

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

Е. В. ВЛАСОВА, С. И. БЛОХИНА, Е. Л. ЕРИНА, А. В. СТАРШИНОВА

*Государственное учреждение здравоохранения Свердловской области
детская клиническая больница восстановительного лечения "Научно-практический центр "Бонум", г. Екатеринбург.*

В данной статье проводится анализ социально-экономического статуса семей, воспитывающих недоношенных детей. Определяются возможные причины необращаемости пациентов за специализированной помощью, варианты решения данных проблем.

Ключевые слова: недоношенный ребенок, социальная работа, реабилитационный центр

DIE PROBLEME DER ORGANISATION DER MEDIKO-SOZIALEN HILFE DER FRUEHGEBORENEN UND IHREN FAMILIEN.

E.V. Vlasova, S.I. Blochina, E.L. Erina, A.V. Starschinova

Im gegebenen Artikel wird die Analyse des sozial-ökonomischen Status der Familien mit Fruehgeborenen durchgeführt. Es klären sich die möglichen Gründe keine Besuche der Patienten hinter der spezialisierten Hilfe, die Varianten des Beschlusses der gegebenen Probleme.

Schlüsselwörter: Fruehgeborene, die soziale Arbeit, das Rehabilitationszentrum

В последние десятилетия во всем мире отмечается тенденция к возрастанию преждевременного рождения детей, что объясняется значительными успехами службы материнства и детства, выхаживанием детей с массой при рождении более 500 грамм и сроком гестации более 22 недель. По данным литературы, ежегодно в США преждевременно появляется на свет 12,3% новорожденных, из них 40 тысяч имеют массу при рождении менее 1200г, в европейских странах от 1,1% до 1,6% детей рождаются глубоко недоношенными (< 33 недель гестации), в акушерских стационарах Российской Федерации ежегодно рождается более 3000 тысяч детей с экстремально низкой массой тела. Ежегодно в г. Екатеринбурге и Свердловской области рождается около 1000 детей с массой при рождении от 500 г до 2000 г. В то же время данная категория детей относится к высокой группе риска по наличию различных заболеваний, как вследствие незрелости органов и систем, так и из-за перенесенных критических состояний в периоде новорожденности. Многочисленными наблюдениями доказано, что недоношенные дети формируют до 50% долговремен-

ной неврологической патологии, у большинства из них развиваются хронические болезни, повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям, детский церебральный паралич, задержка психомоторного развития и другие состояния. По данным профессора Е.Е. Сомова (Санкт-Петербург, 2005), среди причин инвалидности по зрению с детства ретинопатия недоношенных занимает второе место. Особое значение для снижения инвалидности с детства имеет проблема диспансерного наблюдения и реабилитации данного контингента детей.

В задачи нашего исследования входило определение социально-экономических факторов, влияющих как на рождение недоношенного ребенка, так и возможности дальнейшего наблюдения, выявление типичных проблем и реабилитационного потенциала семей с вероятным прогнозом необходимой им поддержки, в частности, были исследованы семьи, воспитывающие детей с нарушениями зрения.

Исследование состояло из двух этапов: первый проводился по данным ОПН №1 ОДКБ и Областного центра ретинопатии недоношенных, располо-

женного в ДКБВЛ НПЦ «Бонум», на основе баз данных. Из 128 детей, с массой тела при рождении менее 2000 грамм и сроком гестации менее 32 недель, получивших лечение в отделении патологии новорожденных, в Областной центр ретинопатии недоношенных для консультации специалиста обратились лишь 55 родителей, то есть 42%.

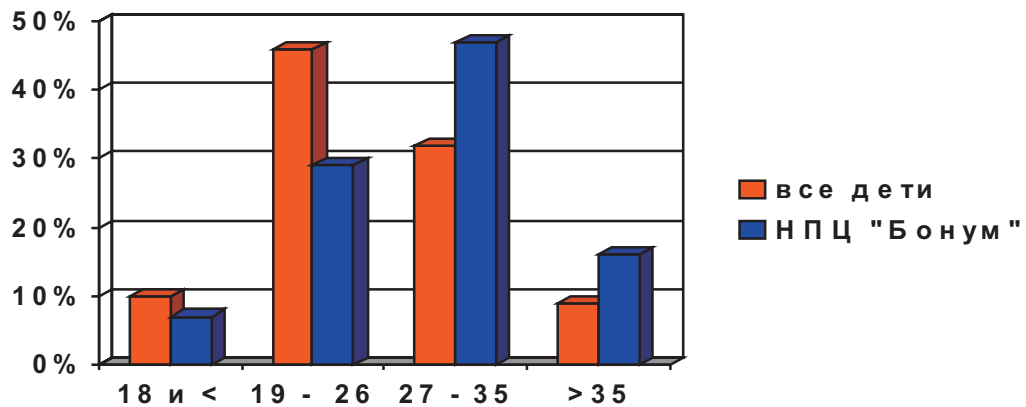
При анализе возраста матерей выявлено, что большее количество женщин, обратившихся в Центр, старше 26 лет (47%). Практически половина детей

матерей в возрасте 19-26 лет так и не получили консультацию офтальмолога (из 46% матерей первой группы только 29% обратились на прием в Центр) (Рис. 1).

В одной трети случаев семья была неполной в обеих группах сравнения. Треть женщин в первой группе имели среднее профессиональное и высшее образование (34,5%), тогда как среди обратившихся в Центр половина матерей (51%) (рис. 2). 40% (51) женщин в первой группе – домохозяйки, лишь 20%

Рисунок 1.

Возраст матерей недоношенных детей



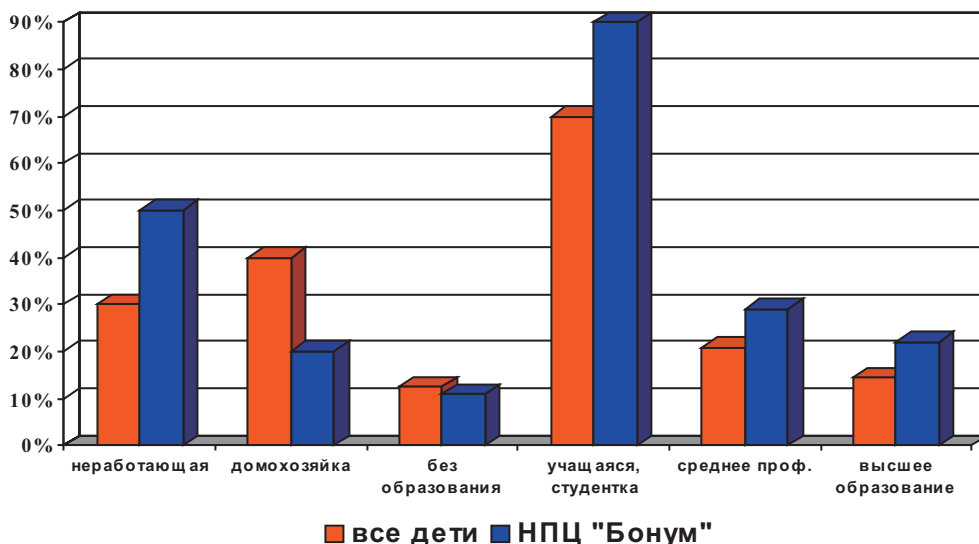
(11) во второй группе – домохозяйки. Домохозяйки в первой группе – 40% одинокие женщины, 44% - брак не зарегистрирован, и в 16% случаев брак зарегистрирован.

Вторым этапом исследования являлось анкетирование родителей, воспи-

тывающих детей с нарушениями зрения, состоящих на учете в Областном центре ретинопатии недоношенных. В ходе исследования опрошено 304 человека (на вопросы отвечал один из родителей ребенка-пациента центра «Бонум»).

Рисунок 2.

Образование матерей недоношенных детей



Для анализа проблемы были выделены следующие смысловые блоки, по которым собиралась и обрабатывалась информация:

1. социальный статус семей, воспитывающих детей с нарушениями зрения;
2. потребности родителей и детей в социально-медицинских и реабилитационных услугах;

В ходе исследования получены следующие результаты: среди обследованных семей большую часть составляют полные семьи – 82% (рис. 3); более двух третей семей, принявших участие в исследовании, являются стабильными (4 и более лет совместной жизни) – 63% (рис. 4); большинство опрошенных

родителей находятся, с одной стороны, в наиболее активном, в то же время – зрелом возрасте, старше 26 лет около 60% респондентов (рис. 5). Следовательно, большинство родителей, обратившихся в Областной центр ретинопатии недоношенных, уже получили профессиональное образование (рис.6,7), приобрели определенный жизненный опыт (рис. 8) и социально-экономический статус.

Практически все отцы на момент опроса работали (рис. 8). Большинство работающих родителей имеют постоянное место работы, но временная или случайная работа у матерей встречается в два раза чаще, чем у отцов (рис.9).

Рисунок 3.

Тип семьи

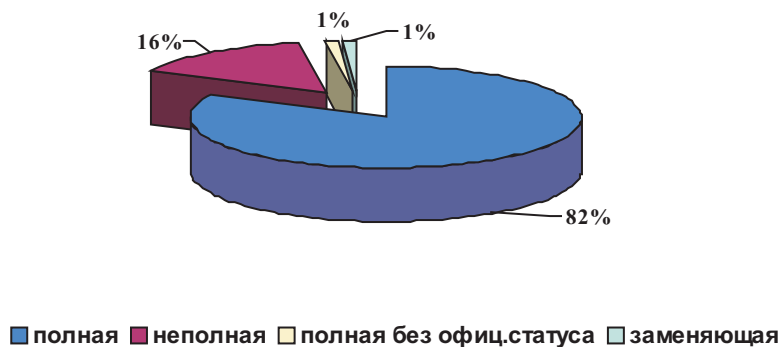


Рисунок 4.

Семейный стаж родителей

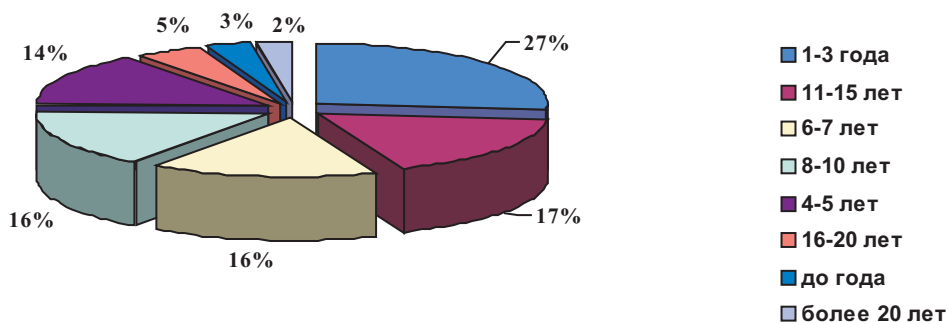


Рисунок 5.

Распределение родителей по возрасту

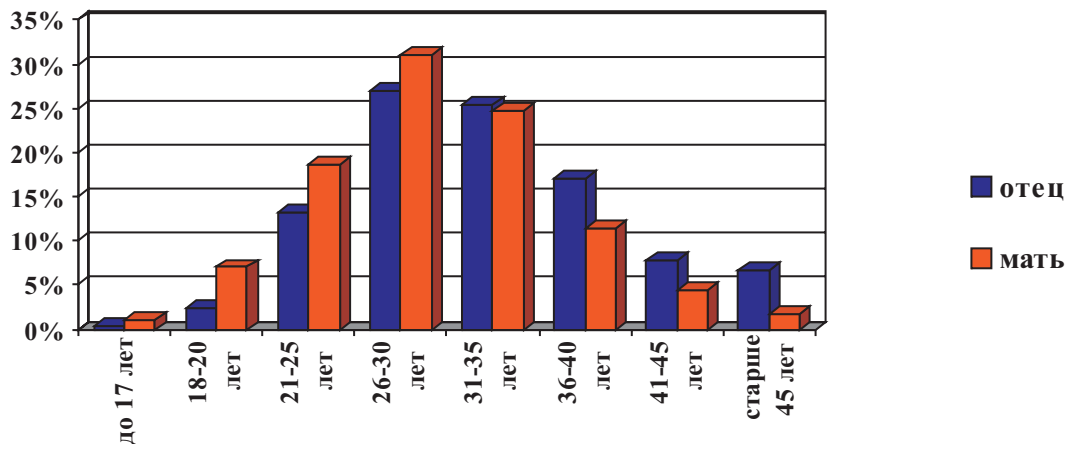


Рисунок 6.

Распределение родителей по уровню образования

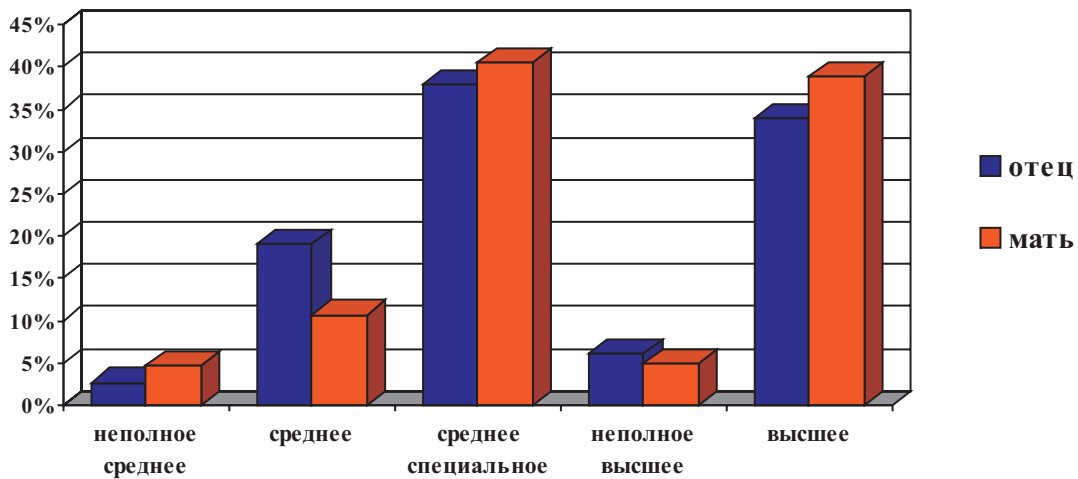


Рисунок 7.

Распределение родителей по профессиональному статусу

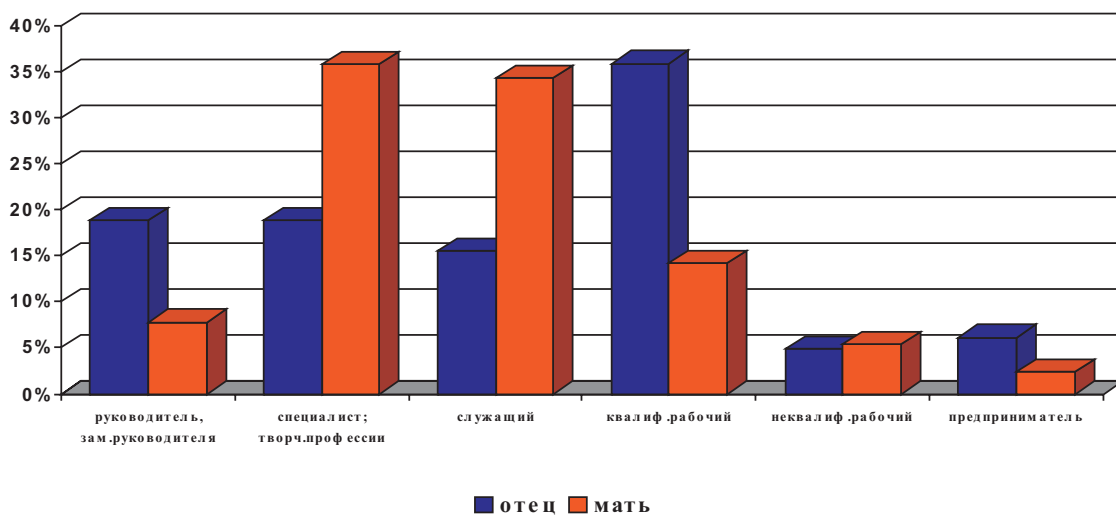


Рисунок 8.
Трудовая занятость родителей на момент опроса

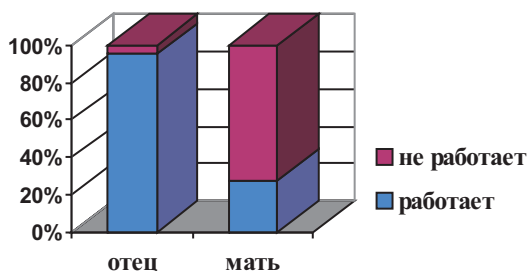


Рисунок 9.
Стабильность трудовой занятости родителей

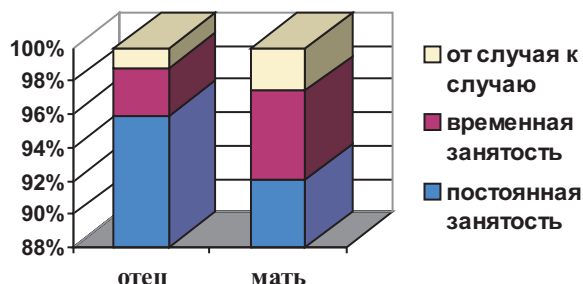
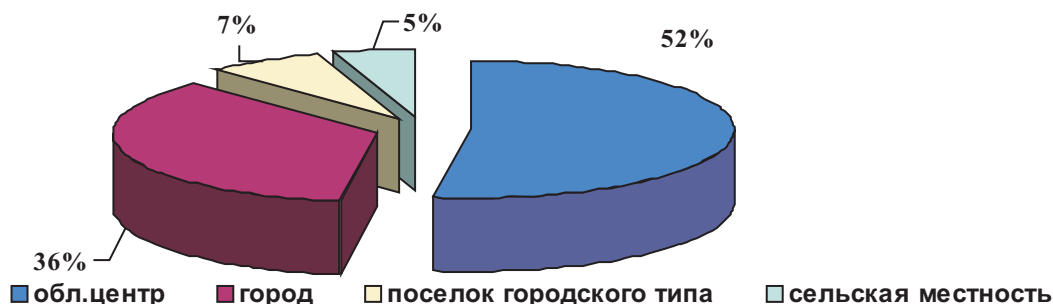


Рисунок 10.
Распределение семей по месту проживания



Анализ места жительства семей, обратившихся в Областной Центр ретинопатии недоношенных, показывает, что 52% семей – из Екатеринбурга, а 48% проживает в населенных пунктах Свердловской области. Становится заметным несоответствие существующему процентному распределению населения в Свердловской области (треть проживает в Екатеринбурге, 2/3 – в городах и других населенных пунктах области), что говорит о неприбытии части потенциальных клиентов Центра на прием к специалистам. Таким образом, профилактика тяжелых нарушений зрения у недоношенных детей, проживающих в области, затруднена.

При возникновении проблем, связанных с воспитанием ребенка с нарушени-

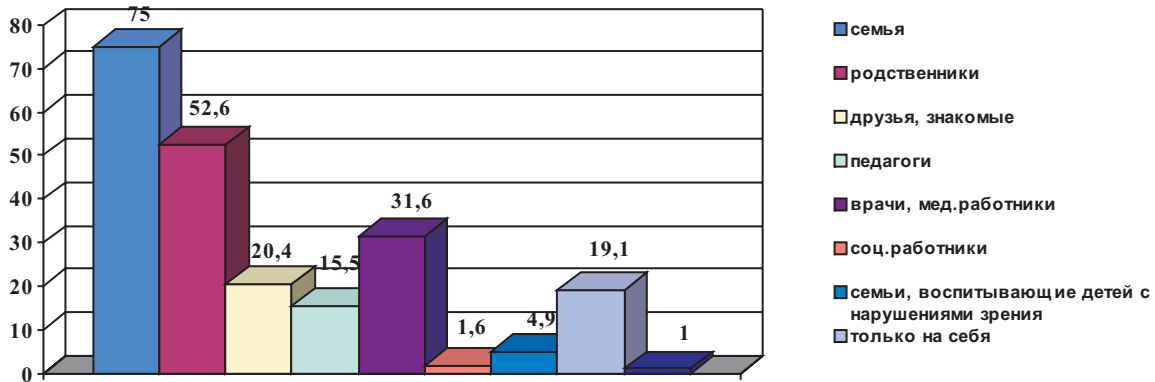
ем зрения, семьи достаточно автономны (рис. 11): рассчитывают преимущественно на себя и родственников. При этом значимость врачей, как субъектов социально-педагогической помощи, по мнению родителей, вдвое выше, чем педагогов, – около трети опрошенных надеются именно на медиков и получают от них поддержку (рис. 12). Вероятно, это связано с преобладающими возрастными характеристиками детей из совокупности опрошенных семей – дети до двух лет (примерно 60%) еще не посещают образовательных учреждений, и родители с педагогами не взаимодействуют.

Подавляющее большинство родителей (81%), принявших участие в исследовании, считают реабилитацию ребенка своей приоритетной задачей (рис. 12),

Рисунок 11.

Субъекты помощи родителям в воспитании ребенка с нарушением зрения

На чью помощь рассчитываете при возникновении проблем с воспитанием ребенка?



следовательно, они ориентированы на активные действия в этом направлении. Каждый восьмой родитель затрудняется четко расставить приоритеты в этом вопросе, часть родителей определяют для себя более значимые проблемы, чем восстановление здоровья ребенка (3%), столько же считают, что нет необходимости этим заниматься, некоторые вообще не задумывались об этом (1%).

Оценивая факторы, влияющие на результат реабилитации ребенка, родители чаще всего упоминали роль и усилия семьи в этом процессе, помощь медиков и возможности самого ребенка (рис.13).

Выводы.

1. По нашим данным, специализированной квалифицированной медицинской помощью охвачены лишь 50%

Рисунок 12.

Степень значимости для родителей восстановительного лечения ребенка

Значимость для семьи задачи восстановительного лечения ребенка

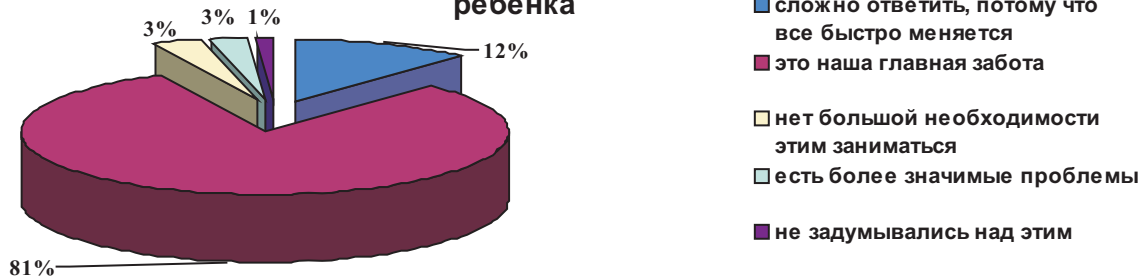
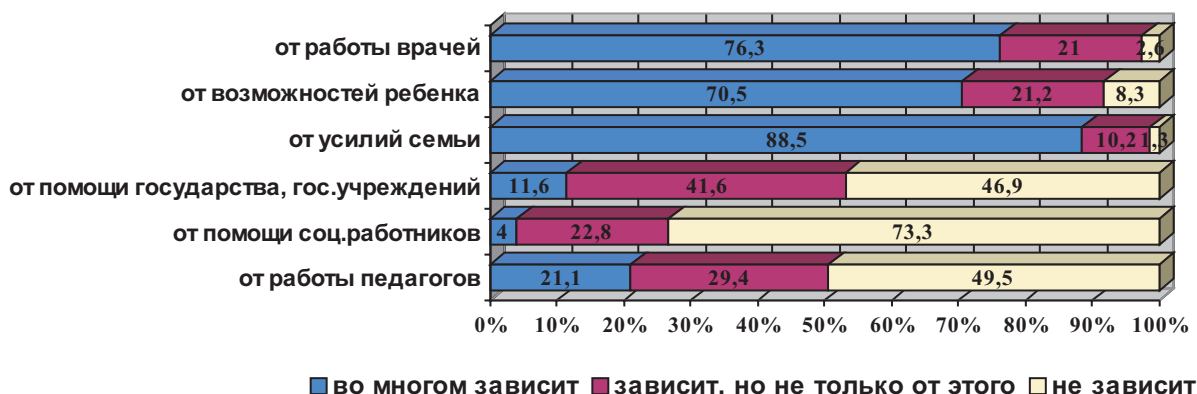


Рисунок 13.

Факторы, влияющие на результат реабилитации ребенка.

От чего зависит результат восстановительного лечения ребенка?



недоношенных детей, оставшаяся половина получает помощь в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства. В этих семьях отмечается невысокий уровень образования, материально-экономический уровень характеризуется как низкий, трудовая деятельность свидетельствует о некачественной занятости или безработности родителей (матери преимущественно домохозяйки). Семейный статус определяется как нестабильный, в основном это нуклеарные семьи.

2. Семьи, обращающиеся в специализированный Центр, ориентированы, в основном, на получение медицинской помощи, проявляя незначительный интерес к возможностям Центра в предоставлении педагогических, психологических, социальных услуг ребенку и семье в целом, что может свидетельствовать об отсутствии информации о широком спектре услуг Центра, или о непонимании родителями значения этих услуг в реабилитации ребенка.

3. Необходимо развивать систему информирования родителей об услугах и современных возможностях медико-социальной реабилитации недоношенных детей. Эта система должна охватывать различные категории семей, акцентируя внимание на семьях социального риска и семьях, проживающих в населенных пунктах Свердловской области. Достижение этой цели возможно при взаимодействии специализированных медицинских центров, осуществляющих реабилитацию недоношенных детей с тяжелыми нарушениями здоровья, которые располагаются преимущественно в Екатеринбурге, и медицинскими учреждениями первичного звена, непосредственно связанными с семьями, воспитывающими таких детей.

4. Для специализированных медико-реабилитационных центров важно развивать психолого-педагогические, социальные услуги для детей раннего возраста и их семей, что позволит снизить риски социальной дезадаптированности, появления вторичных психологических, логопедических и других дефек-

тов.

5. Преобладающая часть родителей, обратившихся в Центр, считает, что именно от них в большей мере зависит качество восстановительного лечения ребенка, что необходимо учитывать для организации реабилитационной помощи не только в условиях специализированного учреждения, но и дома.

6. В целом, для практического здравоохранения необходима разработка медико-социального стандарта динамического наблюдения за недоношенными детьми как в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений, так и специализированных центров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохина, С.И. К вопросу об организации детских реабилитационных центров в России / С.И. Блохина, В.П. Козлова, А.В. Старшинова // Российский журнал социальной работы.-1996.-№1.- С.43-48.
2. Старшинова А.В. Социальная работа в детском реабилитационном центре: опыт социологического исследования, проблемы стандартизации / А.В. Старшинова.-Екатеринбург: «Бонум», 1999. 120 с.
3. Шабалов Н.П. Неонатология // Санкт-Петербург, 1995, «Специальная литература», том 1, 493 стр.
4. Сайдашева Э.И., Сомов Е.Е., Фомина Н.В. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии. Санкт-Петербург, 2006.-с.127-187.
5. В.И. Гребенников и др.; Под ред. В.А. Михельсона. Интенсивная терапия в педиатрии.-М.:ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 552 с.
6. Хватова А.В., Катаргина Л.А., Коголева Л.В., Дементьева Г.М., Фролова М.И., Шеверная О.А. Итоги и достижения десятилетней работы по организации помощи детям с ретинопатией недоношенных. // Материалы научно-практической конференции «Детская офтальмология: итоги и перспективы», – М. – 2006. – с.155-159.