: una nueva forma de pensar el espacio de la consulta? // Cuademos de Pediatria Social 2003. №2. –p.12–14.

223. Confederation of European Specialists in Paediatrics. Basic paediatric training syllabus. Brussels: CESP, 1998

224. Costello E.J., Compton S.N., Keeler G., Angold A. Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. //JAMA. 2003. №290. – p.2023–2029.

225. Crouchman M., Pechevis M., Sandler B. Social paediatrics and child public health—a European perspective // Arch Dis Child. -2001.-84.- p.299-301

226. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992. [электр.рес.] http://whqlibdoc.who.int/euro/

227. Daneman D., Kellner J., Bernstein M.et al. Social paediatrics: From 'lip service' to the health and well-being of Canada's children and youth. // Paediatrics and Child Health. 2013. -№ 18(7). -p.351-352.

228. Department of Health. Fit for the future. The report of the committee on child health services. London: HMSO, 1976.

229. Duarte -Salles M.I., Pasarin C. et al. Social ineqalities in health among adolescents in a large southern European city / D. // J. Epidemiol. Community Health. – 2011. – № 65. –p. 166-173.

230. Ehrich Jochen, Namazova-Baranova Leyla, Pettoello-Mantovani Massimo Introduction to “diversity of child health care in Europe: a study of the European paediatric association/union of national European paediatric societies and associations” // The journal of pediatrics vol.177. № S 2016 : S1-S10

231. Fagan A.A., Wright E.M., Pinchevsky G.M. A multi-level analysis of the impact of neighborhood structural and social factors on adolescent substance use. // Drug Alcohol Depend. 2015 № 1(153) - p. 180-186

232. Fondation du Dr Julien. Официальный сайт. [электр.рес.] http://www.fondationdrjulien.org

233. Ford-Jones Elizabeth, MD, Robin Williams, MD, and Jane Bertrand. Social paediatrics and early child development: Part 1Paediatr Child Health. 2008. №13(9): p.755–758.

234. Ford-Jones L., Levin L., Schneider R., Daneman D. A new social pediatrics elective--a tool for moving to life course developmental health. // J Pediatr. 2012 №160(3). - p. 357-358

235. Fred J. W., Miller R. J. H. social pediatrics: aspect or attitude? Pediatrics. – 1978. - Vol. 61,№. 1.- p.6

236. Freeman J., King M., Kuntsche E. et al. Protective roles of home and school environments for the health of young Canadians // J. of Epidemiology and Community Health. – 2011. – Vol. 65, №. 5. – p. 438-444.

237. Fritzell J., Kangas O. et al. Cross-temporal and cross-national poverty and mortality rates among developed countries. // J.Environ Public Health. 2013. - №915490. – p.1-16.

238. Genel M. Advocacy, politics and the betterment of public health: 1999 Abraham Jacobi address. Pediatrics. 2000. №105.- p.1131–1136.

239. Gilbert R., Fluke J., O'Donnell M. et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. // Lancet. 2012.№ 25(9817) – p. 758-772

240. Gilbert R., Kemp A., Thoburn J. et al. Recognising and responding to child maltreatment. Lancet. 2009. №10(9658) – p. 167-80.

241. Gilbert R., Widom C.S., Browne K. et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. // Lancet. 2009 №3(9657) – p. 68-81.

242. Global standards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. WHO, 2015.- 4 volumes. P.300.

243. Global status report on violence prevention. WHO, 2014. 292 p.

244. Gökçay G. Breastfeeding: for the sake of the Europe and the world: European Society for Social Pediatrics and Child Health (ESSOP) Position Statement. // Child Care Health Dev. 2009. №35(3) – p. 293-297.

245. Guyda H., Razack S. Social pediatrics. // Paediatr Child Health. 2006; №11, p.643–647.

246. Guyda H, Williams R, editors. POOR KIDS! Canada's Child Poverty Challenge: Canadian Paediatric Society; 2007.

247. Gwatkin D.R., Rutstein S., Johnson K., Pande R.P., Wagstaff A. Socio-economic differences in health, nutrition and population // Bulletin of the World Health Organization. 2000. № 78(6). p. 717-731.

248. Haggerty R.J. Abraham Jacobi, MD, respectable rebel. // Pediatrics. 1997;99 – p. 462–466.

249. Halfon N., Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health policy and research. Milbank Q 2002. №80. [электр.рес.] http://www.milbank.org/quarterly/8003feat.html.

250. Halfon N., McLearn K. editors. Families with children under 3. What we know and implications for Results and Policy. New York: Cambridge University Press; 2002.

251. Hambidge S.J., Phibbs S.L., Chandramouli V. et al. A stepped intervention increases well-child care and immunization rates in a disadvantaged population // Pediatrics. 2009. Vol. 124. № 2. p. 455-464.

252. Hamilton E.R., Choi K.H. The mixed effects of migration: community-level migration and birthweight in Mexico. // Soc Sci Med. 2015 May;132 – p. 278-286.

253. Health Council of Canada. Social Pediatrics in Saskatoon: More than Medicine. 21.03.2012. [электр.рес.] http://healthcouncilcanada.blogspot.com/2012/03/social-pediatrics-in-saskatoon-more.html

254. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. WHO 2014 [электр.рес.] http://apps.who.int/adolescent/second-decade/

255. Health Systems in Transition. Finland: health System Review. WHO. Vol. 10 No. 4, 2008. 170p.

256. Health Systems in Transition. France: health System Review. WHO. France Vol. 17 No. 3, 2015. 218p.

257. Health Systems in Transition. Israel: health System Review. WHO. Vol. 17 No. 6 2015. 212p.

258. Health Systems in Transition. Italy: health System Review. WHO. Vol. 16 No. 4 2014. 168p.

259. Health Systems in Transition. Sweden: health System Review. WHO. Vol. 14 No. 5, 2012. 159p.

260. Health Systems in Transition. United Kingdom: health System Review. WHO. Vol. 17 No. 5, 2015. 126p.

261. Henry-Reid L.M., O,Conor K.G., Klein J.D. et al. Current pediatrician practices in identifying high-risk behaviors of adolescents /// Pediatrics. – 2010. – Vol. 125, № 5. – p. 741-747.

262. Heymann J., Hertzman C., Barer M.L., Evans R.G. Healthier Societies: From Analysis to Action. Oxford University Press; 2006.

263. Hjarne U. Instruction in social pediatrics. // Acta Paediatr. 1945;32(3-4) – p.444-453.

264. Holland W.W. European Community Atlas of Avoidable Death'. Second edition. Volume one. Commission of the European Communities Health Services Research Series No. 6. Oxford Medical Publications 1991.

265. Horacek U. German Society of Social Pediatrics and Adolescent Medicine. Kinderkrankenschwester. 2013. №32(5). 198P.

266. International society of social paediatrics and Child Health (ISSOP). Официальный сайт. [электр.рес.] essop.org.

267. Jaffe D.H. The role of community in pediatric injury / D.H. Jaffe, S. Goldman // J. of Community Health. – 2011. – Vol. 36, № 2. – p. 244-252.

268. Janus M., Duku E. The school-entry gap: socio-economic, family and health factors associated with children's school readiness to learn. // Early education and development. 2007-№18 – p. 375–403.

269. John L., DR O, Boyle M., Racine Y. Factors predicting use of mental health and social services by children 6–16 years old: Findings from the Ontario Child Health Study. // Am J Orthopsychiatry. 1995. №5 – p. 76–86.

270. Jones C.P., Jones C.Y., Perry G.S. et al. Addressing the social determinants of children's health: a cliff analogy // J Health Care Poor Underserved. 2009. V. 20. № 6. p. 1-12.

271. Julien G. A different kind of care: the social pediatrics approach. Montreal, QC: McGill-Queens University Press; 2004.

272. Keating D., Hertzman C. editors. Developmental health and the wealth of nations. New York: Guilford Press; 1999.

273. Kershaw P., Irwin L., Trafford K., Hertzman C. editors. The British Columbia Atlas of Early Child Development. Victoria: Western Geographical Press; 2005.

274. Kohler L. Child public health. A new basis for child health workers. Eur. J. Public Health1998;8 – p. 253–255.

275. Kohler L. ESSOP—25 years: personal reflections from one who started the European Society for Social Paediatrics. // Child Care Health Dev2003;29 – p. 321–328.

276. Krippendorff K. Content Analysis, An Introduction to Its Methodology 3rd Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2012..- 441p.

277. Krippendorff K. Bock M.A. The Content Analysis Reader Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2012. – 481p.

278. Lindstro¨m B., Spencer N. Social paediatrics. Oxford: Oxford University Press, 1995. 174 p.

279. Lynam J., C. Loock, S. Wong, L. Scott L. "Social Pediatrics: A Responsive Interdisciplinary Coordinated Health ["RICH" Model for Timely Accessible Services for At -Risk Families]. Vancouver Native Health & NEVCO. -2010. [электр.рес.] http://www.bcchildrens.ca/Social-Pediatrics-Site/Documents/RICHsummary.pdf.

280. Lynam M.J, Scott L, Loock C, Wong ST. The RICHER social pediatrics model: fostering access and reducing inequities in children's health. // Healthc Q. 2011;14 Spec No 3 – p. 41-46.

281. MacDonald M.E., Carnevale F.A., Razack S. Understanding what residents want and what residents need: The challenge of cultural training in pediatrics. // Med Teach. 2007. - №29. –p.464–471.

282. Macfarlane A., Dunkley R., Wright J. Child public health training for medical students and paediatricians: a European perspective. Discussion document presented at the joint meeting of the Association of Paediatric Education in Europe and the European Society for Social Paediatrics, Bordeaux, 1998.

283. Mackenbach J.P. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. // Journal of Epidemiology & Community Health. №63 (3) – p. 181–184.

284. Marcondes E. Pediatria: DoutrinaeAção.SãoPaulo: Sarvier. 1973, 398 p.

285. Marmot M., on behalf of the Commission on the Social Determinants of Health W Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. // Lancet. 2007. -№370 – p. 1153–1163.

286. Marques A.N. Conceitos e objetivos da pedi a t ria social. In: Pediatria Social: Teoria e Prática. (A.N.Marques, org.), Rio de Janeiro :Cultura Médica Ltda.1986, p. 1-9.

287. McCain M., Mustard J. Reversing the real brain drain. The Early Years Study. Final Report. Toronto: Children's Secretariat; 1999.- 194p.

288. McCain M., Mustard J., Shanker S. Early years study 2. Putting Science into Action. Toronto: Council for early child development; 2007.- p.178.

289. McGill Social Pediatrics Fellowship Program. [электр.рес.] https://www.mcgill.ca/peds/residencyprogram/advancedpediatrictrainingopportunities.

290. Michel Manciaux, Samuel R. Berenberg, Nathalie P. Masse The International Children's Centre: An Experience in Teaching Social Pediatrics. Pediatrics. 1978.- Vol. 61 No. 1. - p. 1 -4.

291. Nakata P.T., Koltermann L.I., de Vargas K.R. et al. Classification of family risk in a Family Health Center. // Rev Lat Am Enfermagem. 2013. -№21(5) – p. 1088-1095.

292. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde SSPK 1974-2014 lezing Hans Jansen. [электр.рес.] http://www.nvk.nl/DeNVK/Documenten.aspx?EntryId=1952

293. Obot I.S., Wagner F.A., Anthony J.C. Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: data from a national epidemiologic survey. Drug Alcohol Depend. 2001. № 65(1). p. 1-8.

294. Ottawa charter for health World Health Organization promotion [электр.рес.] http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

295. Ozuah Philip. Outcomes of Training Pediatricians to Serve the Underserved. J.Natl.Med.Assoc. 2001. -№93.- p.444-445.

296. Paananen R., Ristikari T., Merikukka M., Gissler M. Social determinants of mental health: a Finnish nationwide follow-up study on mental disorders. // Epidemiol Community Health. 2013. № 1:67(12) – p. 1025-1031.

297. Paz-Zulueta M., Llorca J., Sarabia-Lavín R. et al. The role of prenatal care and social risk factors in the relationship between immigrant status and neonatal morbidity: a retrospective cohort study. PLoS One. 2015. -№27;10(3):e0120765.

298. Petridon E., Athens. Soz Prraventivmed. – 1992 №. 37. –p.1- 2

299. Platje E., Vermeiren R.R., Raine A. et al. A longitudinal biosocial study of cortisol and peer influence on the development of adolescent antisocial behavior. Psychoneuroendocrinology. 2013. №38(11) – p. 2770-2779.

300. Pradhan M., Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia // Health Economics. 2002. № 11. p. 431-446.

301. Public Health Agency of Canada. What Makes Canadians Healthy or Unhealthy? [электр.рес.] www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#unhealthy

302. Rivara F. P. The global problem of injuries to children and adolescents / F. P. Rivara. Pediatrics. – 2009. – Vol. 123, N 1 – p. 168-169.

303. Roberts I. Death on the road to international development British Medical Journal. 2005. № 330 - p. 972-973.

304. Röbl M., de Souza M., Schiel R. et al. The key role of psychosocial risk on therapeutic outcome in obese children and adolescents. Results from a longitudinal multicenter study. Obes. Facts. 2013. -№6(3). –p.297-305.

305. Schlack H., Kries R. Ute Thyen/Rüdiger von Kries: Sozialpädiatrie: eine Standortbestimmung. Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Springer, Berlin 2009. p.2-8.

306. Schor E.L. The future pediatrician: Promoting children's health and development. J Pediatr. 2007. –№151. P.11–16.

307. Shonkoff J., Phillips D. editors. From Neurons to Neighbourhoods: The Science of Early Child Development. Washington, DC: National Academy Press; 2000. 588p.

308. Sills Marion R., MD, MPH; Matt Hall, PhD; Jeffrey D. Colvin, MD, JD; Michelle L. Macy, MD et al. Association of Social Determinants With Children's Hospitals' Preventable Readmissions Performance. JAMA Pediatr. 2016. -№170(4) – p. 350-358.

309. Social determinants of health Key concepts WHO, 2008. [электр.рес.] http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/

310. Social determinants of health. WHO: programmes [электр.рес.] http://www.who.int/social_determinants/en/

311. Schor E.L. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. Pediatrics. 2003.- №111(6 Pt 2) – p. 1541-1571.

312. Social Pediatrics Montefiore. Официальный сайт. [электр.рес.] montefiore.org.

313. Spencer N., Colomer C., Alperstein G. et al. Social pediatrics. J Epidemiol Community Health. 2005. -№59(2) – p. 106–108.

314. Spencer N. European Society for Social Pediatrics and Child Health (ESSOP)* Position Statement: Social inequalities in child health - towards equity and social justice in child health outcomes. Child Care Health Dev. 2008 Sep;34(5) – p. 631-634

315. Srivastava N.M., Awasthi S., Mishra R. Neonatal morbidity and care-seeking behavior in urban luck now // Indian Pediatr. 2008. № 45(3). p. 229-232.

316. Stille C.J. Communication, comanagement, and collaborative care for children and youth with special healthcare needs // Pediatr Ann. 2009. Vol. 38. № 9. p. 498-504.

317. Strassburg H.M. Clinical social pediatrics. Klin Padiatr. 2010 Jan-Feb;222(1):1-2

318. Suhrcke M., Rocco L., McKee M. et al. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации. Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения / Копенгаген, 2008 [электр. рес.]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74742/E89992R.pdf__

319. Tandon P., Sparkes S., Gupta V., Berman V. Protecting Pro-Poor Health Services during Financial Crises Lessons from Experience. Working paper. The World Bank, April 2009. [электр. рес.]. http://siteresources.worldbank.org

320. Tanne J. Us paediatricians call for ban on tobacco advertising and limits on alcohol and drug advertising. // Br. Med. J. 2010.-№ 341.-p.5286

321. The Association for Paediatric Education in Europe. Report on basic paediatric training (common trunk) with guidelines and recommendation. The Hague: APEE, 1997.

322. The health and wellbeing of children: A portrait of States and the Nation 2005. [электр. рес.]. http://www.mchb.hrsa.gov/thechild/ index.htm.

323. Tucker S., Lanningham-Foster L. A school based community partnership for promoting healthy habits for life J Community Health. 2011. № 36(3). p. 414-422.

324. UNICEF Innocent Research Centre. Child poverty in rich countries 2005 // Florence, United Nations Children's Fund: report Card № 6 [электр. рес.]. – http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard6e.pdf

325. United Nations Declaration of the Rights of the Child. [электр. рес.]. www.canadiancrc.com/UN_CRC_webpage/UN_Declaration_on_the_Rights_of_the_Child.htm

326. van den Heuvel M, Au H, Levin L, Bernstein S, Ford-Jones E, Martimianakis MA. Evaluation of a social pediatrics elective: transforming students' perspective through reflection. // Clin Pediatr (Phila). 2014 Jun;53(6) – p. 549-555.

327. Vernon-Feagans L, Cox M. The Family Life Project: an epidemiological and developmental study of young children living in poor rural communities. Monogr. Soc. Res. Child. Dev. 2013.-№78(5):p. 1-150.

328. Vieno A., Santinello M., Lenzi M. et al. Health status in immigrants and native early adolescents in Italy // J. of Community Health. – 2009. – Vol. 34, № 4. –p. 181-187.

329. Virchow Rudolph (Carl). Encyclopedia Brittanica Online http://search.eb.com

330. Wasserman D. Global suicide rates among young people aged 15-19 /D. Wasserman, Q. Cheng, G. Jiang // J World Psychiat. – 2005. – Vol. 4, № 2. –p. 114-120.

331. Waterston T., Yilmaz G. Child Rights and Health Care: International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP) Position Statement. Child Care Health Dev. 2014.№ 40(1) – p. 1-3.

332. Werner E.E. Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. Acta Paediatr Suppl1997. -№422 – p. 103–105.

333. Wilkinson R.G. The impact of inequality: How to make sick societies healthier. New York: New Press; 2005.

334. Williams C.D. Social pediatrics training. // Arch Dis Child. 1962. №37 – p. 318-320.

335. Wong S.T., Lynam M.J, Khan K.B et al. The social paediatrics initiative: a RICHER model of primary health care for at risk children and their families.

BMC Pediatr. 2012. [электр. рес.] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507695/

336. World Health Report. WHO. 2008. - 147p.

337. Zhang J., Holditch-Davis D.L., Darcy-Mahoney A. Perinatal, neonatal, and family social factors predicting poor school outcome of low-birth-weight survivors: an integrative review..// Adv Neonatal Care. 2015. -№15(1) – p. 38-47.