**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

**ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ**

Профилактика (от греч. prophylaktikos— предохранительный, предупредительный) — система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение здоровья и предупреждение болезней у населения. Ведущая роль профилактики в общей системе здравоохранения отражена в Конституции РФ, в частности в отношении детей, представлена как программа охраны материнства и детства в стране.
Традиционно в России выделяют первичную и вторичную профилактику. Первая направлена собственно на предупреждение болезни, вторая — на раннее выявление заболеваний, предупреждение рецидивов, осложнений. За рубежом профилактическую медицину подразделяют на первичную, вторичную и третичную. Суть первичной профилактики полностью совпадает с таковой в нашей стране. Вторичная профилактика заключается в распознавании предвестников заболеваний, использовании скринирующих программ, проведении Медико-генетического консультирования и т.д. Третичная профилактика направлена на коррекцию и ликвидацию осложнений уже диагностированных заболеваний.
Основой успешного проведения мероприятий, относящихся к первичной профилактике, является понимание этиологии и патогенеза болезни. Наоборот, для реализации программ вторичной и третичной профилактики необходимо знание клиники заболевания, методов его диагностики, лечения, Медицинской и социальной реабилитации. Задачи профилактики постоянно меняются в зависимости от текущих проблем детского здравоохранения и социально-политической структуры общества. Так, улучшение социальных условий в нашей стране и ряд мер первичной профилактики, таких, как санитарная охрана водоснабжения, гигиена питания и активная иммунизация детского населения, привели к резкому снижению детской смертности от инфекций (с 60 до 10%). В результате этих изменений среди причин детской смертности особое значение приобрели другие патологические состояния:
врожденные аномалии развития, опухоли и несчастные случаи. Среди факторов, влияющих на организацию мер профилактики в РФ, увеличение числа недоношенных детей и относительно высокий уровень заболеваний среди матерей и новорожденных детей.
Если исключить профилактику несчастных случаев, то ясно, что в современных условиях врачи-педиатры не могут обеспечить снижение смертности без третичной профилактики (диспансеризация больных) среди детей с патологией периода новорожденности, включая недоношенных, а также среди детей со злокачественными и наследственными заболеваниями и врожденными аномалиями развития. Отсюда все возрастающее внимание педиатров к формированию здорового образа жизни, адаптации детей к изменяющимся социальным условиям, привлечение и обучение методам профилактики родителей, помощь семьям в разрешении разных проблем. Эти подходы, а также вторичная профилактика с использованием скрининга начальных проявлений заболеваний и адекватное медико-генетическое консультирование, предупреждающее появление больных наследственными болезнями, представляют собой важный раздел современной педиатрической практики.
***Первичная профилактика*** проводится на государственном уровне органами санэпиднадзора, здравоохранения, социальной защиты и т.д. и специалистами-педиатрами. Мероприятия, проводимые государственными учреждениями, оказали существенное влияние на показатели детской заболеваемости и смертности в РФ. К ним относятся санация питьевой воды и гигиена водопользования; удаление *и* очистка сточных вод; замкнутый обмен технической воды на предприятиях; гигиенический контроль за продуктами *питания;* пастеризация молока и использование консервантов для хранения ряда продуктов; фторирование воды или использование альтернативных методов в виде зубных паст или полосканий, содержащих фтор; йодирование соли и хлеба для профилактики эутиреоидной струмы и гипотиреоза; борьба с грызунами и членистоногими — переносчиками инфекционных болезней и т.д.
Специалисты-педиатры совместно с государственными учреждениями, ДДУ, школами, общественными комиссиями организуют профилактику несчастных случаев (до 60% случаев смерти детей в возрасте от 1 года до 9 лет), отравлений, дефицита железа и витаминов, беременности, наркомании и токсикомании у подростков.
Первичная профилактика несчастных случаев среди детей базируется на санитарно-просветительной работе в обществе (средства массовой информации); использовании в производстве и быту невоспламеняющихся тканей, решеток на окнах, высоких подоконников, красок с низким содержанием вредных веществ; создании атравматичных условий на детских площадках и т.д. (работа государственных учреждений); обучении родителей в индивидуальном порядке, в семье (собственно работа врача-педиатра). Участковый врач, инструктируя родителей, должен знать семейные факторы риска и наиболее типичные несчастные случаи среди детей разного возраста. В первую очередь обращается внимание на хранение токсичных бытовых химикатов и лекарств, предупреждение возгараний, отравлений газом, условия пользования режущими и колющими инструментами, работы с бытовой техникой. Врачи дошкольных учреждений, школ, особенно спортивного профиля, берут на себя ответственность за организацию безопасности детских спортивных игр и занятий спортом.

Педиатры должны проводить первичную профилактику отравлений у детей, используя любой случай для беседы с родителями, детьми старшего возраста, при проведении санитарно-просветительной работы в детских учреждениях и в работе с населением. Естественно, педиатр должен знать и уметь применять меры неотложной помощи детям с ранними проявлениями отравлений.
Многообразие и сложность причин, приводящих к беременности у подростков, обусловливают трудности ее профилактики. Государственные меры профилактики ранней беременности малоэффективны. Педиатры проводят эту работу в трех направлениях: развитие полового и сексуального воспитания в школах, колледжах, техникумах; снижение или предупреждение половой активности подростков путем привлечения детей к занятиям спортом, танцами, музыкой, к ранней трудовой деятельности; обучение использованию контрацептивов.
Одним из факторов, представляющих большую опасность для здоровья, является курение детей и подростков, провоцирующее такие заболевания, как хронический бронхит, эмфизема, сердечно-сосудистые заболевания и рак легкого. В этой связи законодательно запрещены реклама табачных изделий и продажа их лицам до 16 лет, курение в общественных местах; проводится санитарно-просветительная работа в центральных органах печати и в семьях, где работают педиатры. Растет озабоченность педиатров в связи с распространением токсикомании (нюхание летучих химических веществ, таких, как клей, бензин, ацетон и т.д.), поскольку эти воздействия могут привести к расстройствам ЦНС, функции печени, почек, сердца, вплоть до смерти при передозировке токсических веществ. Профилактическая работа в этом направлении проводится врачами дошкольно-школьных отделений поликлиник.
Основной раздел первичной профилактики и повседневной практики врача-педиатра представляет диспансеризация здорового ребенка. Главная цель этой работы — обеспечить нормальное развитие ребенка с момента зачатия до выхода во взрослую жизнь, а также добиться того, чтобы каждый ребенок достиг потенциально возможного уровня физического, интеллектуального и психического развития. Условно выделяют несколько периодов диспансеризации, отличающихся задачами и методами работы педиатра.
***1 период*** — ***антенатальная или пренатальная охрана плода.*** Основная проблема этого периода — раннее информирование педиатра о беременности женщин в зоне его обслуживания. Среди организационных форм связи женских консультаций с педиатрами основное значение имеет акушерско-терапевтический и педиатрический комплекс (АТПК) (его эквиваленты). Речь идет о плановой подготовке женщин к рождению ребенка, еетерапевтическом (общем) оздоровлении, о приобретении будущей матерью новых знаний и умений, решении социальных вопросов в семье, обсуждении проблем, волнующих будущих родителей. Как правило, участковый педиатр использует две формы профилактической работы — организацию школы будущих матерей и систему дородовых патронажей.

Школа молодых матерей (в последние годы и отцов) призвана подготовить семью и, в первую очередь, мать к рождению ребенка и обеспечить адекватный индивидуальный биологический, гигиенический и социальный режим беременной женщины, направленный на рождение здорового ребенка.

Дородовый патронаж осуществляется медицинской сестрой в декретированные сроки: на 28-й неделе и 32-36-й неделях беременности.

При первом дородовом патронаже участковая медицинская сестра должна установить состояние здоровья беременной, выяснить, в каких условиях живет и трудится будущая мать. Задача первичного патронажа — решение вопроса об оздоровлении женщин, При выявлении отклонений участковая сестра сообщает о них акушеру-гинекологу и участковому педиатру.

Второй дородовый патронаж медицинская сестра выполняет в период декретного отпуска беременной. Кроме проведения контроля общего состояния и выполнения беременной рекомендаций терапевта, акушера-гинеколога, медицинская сестра уточняет режим дальнейшей жизни женщины, характер ее питания, готовит беременную к лактации, проводит мероприятия, предупреждающие развитие гипогалактии, дает практические советы по подготовке уголка новорожденного.

Показаниями к третьему дородовому патронажу, который, как правило, выполняет участковый педиатр, являются тяжелая соматическая патология беременной, неблагополучный акушерский анамнез, тяжелый токсикоз беременной, а также неблагоприятные социально-бытовые условия. Показания к врачебному патронажу определяются на основании результатов декретированных сестринских посещений беременных женщин.

Показатель эффективности антенатальной охраны плода рождение здорового ребенка.

**II период — диспансеризация новорожденного**. Осмотр новорожденного в полном объеме участковый педиатр обязан провести в течение первых двух суток выписки из родильного дома. При первом патронаже оценивается течение беременности и родов у матери, определяется уровень (качество) здоровья новорожденных, выделяются дети групп риска и больные новорожденные для определения дифференцированной тактики их ведения.

Необходимость выделения детей в группу риска (II группа здоровья) определяется большой частотой состояний риска среди новорожденных (Около 65%), высоким уровнем заболеваемости этих детей и вероятности формирования у них в будущем хронической патологии. Этот подход особенно важен при наблюдении новорожденных и детей первого года жизни,

у которых ферментные системы, иммуногенез, нейро-эндокринная регуляция находятся в состоянии морфофункциональной незрелости.

Наблюдение за детьми 11 группы здоровья с первых дней поступления на педиатрический участок должно осуществляться дифференцированно в зависимости от имеющихся у ребенка факторов риска и направленности их действия.

На первом году жизни основное влияние на уровень заболеваемости детей оказывают биологические факторы, такие, как состояние здоровья матери, акушерский анамнез, течение беременности и родов, зрелость иммунной системы и ЦНС ребенка, вид вскармливания, а также социальные факторы, определяющие профессиональные вредности, вредные привычки, особенности окружающей обстановки.

Сочетание факторов риска у каждого ребенка может быть различным, поэтому представляется целесообразным выделение среди новорожденных групп по степени риска (А и В).

*Группа риска А* — дети, у которых после рождения не развилась явная клиническая картина заболевания, но имеются неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом или социальном анамнезе:

а) в пренатальном периоде — профессиональные вредности, вредные привычки и алкоголизм родителей: экстрагенитальные заболевания матери, отягощенный акушерский анамнез, возраст матери на момент родов моложе 18 лет или старше 30 лет, патология настоящей беременности (угроза выкидыша, кровотечения, токсикозы, инфекции): нарушения режима питания в период беременности;

б) отклонения в интранатальком периоде — затяжные, быстрые, стремительные роды: раннее излитие околоплодных вод, длительный без- водный промежуток: оперативные вмешательства, патология плаценты и пуповины; крупный плод: неправильное положение плода и др.:

в) дети с отягощенным генеалогическим анамнезом, в родословной которых отмечены наследственные болезни или заболевания с определенной метаболической направленностью: аллергия, метаболические нефропатии, эндокринопатии, гастроэнтерологические заболевания, поражения сердечно-сосудистой, костной систем, нервные и психические болезни, онкологическая патология, иммунодефицитные состояния и тд.

*Группа высокого риска Б* — дети, перенесшие внутриутробно, во время родов или в первые дни жизни какое-либо заболевание (состояние) и имеющие после выписки из родильного дома различные отклонения в состоянии здоровья. Это недоношенные дети, незрелые, переношенные, с врожденной гипотрофией, дети от многоплодной беременности, с внутриутробным инфицированием, после асфиксии (НМК Н ст.), родовой травмы, гемолитической болезни, перенесшие пневмопатии, инфекции и другую патологию. Особое внимание участковые врачи-педиатры ДОЛЖНЫ обращать на выявление социальных факторов риска (неполные, Многодетные семьи, неблагоприятные условия, алкоголизм и др.).

Для этих групп детей имеются различные программы Диспансерного наблюдения. Основной задачей динамического наблюдения за новорожденным является приобретение матерью гигиенических знаний и навыков по воспитанию здорового ребенка и профилактике заболеваний. Здоровые Новорожденные посещаются не менее 2 раз, новорожденные группы риска — ежедневно (3-4 раза в месяц) в течение первого месяца жизни. для больных детей разрабатываются особые программы лечения, медицинской и социальной реабилитации.

**III период — диспансеризация детей первого года жизни**. Она реализуется путем ежеквартальных полных осмотров ребенка участковым педиатром (на 3-м, 6-м, 9-м и 12-м месяцах жизни ребенка) и проведения плановых иммунизаций с целью профилактики инфекционных заболеваний.

В течение первого года жизни могут появиться новые факторы риска и отклонения в состоянии здоровья ребенка, которые требуют отнесения его ко II группе здоровья. К ним относятся: перенесенные в периоде новорожденности острые заболевания; раннее искусственное и смешанное вскармливание, особенно несбалансированное; хронические расстройства питания (дистрофия) — начальная степень гипотрофии или паратрофии (отклонение в массе тела на 10-20% или зоны 10 и 90 центилей в таблице центильных величин массы тела при различной длине); частые острые заболевания (4 и более в течение одного года); задержка развития статистических, моторных, психических и речевых функций; небольшие отклонения мышечного тонуса и рефлексов; компенсированный и субкомпенсированный гипертензионно-гидроцефальный синдром; начальная степень анемизации (уровень НЬ ниже 110 г/л), а также состояние реконвалесценции после перенесенной среднетяжелой и тяжелой анемии; рахит I-II степени и состояние реконвалесценции рахита; аномалии конституции (атопический, лимфотикогипопластический и нервно-артритический диатез); состояния реконвалесценции после тяжелых острых воспалительных заболеваний (пневмония, сепсис, кишечная инфекция и т.д.).

В динамике наблюдения устанавливается направление риска, обосновываются и проводятся дифференцированные программы наблюдения и коррекции выявленных отклонений, не определенных диагнозом.

**IV период — диспансерное наблюдение за детьми от 1 года до 6 лет.** Углубленные осмотры детей этого возраста участковым педиатром проводятся ежеквартально (4 раза в год) на втором году жизни, 1 раз в 6 месяцев (2 раза в год) на третьем году жизни, 1 раз в год на четвертом и пятом годах жизни и 2 раза в год на шестом году жизни (в середине года и перед поступлением в школу). Все дети получают профилактические прививки согласно прививочному календарю.

Среди детей старше года принято выделять пять групп здоровья на основании учета уровня и гармоничности физического и нервно-психического развития, функционального состояния органов и систем, резистентности и реакгивности организма, наличия хронической, в том числе врожденной, патологии. К I группе здоровья относятся дети, не имеющие отклонений, ко II группе — с риском возникновения хронической патологии или частой заболеваемостью, к III, IV и V группам — больные с хронической патологией, соответственно в стадиях компенсации, субкомпенсации и декомпенсации. Выделение групп здоровья детей — не самоцель, а форма обоснования дифференцированных программ диспансерного наблюдения и учета их эффективности.

Наиболее перспективная группа для первичной профилактики — это 11 группа здоровья. К ней относятся дети с атопическим диатезом, рахитом, гипертрофией лимфоглоточного кольца, латентным дефицитом железа и железодефицитной анемией, избытком массы тела или его дефицитом, часто (более 4 раз в год) болеющие респираторной инфекцией, реконвалесценты после перенесенной пневмонии, кишечной инфекции и гепатита А, дети с начальными проявлениями кариеса, увеличением щитовидной железы (без нарушения функции) степени.

Для детей III, IV и V групп здоровья используются методы вторичной и третичной профилактики.

Подготовка детей к поступлению в детские дошкольные учреждения и в школу требует специальной профилактической работы. Это составление выписного эпикриза для детского учреждения с рекомендациями на период адаптации, ведение детей в период адаптации и учет адаптационного периода (легкая степень — до 30 дней, средний тяжести до 2 месяцев, тяжелая степень адаптации — до 6 месяцев).

Важно проводить ежегодный контроль профилактической работы с каждым ребенком, наблюдающимся на дому и/или в детском учреждении, оценивать ее эффективность, корригировать недостатки и намечать планы на будущий год.

**V период — диспансеризация школьников**. Организация медицинского контроля за состоянием здоровья школьников проводится на основе массовых скрининг-тестов (антропометрия, анализы крови и мочи, оценка остроты зрения, слуха, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, оценка заболеваемости). На первом этапе скрининг проводится медсестрой, на втором — врачом дошкольно-школьного отделения поликлиники, на третьем — специалистами. На четвертом этапе осуществляются определение групп здоровья и разработка индивидуальных рекомендаций. Школьники распределяются по тем же группам здоровья, что и дошкольники. Текущее наблюдение за развитием детей проводится путем ежегодных углубленных осмотров и обследований, а также по обращаемости в период заболевания инфекциями. Дети II, IV и V групп здоровья находятся на специальном диспансерном наблюдении (форма №30).

Новое, развивающееся направление первичной профилактики среди школьников — это профилактика наиболее частых заболеваний в зрелом возрасте. Поскольку действие четырех основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (гипертензия, гиперлипидемия, ожирение и курение) и три фактора риска развития рака (курение, употребление в пищу жирного мяса и специй, неблагоприятный анамнез, указывающий на расстройство свободнорадикальных процессов) можно предупредить, усилия педиатров, работающих в школе, должны быть направлены на учет этих факторов и разработку (совместно с педагогами) мер их ликвидации или уменьшения степени их действия.

Профилактическая работа педиатра заканчивается важным, но недостаточно отработанным в нашей стране, моментом передачи ребенка во взрослую сеть. По формальным признакам это должно происходить в 18 лет. В действительности это происходит несколько позже — на 21-м году.

**Вторичная профилактика.** Многие аспекты первичной плановой педиатрической профилактической работы предполагают и вторичные профилактические мероприятия. Учет факторов, указывающих на предрасположенность к какому-либо заболеванию, лечение острых заболеваний у детей содержат элементы вторичной профилактики (скрининг-программа по выявлению туберкулеза, профилактика осложнений при ряде инфекционных заболеваний и т.д.). В то же время вторичные профилактические мероприятия имеют и особые точки приложения.

1. Скрининг новорожденных и детей раннего возраста на наследственные болезни обмена веществ (фенилкетонурия, гистиденемия, гомоцистинурия, галактоземия) эндокринопатии (адреногенитальный синдром, гипотиреоз и др.); ферментопатии, муковисцидоз и др. При выявлении наследственной патологии проводятся мероприятия, предупреждающие клинические проявления болезни и инвалидизацию ребенка.

2. Пренатальная диагностика наследственных заболеваний и прогноз тяжести заболевания при рекомендуемых родах. Примером эффективности этих мер служит пренатальная диагностика гомозиготной -талассемии и предупреждение рождения детей с неблагоприятным прогнозом жизни в странах Средиземноморья.

3. Медико-генетическое консультирование в семьях возможного риска. В идеале каждая супружеская пара должна иметь возможность посоветоваться с врачом перед планируемым зачатием и рождением ребенка.

4. Контроль за мутагенной и токсигенной опасностью вредных (химических, радиационных, биологических и др.) факторов окружающей среды

и предупреждение неблагоприятных воздействий (нитриты, нитраты, соли тяжелых металлов, радионуклиды и т.д.) на организм ребенка. В ряде регионов страны, где наблюдаются эффекты вредных факторов, в поликлиниках созданы специальные медико-экологические отделения, обеспечивающие специальные профилактические мероприятия.

**Третичная профилактика**. Это наиболее известный врачам-педиатрам раздел практической работы, по существу он представляет собой диспансеризацию больных хроническими заболеваниями и инвалидов с детства. диспансерное наблюдение детей III, IV и V групп здоровья осуществляется в поликлинике в соответствии с рекомендациями специалистов по 12 диспансерным группам. Конкретные рекомендации по диспансеризации больных детей изложены в соответствующих монографиях и руководствах. Важно отметить, что педиатр, выполняющий программу медицинской реабилитации больного ребенка, несет дополнительную ответственность за обеспечение постоянной поддержки ребенка и членов его семьи, подвергающихся воздействию отрицательных социальных, психологических и других факторов. Поскольку дети с хроническими заболеваниями требуют внимания различных специалистов и применения дополнительных методов лечения, таких, как психотерапия, трудотерапия, нуждаются в профориентации и даже трудоустройстве, педиатр должен играть роль координатора” и обеспечивать идеологию социальной реабилитации больного ребенка.

**Эпидемиология детских заболеваний**занимается изучением закономерностей распространения заболеваний и/или отклонений в состоянии здоровья детей и является важным инструментом профилактической работы педиатра.

**Описательная эпидемиология** учитывает частоту и распространение наследственных и приобретенных заболеваний, врожденных пороков развития, инфекций, соматической и экологической патологии, нервно- психических заболеваний и расстройств у детей. В ее рамках регистрируется информация о травматизме, суицидах, детской беременности, абортах, родах, заболеваниях, передающихся половым путем. Наряду с заболеваемостью описательная эпидемиология учитывает частоту и преобладание вариантов случаев смерти, инвалидности и причин, их вызвавших. Таким образом, описательная эпидемиология обеспечивает управления здравоохранением и их учреждения информацией, необходимой для определения основных направлений медицинской помощи детям. Минздрав РФ и министерства (департаменты, комитеты) здравоохранения субъектов Федерации ежегодно публикуют данные о заболеваемости и смертности детей от 0 до 18 лет.

**Аналитическая эпидемиология** выявляет причины заболеваний и оценивает эффективность и стоимость их лечения и профилактики. Она позволяет научно обосновать рациональность использования конкретных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий проводящихся в настоящее время, помогает врачу-педиатру критически оценить информацию, полученную из медицинской литературы, от коллег, фармацевтических фирм и пациентов. Важно использовать в практике те рекомендации, которые основаны на методах доказательной Медицины, контролирующей организацию конкретного исследования, определение групп сравнения, селекцию пациентов и врачей-исполнителей, базу данных и используемую проспективную статистику. В течение последних 12 лет в Российской Федерации врачам доступна информация сайга Кокрановской библиотеки, на котором можно найти необходимую информацию о доказательных технологиях профилактики и лечения заболеваний у детей. Рекомендации также можно получить на сайтах Союза педиатров России и Американской академии педиатрии.

**Социальная педиатрия** представляет собой составную часть педиатрии, возникшую на стыке профилактической педиатрии, аналитической эпидемиологии и организации здравоохранения. Она изучает комплекс факторов, определяющих правила социализации общественного развития, здоровья, а также разрабатывает эффективную систему социальной, прежде всего первичной, государственной профилактики детской заболеваемости и смертности.

**Социализация** — это первичный процесс взаимоотношений между развивающимся ребенком, его родителями, членами семьи, другими взрослыми, обществом в целом. Она заключается в овладении знаниями и навыками, позволяющими достичь равновесия между ребенком и социальным окружением формально и неформально, сознательно и бессознательно, путем обучения, подражания примерам, выполнения правил и предписаний, принятых в семье, организованных коллективах, с учетом национальных, этических, религиозных и, наконец, государственных правил. Хотя социализация продолжается в течение всей жизни конкретного человека, время от рождения до 18-21 года считается периодом становления первичных адаптивных социальных установок и форм поведения.

Инструментом социализации является дисциплина, которую можно определить как правила выработки поведения ребенка и его действий в конкретном обществе (при этом учитывается совокупный умственный и моральный аспект). Дисциплину следует представлять как воспитание, обучение, защиту, предупреждение и наказание ребенка, проводимые под контролем семьи, педагога, врача, психолога, общества, государства.

На ранних этапах жизни ребенка дисциплина формирует его взаимодействия с родителями, и его поведение, как правило, соответствует их пожеланиям и установкам. К 1,5-2 годам число правил и требований, установленных в семье, возрастает, к 3 годам дисциплина распространяется на все более широкую область поведения, к б годам принимает форму персональной ответственности, способствует выработке самостоятельности. дети по мере физического, умственного, эмоционального, полового и социального созревания постепенно усваивают стандарты поведения, у них развивается внутренний контроль за своим поведением, что позже преобразуется в правила и регламенты самодисциплины, законы, мораль и этические принципы.

Дисциплину в быту часто рассматривают исключительно как наказание, хотя на самом деле она представляет собой комплекс установок, поведенческих форм, формальных и неформальных инструкций, поощрений и наказаний, которые служат не для того, чтобы подавить, ограничить или подчинить ребенка, а для того, чтобы помочь ему усвоить и сделать личностными соответствующие принципы, идеалы, способность к адаптации поведенческих реакций к сложным жизненным ситуациям. Говоря о подходах родителей к дисциплине ребенка, можно выделить ряд принципиальных положений. Во- первых, необходимо помочь ребенку оценить значение обучения, исходя из результатов его поведения. Родители, поощряющие положительные и порицающие отрицательные поступки ребенка, помогают ему разобраться в последовательности его действий. Во-вторых, родителям необходимо провести четкую грань между наказанием и обучением, важно сделать адекватный выбор между употреблением силы и авторитетом. В-третьих, следует избегать подавления и унижения достоинства ребенка, противопоставляющего его волю и стремление к самостоятельности воле родителей. В-четвертых, им необходимо вспомнить свои детские впечатления. Требования, установки и правила собственных родителей, опыт своих позиций, поступков, ошибок, излишнее доверие к авторитетам и дисциплинарным наказаниям, ориентированным на силу, анализ собственных импульсивных и даже безобразных реакций. Эти установки помогут родителям сочетать безмерную любовь к детям с обоснованной необходимостью постоянной твердости и настойчивости для адекватной социализации их детей.

**Семья** представляет собой малую социальную группу, микросоциум, ячейку общества, в которой реализуются биологические, психологические, нравственные, общественные и экономические отношения. Она основана ни супружеском союзе и родственных связях между супругами, родителями и детьми, другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство. Внутрисемейные отношения изменяются в зависимости от культуры, образования, экономики и политики государства. Несмотря на то, что темпы изменения внутрисемейных отношений в нашем обществе разные, на сегодняшний день представляется возможным выделить следующие функции семьи.

**Первая функция** — *демографическая*, заслуживающая особого внимания медицинских работников, социологов и других специалистов. В настоящее время она характеризуется время снижением рождаемости. Это связано с несколькими факторами, среди которых ведущими являются урбанизация, активное участие женщины в производстве, в культурной и политической жизни. На семью активно воздействуют объективные факторы — экономические и материально-бытовые условия. К субъективным следует отнести морально-психологическую атмосферу в обществе, бытовую и духовную эмансипацию женщин. В связи со снижением рождаемости остро встает вопрос переосмысления сочетания материального и морального стимулирования деторождаемости.

**Вторая функция** — *охрана здоровья членов семей, особенно детей*. Семья является незаменимой основой психотелесного благополучия ребенка. Своевременное проведение профилактических мероприятий в условиях семейного образа жизни может оказать благоприятное влияние как на физическое, так и на психическое здоровье ребенка и семьи в целом. Известно, что семейные отношения, психологический климат, обычаи и традиции семьи могут оказывать как позитивное, так и негативное влияние на показатели здоровья детей.

**Третья функция —** *воспитательная.* В социализации детей она представляется основной. При фактически полном отсутствии социального опыта ребенок не может без подготовки и воспитания вступить в мир социальных отношений. Без полноценного участия родителей в этом процессе на положительный эффект вряд ли можно рассчитывать. Родители несут перед государством ответственность за воспитание у детей гражданских и моральных качеств. Особая роль воспитании отводится медицинским работникам. Эта работа не должна ограничиваться рамками полового воспитания, а должна проводиться комплексно, последовательно, совместно с педагогами и другими специалистами.

Как известно, разводы — одна из главных семейных бед, влияющих на ребенка. Разрыв семейных уз является наиболее значимым источником формирования так называемых материнских семей. В последние годы отмечается тенденция к неуклонному росту их числа. В таких семьях воспитывается от 8 до 9 миллионов детей.

Таким образом, медицинским работникам следует дифференцированно подходить к семьям, в которых рождаются дети. В литературе прочно закрепились термины ‘ребенок из семьи крайнего социального риска”, “ребенок из социально неблагополучной семьи”, “субботние дети’, “дети матерей-одиночек” и др. Рост числа таких семей заставляет врачей-педиатров переосмысливать тактику ведения детей, менять традиционные формы работы с семьей, чтобы ослабить воздействие отрицательных социально- гигиенических факторов на показатели здоровья подрастающего поколения.

Сегодня существует несколько классификаций семей, используемых различными специалистами. Так, социологи выделяют разные типы семей, например: гармоничная, распадающаяся, распавшаяся, неполная. Вместе с тем, специалистами отмечается, что некоторые полные семьи необходимо относить к деструктивным, поскольку в них нет согласия, а значит, в этих семьях не могут быть созданы нормальные условия для роста здорового ребенка, не говоря о полноценном его воспитании.

Что же такое неблагополучная семья? Неблагополучная для ребенка семья — это не синоним антисоциальной или асоциальной семьи. Существует великое множество семей, о которых ничего плохого с формальной точки зрения сказать нельзя, но, тем не менее, для данного конкретного ребенка эта семья будет неблагополучной.

Ведущим принципом определения благополучности семьи с позиции врача-педиатра общей практики, по-видимому, должно быть отношение семьи к здоровью ребенка, предполагающее желание и возможность родителей создать оптимальные условия для его развития, а также “установку” не выполнение рекомендаций врача по его воспитанию.

На наш взгляд, педиатру следует придерживаться следующей градации семей для более полного учета негативных факторов, способных оказать влияние на основные показатели здоровья ребенка (заболеваемость, младенческая смертность, физическое и нервно-психическое развитие).

*Первая группа семей* — полные семьи.

1. Полная многопоколенная семья. В воспитании и уходе за ребенком кроме отца и матери принимают участие дедушка и бабушка.

2. Полная нуклеарная семья. Воспитание и уход за ребенком осуществляют в основном мать и отец. Семья проживает отдельно, и другие родственники ребенка эпизодически принимают участие в его воспитании.

*Вторая группа семей* — неполные семьи.

1. Неполная многопоколенная семья. В семье, в которой воспитывается ребенок, есть отец и мать, но отсутствует бабушка или дедушка. К этим семьям также относятся те семьи, в которых кто-то один (бабушка или дедушка) не участвует в воспитании и уходе за ребенком.

2. Неполная родительская семья. В этом случае отсутствует один из родителей, чаще отец. Такие семьи часто называют “семьями матерей-одиночек”.

3. Неполная семья, когда отсутствуют оба родителя. Формирование показателей здоровья ложится на плечи родственников, ребенок с первых дней своей жизни воспитывается бабушками, тетями и т.д., однако постоянно находится в семье.

В настоящее время наблюдается стремление молодых семей проживать отдельно от родителей. Совместное проживание родителей и их детей, состоящих в браке, обычно не является морально-психологической необходимостью (по крайней мере, для детей). Более того, при отсутствии утилитарно-бытовой заинтересованности старшее и особенно младшее поколения стремятся жить отдельно друг от друга. Это происходит не только тогда, когда взрослые дети уезжают далеко от родительского дома, и не потому, что старики становятся экономической “обузой”. Часто родители и их взрослые дети живут в одном городе и даже районе, но в разных квартирах.

Стремление к отделению вызвано прежде всего тем, что старшему поколению необходимо приспосабливаться к новым, необычным для него обстоятельствам самостоятельности детей, их жажде независимости, а подчас и главенства, появлению человека, с которым их ребенок находится о более близких, интимных отношениях. Очень часто причиной разлада семейных отношений становятся различные взгляды поколений на воспитание родившегося ребенка.

Для сознательного формирования здорового образа жизни всех членов семьи очень важна их Медицинская активность. Здоровье ребенка, особенно в молодой семье, зависит от поведения родителей еще до его рождения. Наиболее ответственными Моментами в формировании здоровья являются периоды беременности и раннего детского возраста. В это время закладывается фундамент здоровья. Медицинская грамотность и установка матери на выполнение правил ухода за ребенком являются тем обязательным элементом, который обеспечивает оптимальные условия для развития малыша.

Появление в семье ребенка обычно изменяет ее экономическое положение не в лучшую сторону: доходы сокращаются, а расходы семейного бюджета растут в геометрической прогрессии. При прочих равных условиях доход на одного человека в бездетной семье примерно вдвое выше, чем в семье с двумя детьми. При рождении первого ребенка уровень материального обеспечения семьи уменьшается приблизительно на 20%, при появлении второго — на 50%. Получается, что даже при высоком уровне доходов многие семьи, имеющие детей, автоматически попадают в разряд малообеспеченных

Какие же материальные средства необходимы для полноценного воспитания здорового ребенка?

Семейные затраты только на обзаведение всем необходимым для новорожденного обходятся семье более чем в 3000 рублей. Если семья не подготовлена к таким затратам, государственные дотации, а также денежная помощь других общественных организаций не могут обеспечить материальный Минимум для создания условий, чтобы вырастить здорового ребенка. Молодые семьи чаще всего обращаются за помощью к родителям, залезают” в долги.

С ростом ребенка требуется больше средств для его полноценного развития. Потребительские расходы на содержание дошкольника составляют около 36%, на содержание школьника (ученика начальных классов) — более 40% от затрат трудоспособных взрослых.

Если верить научным расчетам, то в первый год жизни ребенка на питание уходит (в денежном эквиваленте) примерно 25% стоимости питания взрослого человека. Доля эта постоянно возрастает приблизительно в следующей пропорции: 36% в 1-2 года, 46% в 3-6 лет, 0% в 7-10 лет. Следует отметить, что в 11-14 лет затраты на питание детей, превышают затраты на взрослого и составляют 105-110%, достигая 120% у подростков 15-17 лет, что связано с бурным физическим и половым развитием детей.

Оценка здоровья детей различных социальных групп является одной из важных задач социальной педиатрии. Выделяют пять социально- гигиенических групп детей:

— 1-я группа — свободное осуществление социальных функций;

— 2-я группа — частичное (в узком направлении) ограничение осуществления социальных функций;

— 3-я группа — ограничение осуществления социальных функций;

— 4-я группа — резкое ограничение осуществления социальных функций;

\_\_ 5-я группа — невозможность осуществления социальных функций.

Для каждой из этих групп на междисциплинарном, межведомственном и государственном уровнях разрабатываются программы проведения медицинских, образовательных и коррекционных мероприятий, обеспечивается необходимая законодательная, материальная и правовая помощь. Социальная педиатрия разрабатывает систему дифференцированной диспансеризации детского населения с учетом возраста, групп здоровья, особенностей патологии, факторов риска, социально-гигиенической характеристики семьи ребенка и образа жизни родителей. К социальным проблемам относятся проблема здоровья и воспитания, проблемы домов ребенка и детских домов, безнадзорных детей, детей, воспитывающихся в семьях социального риска, приемных детей, детей с пороками развития, детей-инвалидов.

**Медико-социальная помощь (МСП)**, как неотъемлемая часть государственной социальной политики, представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях взаимосвязанных медицинских, социальных, экономических, правовых, психологических, педагогических и других интегрированных мероприятий, призванных укрепить социальную защищенность нуждающихся (индивидуума, семьи, отдельных групп населения, особенно самых уязвимых слоев), создать благоприятные условию, для преодоления человеком трудностей, улучшить условия жизнедеятельности, сохранить трудоспособность, служить облегчению положения отдельных лиц или контингентов населения, снижению социальной напряженности общества, достижению определенной социальной гармонии, милосердия и справедливости, сохранению и укреплению здоровья общества.

Это междисциплинарная сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современных концепций развития здравоохранения и социальной защиты, являющихся базой МСП.

Конечная цель медико-социальной помощи — снижение социальной напряженности в обществе, повышение уровня здоровья граждан, нации в целом.

Главной задачей МСП в условиях социально-экономического кризиса и перехода к рыночным отношениям является реализация прав личности, семьи, отдельных групп населения, поддерживаемых государством в целях смягчения стрессов, выхода из сложных жизненных ситуаций, улучшения нравственного, физического и психического здоровья человека, обеспечения ему возможности активно участвовать в общественной, культурной и трудовой жизни общества, реализовывать свои личные потребности, быть нужным обществу.

Оказание медико-социальной помощи населению, являющейся одним из обязательных компонентов любой современной системы охраны и укрепления здоровья, есть вид деятельности, наиболее родственный службе здравоохранения.

Важное значение имеют привлечение самого населения к реализации задач службы МСП, личная ответственность индивида за состояние его здоровья, что определено Конституцией РФ.

В условиях формирования правового государства любой человек, попавший в сложную жизненную ситуацию, должен иметь гарантированное право на помощь и социальную поддержку государства.

Расчет потребности населения в том или ином виде медицинской помощи базируется, как правило, на проведении медицинских осмотров населения или отдельных его контингентов, экспертной оценки необходимости того или иного вида помощи, социологических опросов. В результате обосновываются показатели, носящие отраслевой характер. То же самое должно осуществляться в каждом регионе, на муниципальном уровне, так как уровень жизни населения, а также возможности организации этого вида помощи в настоящих условиях сильно разнятся по отдельным областям и даже районам.

Исходной информацией для определения потребности населения в медико-социальной помощи служат численность и возрастной состав контингента потребителя того или иного вида МСП; состояние здоровья пациента и его нуждаемость в медицинской помощи и социальной поддержке; условия жизни; обеспеченность контингента средствами социальной защиты (информационная и фактическая); психологическая установка пациента на получение МСП преимущественно в домашних условиях, стационаре, в учреждении социального типа и пр.

Только медицинский работник, постоянно контактирующий с пациентом, может не по формальным признакам, а по фактическим показателям определить его потребность в социальной помощи. Именно этим и обусловлена необходимость совместной работы медицинского персонала и социального работника.

Результаты практического внедрения основных положений Концепции развития МСП населению в Российской Федерации, изучение международного опыта показывают, что дальнейшее развитие этого вида помощи должно быть направлено на решение следующих основных задач:

— повышение заинтересованности человека в укреплении своего здоровья;

— выявление и учет контингентов населения, нуждающихся в социальной и медико-социальной помощи, выделение наиболее уязвимых в социальном плане групп населения, требующих оказания неотложной МСП;

— разработка общих и индивидуальных программ МСП с учетом контингентов населения, их потребности в МСП, а также особенностей социально-экономического развития региона;

— профессиональная подготовка кадров социальных работников, разграничение функций врача, медицинской сестры и социального работника;

— укрепление материально-технической базы существующих учреждений, принимающих участие в организации МСП, повышение культуры и качества медико-социальной помощи, ее эффективности, а также создание сети учреждений МСП нового типа;

— совершенствование управления и координации деятельности служб

МСП;

— широкое привлечение общественности к оказанию МСП населению; возможно полное удовлетворение потребностей контингентов населения в МСП;

создание территориального справочно-информационного банка данных о контингентах населения (лицах, семьях, группах населения), нуждающихся в МСП, и видах этой помощи; организация справочно-информационной системы для населения по оказанию МСП, ее видах, учреждениях и т.п.

Развитие МСП предусматривает разные уровни ее оказания — государственный, муниципальный, уровень учреждений первичной медико-санитарной помощи с обязательным осуществлением межсекторального сотрудничества. Наибольшая эффективность МСП достигается в том случае, если эта система функционирует на местном уровне и является частью единой системы первичной медико-санитарной помощи населению. При этом необходимо учитывать, что ведущее направление функционирования последней есть профилактическая деятельность, включая социальную профилактику.

Медики и социальные работники должны принимать активное участие в выработке у Населения настоятельной потребности в укреплении своего здоровья.

В повышенном внимании нуждаются в первую очередь, отдельные лица и группы населения, подверженные повышенному риску, социально уязвимые и (или) недостаточно обеспеченные. К ним, несомненно, относятся дети, подростки. Ведущие концептуальные положения охраны их здоровья и оказания медико-социальной помощи базируются на общей концепции развития МСП населению Российской Федерации.

Сегодня существует острая необходимость принятия закрепленных законодательно, экономически и организационно мер семейной политики на различных уровнях: федеральном, областном, городском, районном. Так, государство должно усилить гарантии и защиту семей, которые по тем или иным объективным причинам не способны обеспечить свое экономическое или социальное благополучие.

Адресность семейной политики означает ее направленность, прежде всего, на неблагополучные, асоциальные семьи, требующие пристального внимания не только медицинских, но и социальных работников, психологов, социологов, педагогов, иных специалистов, общественных организаций и т.п. Однако внимания требуют не только экстремальные ситуации, но и типичные явления семейной жизни, к каким относятся, например, беременность (будущая мать нуждается в усиленном калорийном питании, благоприятных условиях труда и т.п.), рождение ребенка (каждая мать должна быть обеспечена предметами ухода за новорожденным, комплектом детского белья и др.).

Поскольку в настоящее время резко снижается материальный уровень практически всех семей, имеющих детей раннего возраста, в том числе и так называемых благополучных, в целом значительно уменьшаются и возможности выполнения ими таких функций, как воспитательная, репродуктивная, оздоровительная и др. Возрастает как число таких семей, так и их потребность в различных видах социальной помощи. Именно поэтому все молодые семьи должны быть в настоящее время объектом неотложных мер государственной семейной политики, деятельности социальных служб, учреждений первичного звена здравоохранения.

В целом, как свидетельствуют многочисленные исследования, в современных условиях социально-экономического положения страны и реформирования здравоохранения основными концептуальными положения

ми, определяющими дальнейшее развитие системы охраны материнства и детства, дела укрепления здоровья и социальной защиты детей, подростков, семьи, являются:

— сохранение традиционно сложившейся системы ОМД и ее педиатрической службы с основными звеньями: поликлиника — стационар — санаторий;

— усиление профилактической направленности, расширение объема превентивных и оздоровительных мер в деятельности ЛПУ с выходом на конкретную семью, ребенка;

— активное участие в проводимых мероприятиях не только родителей, но и самих детей (подростков) создание школ здоровья’ и пр.;

— риск-подход к состоянию здоровья наблюдаемого контингента;

— внедрение медико-социального компонента в процесс организации лечебно-профилактической помощи на уровне первичного звена здравоохранения, включая учет семей с позиции социального риска, внедрение социального патронажа в семьи и т.п.;

— интерпретация возраста детей 10-18 лет как подросткового период, что диктует необходимость внесения существенных поправок в идеологию, профессиональную подготовку и переподготовку медицинских кадров по профильным аспектам проблемы, информационную и организационно-методическую деятельность как детских ЛПУ и других учреждений здравоохранения, так и органов и учреждений других ведомств;

— изменение численности обслуживаемого детскими ЛПУ контингента населения за счет приостановки передачи подростков в возрасте 15 лет $ общелечебную сеть; переход этих учреждений на обеспечение динамического медицинского наблюдения за ребенком с момента его рождения (в том числе мероприятий по охране здоровья плода и новорожденного) и до Ч лет включительно;

— уделение приоритетного внимания физическому развитию, укреплению психического и репродуктивного здоровья как ведущим в современных условиях компонентам качества здоровья нации;

- введение в штаты детских поликлиник сравнительно новых для этого звена педиатрической службы специалистов: подросткового врача-терапевта, детского гинеколога/андролога, медицинского психолога, специалиста по социальной работе;

включение указанных выше разделов в программы обучения в вузах, и циклы последипломной подготовки в целях поэтапного формирования врача-педиатра общей практики;

- создание и внедрение автоматизированных систем учета, организации и контроля качества проведения превентивных, лечебно-оздоровительных и медико-социальных мероприятий и др.

В педиатрической практике на первый план должны выйти осуществляемые в должном объеме — в соответствии с регламентирующими документами (отраслевые стандарты медицинской помощи и др.) — простые и понятные потребителю технологии, обеспечивающие в условиях семьи, учебно-воспитательного учреждения эффективное санитарное просвещение родителей, детей, подростков, способствующие формированию осознанной потребности в здоровом образе жизни, гигиеническому (включая половое) воспитанию и т.п.

В этой связи основная задача персонала детских ЛПУ, других учреждений, социальных работников помочь людям сознательно контролировать и улучшать собственные жизненные ситуации в целях долгосрочной профилактики расстройств и улучшения состояния здоровья. Подчеркнем, что основные усилия следует направлять как на получение пациентом знаний о способах решения его медико-социальных проблем, так и на содействие в максимально полном использовании имеющихся для этого возможностей. достаточно широкое распространение должны получить социально-медицинское консультирование по вопросам здоровья, ориентирование на обеспечение адекватного личности и факторам среды образа жизни конкретного индивида. При этом пациенту должна оказываться не только социальная, но и психологическая и иная поддержка.

В условиях роста числа так называемых ‘саморазрушающих’ форм поведения современных подростков именно на медико-социальную помощь возлагается сложная задача участия в комплексных мероприятиях по обеспечению условий, позволяющих решить в данном переходном возрасте большое число важнейших социальных проблем, связанных с процессами взросления, сменой убеждений, формированием сексуального поведения, семейно-брачных отношений, профессиональных интересов и др.

Работники первичного звена здравоохранения, в первую очередь участковые врачи-педиатры, школьные врачи и средние медработники, являющиеся ответственными за здоровье прикрепленного контингента и наиболее часто по роду своей деятельности бывающие в семьях, должны стать координаторами работы по оказанию медико-социальной помощи нуждающимся в ней.

Обеспечение этого процесса в полной мере зависит от ориентации медиков на первичную профилактику заболеваний с позиций риск-факторов, на семью и ее социальные аспекты; должную преемственность в наблюдении различными службами социально неблагополучных семей; социально- правовую деятельность, важность контактов поликлинических учреждений с соответствующими органами, учреждениями, ведомствами, общественными организациями.

Ведущим концептуальным положением является также наибольшая целесообразность для современной практики функционального объединения разрозненных до сих пор усилий органов и учреждений здравоохранения, социальной защиты, образования, внутренних дел и других заинтересованных ведомств, общественных организаций благотворительных фондов, спонсоров с привлечением средств массовой информации и мн. др., при интегрирующей роли органов и учреждений здравоохранения.

Основными видами МСП населению являются:

— организация различного рода помощи на дому, когда семья или одинокий человек не могут своими силами справиться с повседневными бытовыми проблемами (при болезни, беременности, родах, переутомлении матери и др.);

— жилищно-бытовое устройство многодетных семей, пожилых, инвалидов, лиц, вернувшихся из мест заключения и др.;

— оказание материальной помощи малообеспеченным гражданам, семьям с детьми, молодым семьям;

— организация консультативной помощи по вопросам воспитания детей и подростков, семейной жизни, планирования семьи;

— содействие семье в воспитании малолетних детей;

— оказание поддержки по коммунально-бытовому устройству, проведению реабилитации инвалидов и других категорий граждан;

— оказание помощи в обеспечении опеки и попечительства по случаю сиротства

— информирование населения о деятельности службы МСП, видах помощи и др.

Как свидетельствует практика последних лет, в деле защиты интересов детей и семьи, наряду с участковым педиатром и медицинской сестрой, ведущей фигурой становится социальный работник. Эта специальность находится на стыке разноплановых дисциплин — медицины, социологии, психологии, социального обеспечения, педагогики, социальной профилактики и реабилитации, юриспруденции и пр. Появление такого специалиста в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях приобретает особую значимость. Так, по нашим данным, практически каждый второй ребенок на педиатрическом участке по наличию социальных факторов риска в семье относится участковым педиатром ко 1 группе здоровья, каждый десятый ребенок воспитывается в семье, имеющей два и более факторов социального риска.

В педиатрической практике с позиций социального риска рекомендуется рассматривать следующие группы населения и семьи:

— малообеспеченные семьи (с низким материальным доходом, плохими жилищно-бытовыми условиями и др.);

— инвалиды и тяжелобольные — с онкологическими, психическими и другими заболеваниями, перенесшие инфаркт, инсульт;

— лица, пострадавшие от радиационного излучения;

— дети-сироты;

— дети-инвалиды и их семьи;

— неполные семьи с детьми (одинокие матери, одинокие отцы, вдовы, разведенные);

— девушки-подростки, намеренные прервать беременность, а также после аборта;

— юные матери;

\_\_\_ многодетные семьи;

— беременные женщины и кормящие матери;

— семьи с плохим психологическим климатом (постоянные конфликты, драки и др.);

— асоциальные семьи (где родители тунеядцы или вернулись из мест заключения, где мать — проститутка, где родители не занимаются воспитанием детей, имеет место жестокое обращение с детьми и пр.);

\_\_\_ лица, страдающие алкоголизмом, и их семьи;

— лица, страдающие наркоманией, и их семьи;

— семьи безработных;

— семьи мигрантов-беженцев;

— лица, пострадавшие в межнациональных конфликтах;

— молодые, в том числе студенческие, семьи, где родился первенец;

— семьи, где имеются так называемые трудные подростки;

— семьи, где умер член семьи, в том числе ребенок;

— семьи военнослужащих срочной службы, участников боев в так называемых “горячих точках” и т.п.;

— больные СПИДом и их семьи;

— лица, пострадавшие от стихийных бедствий (землетрясений, наводнений и пр.).

Это далеко не полный список. Сегодня, в условиях кризисного развития общества, на территории обслуживания ЛПУ для оказания реальной адресной помощи следует выделять группы лиц и семей повышенного социального риска. Это, несомненно, обусловливает повышенные требования к деятельности ЛПУ. Очевидно, что ситуация, связанная с ростом социальной напряженности, вряд ли изменится.

Появление нового для детских ЛПУ и других учреждений специалиста — социального работника требует решения вопроса об определении его функций и обязанностей.

Основными функциональными обязанностями социального работника в условиях детских ЛПУ являются:

— выявление и учет семей медико-социального риска, выделение из них семей высокого социального риска (семьи алкоголиков, наркоманов, детей-инвалидов, юных матерей, матерей-одиночек и др.);

— изучение потребностей данных семей в конкретных видах медикосоциальной помощи;

— проведение всех видов патронажей (беременных женщин, кормящих матерей, детей первого года жизни и др.), выявление факторов риска с последующей передачей сведений медицинским работникам;

— содействие семьям в решении их социально-бытовых проблем, в том числе жилищных, материальных, в устройстве детей в дошкольные учреждения, интернаты и др.;

— оказание консультативной (в том числе педагогической, психологической помощи) семьям социального риска;

— социально-правовая помощь (активное разъяснение прав и обязанностей данных семей, информирование о социальных льготах, предоставляемых государством, и др.);

— организация и контроль за получением детьми раннего возраста бесплатного питания и лекарств, других льгот;

— оказание помощи семье в воспитании детей;

— проведение совместно с медицинским персоналом санитарно-просветительной работы по гигиеническому воспитанию детей, пропаганде здорового образа жизни;

— осуществление мероприятий по планированию семьи;

— организация взаимосвязи и взаимопомощи в работе различных учреждений и ведомств (муниципальной службы, службы социальной защиты населения, здравоохранения, образования, органов правопорядка и др.) по оказанию медико-социальной помощи населению;

— внесение предложений, направленных на совершенствование законодательных актов по социальным вопросам, на развитие службы медико-социальной помощи;

— ведение учетно-отчетной документации (дневника патронажных посещений, паспорта семьи и др.).

Таким образом, на службу медико-социальной помощи возлагается сложная задача участия в комплексных мероприятиях по обеспечению условий для решения большого числа важнейших социальных проблем, связанных с процессами взросления, сменой убеждений, формированием сексуального поведения, семейно-брачных отношений, профессиональных интересов и др.