

ОКРЕМІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ

Р.О. Моїсеєнко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Резюме. Основними аспектами соціальної педіатрії є соціальні питання формування захворювань у дітей і робота з дітьми, що потребують особливої уваги суспільства внаслідок будь-яких обмежень життєдіяльності; вплив на формування життєвого простору дитини, який би мінімізував ці життєві проблеми. Показано шляхи розвитку комплексних заходів соціальної педіатрії та діяльність уряду країни у даному напрямку.

Ключові слова: соціальна педіатрія, життєвий простір дитини, насильство, перинатальна допомога, діти з обмеженими можливостями здоров'я, медико-соціальна реабілітація.

Медико-соціальним аспектам формування здоров'я людини, передусім у дитячому віці, сьогодні в усьому світі приділяється велика увага. Впливи, яких зазнає людина в ранні періоди її становлення, мають значно більше значення для подальшого її розвитку, як фізичного так і психологічного, ніж ті самі процеси у дорослому віці.

Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок і дітей ООН найбільш ємно визначила фактори, що впливають на формування здоров'я матері і дитини (рис. 1). Вона визначила основні сфери, в яких необхідні невідкладні заходи для збільшення фінансування, посилення уваги та поліпшення роботи служб з надання послуг. До них належать:

— надання підтримки планам в галузі охорони здоров'я, прийнятим країнами і підкріпленим розширеними, передбачуваними і стійкими інвестиціями;

— комплексне надання послуг охорони здоров'я та надання заходів з порятунку життя з тим, щоб жінки та їхні діти могли мати доступ до профілактики, лікування та допомоги у той час і в тому місці, де вони мають потребу в цьому;

— зміцнення систем охорони здоров'я, основою яких є достатнє число кваліфікованих працівників охорони здоров'я;

— інноваційні підходи до фінансування, розробки продукції і ефективного надання послуг в галузі охорони здоров'я;

— покращення моніторингу та оцінки з метою забезпечення підзвітності всіх причетних до процесу охорони материнства і дитинства сторін.

Особливого значення в сучасному світі набувають проблеми профілактики захворювань та відхилень. Саме тому

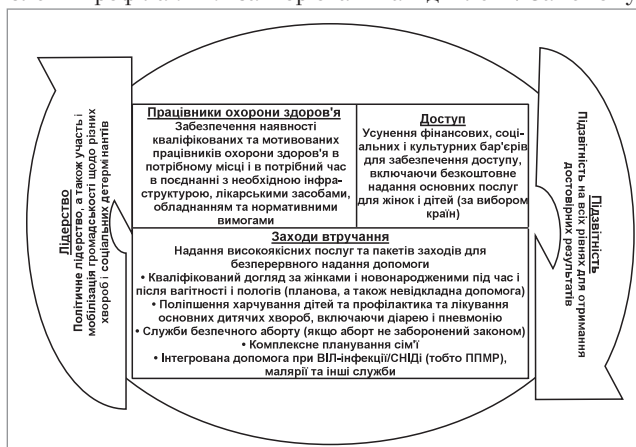


Рис. 1. Глобальний консенсус відносно охорони здоров'я матерів, новонароджених і дітей

соціальна педіатрія набуває особливого значення. Соціальна педіатрія, як розділ педіатрії: вивчає здоров'я дітей і комплекс факторів, що його формують; розробляє ефективну систему соціальної профілактики та надання дітям медичної допомоги; концептуально забезпечує оформлення життєвого простору дитини та підлітка у суспільстві з урахуванням стану здоров'я, що особливо актуально для дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Визначень соціальної педіатрії та сфер впливу, які вона охоплює, можна виділити багато, проте, на нашу думку, найбільш влучно охарактеризував основні напрямки діяльності галузі соціальної педіатрії російський вчений В.Ю. Альбицький:

- 1) вивчення соціальних причин хвороб;
- 2) пріоритетна увага здоров'ю дітей, які перебувають у важкій життєвій ситуації;
- 3) медико-соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я;
- 4) організація медико-соціальної допомоги дитячому населенню.

Тобто основними аспектами соціальної педіатрії є саме соціальні питання формування захворювань у дітей і робота з дітьми, що потребують особливої уваги суспільства внаслідок будь-яких обмежень життєдіяльності, як суто соціальних, так і фізичних, а найголовніше — вплив на формування життєвого простору дитини, який би мінімізував ці життєві негаразди і ситуації.

Сьогодні уряд України переважну увагу приділяє саме аспектам надання якісних перинатальних послуг як найбільш впливовим медико-організаційним технологіям, що запобігають виникненню хвороб та відхилень у дитини. Особливе значення в нормативних документах приділяється роботі з дітьми, що мають особливі потреби, як у зв'язку із станом здоров'я, так і через інші соціальні проблеми, такі як безпритульність, соціальне сирітство, жорстоке поводження тощо.

Виявлення випадків жорстокого поводження з дитиною потребує уваги громади як аспект попередження захворюваності, інвалідності та смертності, що особливо актуально у сім'ях соціального ризику. До проявів насильства над дитиною належать:

1. Зневажливе ставлення: батьки не задовольняють її потреб — у їжі, одязі, житлі, теплі, освіті й охороні здоров'я.
2. Емоційне насильство і зневажливе ставлення: дитина є об'єктом погроз, словесних нападків, окриків; свідком лютих нападків на інших людей, позбавлена любові і тепла.
3. Фізичне насильство: дитина зазнає фізичних нападків, отримує ушкодження чи каліцтво, вмирає в результаті насильства.

Чи є дитина жертвою насильства або зневажливого ставлення?
 ЯКЩО у дитини є фізичні ушкодження або ушкодження статевих органів,
 АБО недостатня вага/ознаки недостатнього харчування,
 АБО затримки/вади розвитку,
 АБО дитина не щеплена,
 АБО батьки не звертаються за медичною допомогою,
ТОДІ ПЕРЕВІРТЕ НАЯВНІСТЬ ОЗНАК ЖОРСТОКОГО І ЗНЕВАЖЛИВОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДИТИНИ

СПОСТЕРІГАЙТЕ ТА ПЕРЕВІРЬТЕ		
<input checked="" type="checkbox"/> Наявність підозрілих фізичних ушкоджень/травм , що можуть бути результатом жорстокого ставлення (напр. велика кількість синців, виділення слизу, ушкодження (шрами) статевих органів або заднього проходу, шрами від ременя, опіки і переломи у дітей молодше 1 року). <input checked="" type="checkbox"/> Батьки не поспішають звертатися за медичною допомогою у випадку фізичного ушкодження. <input checked="" type="checkbox"/> Недостатні пояснення або пояснення не відповідає типу травми або виділенням зі статевих органів. <input checked="" type="checkbox"/> Недостатній догляд за дитиною : ігнорування захворювань, не проведені щеплення, поганий стан шкіри, зубів, волосся і нігтів, дитина знаходиться без догляду. <input checked="" type="checkbox"/> Аномальна поведінка дитини : сексуально забарвлена, "заморожена", агресивна гіперактивність, дитина уникає зорового контакту з батьками. <input checked="" type="checkbox"/> Аномальна поведінка батьків/опікунів : байдужі, караючі, що обороняються, гіперзаклопотані, з низьким рівнем самооцінки, що знаходяться в депресії. <input checked="" type="checkbox"/> Фактори ризику в родині : насильство в родині, алкогольна/наркотична залежність, психічні захворювання, соціальна ізоляція, безпритульна/покинута дитина.		
Класифікуйте ознаки жорстокого поводження		
Симптоми (будь-що з наведеного)	Вірогідність жорстокого/ зневажливого відношення	Послідовність необхідних дій
Наявність підозрілих фізичних пошкоджень Батьки не звертаються за допомогою Пояснення не відповідає травмі	Висока	1. ТЕРМІНОВО спрямувати у спеціалізоване відділення 2. ПОВІДОМИТИ відділ опіки та піклування щодо попередження жорстокого/зневажливого ставлення до дитини
Недостатній догляд за дитиною Аномальна поведінка дитини Аномальна поведінка батьків/опікунів Наявність факторів ризику в сім'ї	Середня	1. Запланувати відвідання вдома протягом 10 діб 2. Спрямувати у відділ опіки та піклування, соціальні служби для профілактичної роботи 3. Проконсультувати батьків з метою розвитку позитивних навичок у вихованні дитини 4. Поінформувати батьків про особливості розвитку дитини та заходах безпеки
Відсутність ознак сумісних з вірогідністю жорстокого/зневажливого відношення до дитини	Низька	1. Проконсультувати батьків з метою розвитку позитивних навичок у вихованні дитини (доступність, уважність, взаєморозуміння, співробітництво, постійність) 2. Поінформувати батьків про особливості розвитку дитини та заходах безпеки

Рис. 2. Інтегроване ведення роботи щодо попередження жорстокого та зневажливого ставлення до дитини

4. Сексуальне насильство: дитина використовується дорослими людьми для задоволення своїх сексуальних потреб і фантазій.

На часі впровадження алгоритму дій з метою попередження проявів насильства щодо дитини.

Все це потребує значної зміни мислення суспільства і галузі охорони здоров'я, зокрема як структурного елементу системи впливу на формування життєвого простору дитини.

Основними законодавчими актами останніх років, які регламентували напрямки реформи системи охорони здоров'я, стали закони: «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (2011 р.) та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (2011 р.) та укази Президента України: «Про заходи щодо забезпечення ефективності реалізації

Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» (2010 р.) та «Про Національні плани дій на 2011, 2012, 2013 роки щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки».

Важливим елементом попередження виникнення відхилень у стані здоров'я та інвалідизації дитини стали нові технології, запроваджені в галузі протягом останніх років: інформаційні, лікарський формуляр; стандартизація медичної допомоги; створення реєстрів пацієнтів, маючої та материнської смертності, хворих на ДЦП; сучасні перинатальні технології, регіоналізація перинатальної допомоги, перинатальний аудит медичної допомоги з використанням MATRIX-BABIES, принципи грудного вигодовування; Розширена ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини»; допоміжні репродуктивні технології; профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції; дослідження важкої материнської захворюваності; перехід

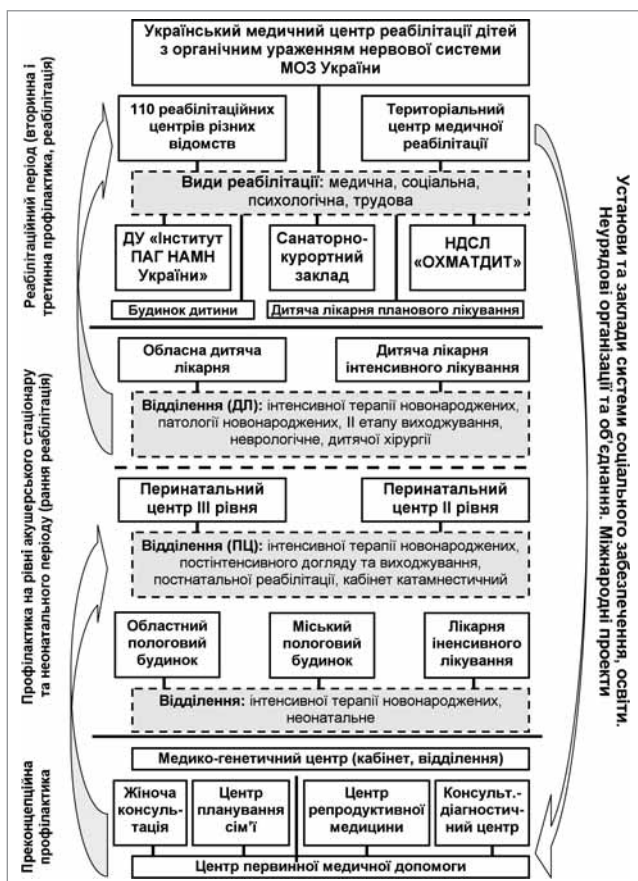


Рис. 3. Модель медико-соціальної профілактики неврологічної патології та інвалідності у дітей

на реєстрацію малюкової смертності з 22 тижнів вагітності; методики скринінгу новонароджених на ФКУ, гіпотиреоз, муковісцидоз; зміна порядку медичного спостереження за дітьми раннього, дошкільного та шкільного віку; інтегроване ведення хвороб дитячого віку; перехід на модель спостереження дитини лікарем-педіатром до 18 років з подальшим переведенням на модель сімейного лікаря; спостереження дітей та вагітних сімейним лікарем; методики медико-педагогічного контролю в школах; міжсекторальний інтегрований підхід; реабілітаційна методика «Тандем-партнерство»; календар щеплень із розширенням кількості інфекцій для імунізації, застосування комбінованих вакцин, моніторинг несприятливих подій, пов'язаних з імунізацією (НППІ) тощо.

Протягом останніх майже 20 років також створено та розвинуто нові структури надання медичної допомоги: перинатальні центри II та III рівнів, центри первинної медичної допомоги, центри планування сім'ї та центри репродуктивної медицини, медико-генетичні центри (консультації), виїзні реанімаційні бригади (неонатальні та акушерські), відділення реанімації новонароджених, Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії, Клініка для лікування дітей с ВІЛ-інфекцією/СНІД та Український медичний центр дитячої офтальмології та мікрохірургії ока на базі НДСЛ «ОХМАТДИТ», система екстреної медичної допомоги, «Клініка, дружна до молоді», центри профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД, центри медико-соціальної реабілітації дітей, реабілітаційні центри для роботи з сім'ями, що мають дітей з обмеженнями здоров'я, на базі будинків

дитини, санаторії для вагітних, для дітей з онкозахворюваннями, цукровим діабетом.

Слід зауважити, що завдяки створенню нових, а також реформуванню та розвитку існуючих структур, впровадженню сучасних медико-організаційних технологій, які широко використовуються у світі, вдалося досягти позитивних зрушень показників малюкової та дитячої смертності, захворюваності немовлят, рівня передачі ВІЛ від матері до дитини тощо. Проте зберігається тенденція до зростання інвалідності з дитинства, пов'язана з тим, що завдяки медичним технологіям зберігається життя хворим дітям, більшість з яких раніше гинули. Така ситуація вимагає значної уваги до розвитку медико-соціальної підтримки дитини в сім'ї, залучення сім'ї та громади до участі у розвитку такої дитини та її соціальної адаптації.

Схема попередження інвалідності та формування реабілітаційного простору у системі охорони здоров'я включає заклади охорони здоров'я – від первинної мережі до Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України як координатора питань реабілітації дітей в системі МОЗ (рис. 3).

У 2012 р. в Україні зареєстровано 167 059 дітей-інвалідів, з них вперше у звітному році стали інвалідами 18 157 дітей, що дещо менше, ніж у попередні роки (рис. 4). Динаміка дитячої інвалідності в країні залишається негативною.

У структурі інвалідності дітей I місце займають вроджені вади розвитку (ВВР) – 50,1 тис. дітей (30%), II місце – хвороби нервової системи – 29,9 тис. дітей (17,9%), III місце – розлади психіки та поведінки – 23,1 тис. дітей (13,9%). Таким чином, майже половина дітей-інвалідів потребує реабілітаційних заходів психоневрологічного профілю, розвитку закладів, установ з використанням сучасних методів реабілітації саме таких дітей, більшість з яких має суттєві порушення руху та розумового розвитку. У системі МОЗ зараз функціонує понад 45 реабілітаційних центрів, робота яких переважно спрямована на дітей раннього та дошкільного віку, значною мірою також на попередження інвалідності або зниження її ступеня, що можливо при проведенні заходів реабілітації у дітей раннього віку. Широко запроваджується у діяльність реабілітаційних центрів схвала МОЗ України методика «тандем-партнерство», або «дитина-сім'я-фахівець». Саме така система повинна стати важливим елементом реформування діяльності існуючих будинків дитини у реабілітаційні центри. Без комплексного, міжсекторального підходу до заходів реабілітації важко очікувати стійкого медико-соціального ефекту.

Значною проблемою залишаються вроджені вади розвитку серцево-судинної системи (ВСС).

Ці негативні тенденції особливо відчутні у зростанні випадків ВВР на 21% за період з 2000 року, у тому числі



Рис. 4. Показники інвалідності дітей до 17 років включно в Україні на 10 000 відповідного населення (до 2005 р. діти до 16 років)

Показники захворюваності та інвалідності у дітей 0–17 років (на 1000 дітей)*

Показник	Рік											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ВВР	5,7	5,7	5,8	5,7	6,2	6,1	6,4	6,3	6,5	6,8	6,8	7,2
ВВСС	н/д	н/д	н/д	0,64	0,70	0,72	0,80	0,86	0,94	1,09	1,13	1,34
Первинна інвалідність у зв'язку із ВВР (на 10 000)	4,0	3,8	4,3	4,6	5,2	5,8	6,0	6,3	6,4	6,7	7,0	7,1

Примітка: * — до 2003 р. діти 0–14 років.

ВВСС, які збільшились за десятиріччя удвічі. Створення Науково-практичного медичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України було спрямовано саме на посилення доступності до кардіохірургічної допомоги та реабілітації прооперованих дітей. Результатом системних заходів стало зниження смертності дітей першого року життя від ВВСС з 3,47 у 2000 р. до 2,19 на 1000 народжених живими. Суттєвим тягарем накопиченої патології ураженості визначається когорта дитячого населення, що має ВВР також внаслідок ураження інших органів та систем, що потребує розбудови комплексної системи реабілітації, як в умовах спеціалізованих закладів охорони здоров'я, так і закладів освіти і соціального захисту.

Сьогодні в Україні у дошкільних навчальних закладах чисельність дітей з інвалідністю становить 0,6% (7 950 дітей), у загальноосвітніх закладах — 1,4% (58 586 дітей), у професійно-технічних навчальних закладах — 1,5% (6 442 особи), у вищих навчальних закладах — 0,9% (18 825 осіб). З усіх показників за останні роки знизилась кількість таких дітей лише в школах, що вимагає значних зусиль для впровадження інклюзивного навчання, бо до освітнього процесу не залучена кожна друга дитина, яка має інвалідність.

Слід зазначити, що в Україні існує значна і досить потужна мережа реабілітаційних закладів, як у системі МОЗ України, так і в системах Мінпраці та Міносвіти, проте потребує значного удосконалення все, що стосується об'єднання зусиль між різними відомствами саме навколо дитини з особливими потребами та сім'ї, де вона виховується. У Європі опрацьовано низка різних вже апробованих моделей роботи в цій сфері. Багато чого ми вже змогли впровадити, як в методиках, так і в структурах, але сьогодні особливої уваги потребуватиме саме зміна ментальності суспільства щодо проблем дітей з особливими потребами та їх реабілітації, і це потребує значних консолідованих зусиль держави та громадянського суспільства.

Важливим здобутком для систематизації процесів медико-соціальної реабілітації дітей стала розробка та прийняття першого клінічного протоколу «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» (наказ МОЗ України № 286 від 09.04.2013 р.).

Консолідує ланцюгом, на наш погляд, в цьому процесі повинна стати Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) дитини-інваліда (наказ МОЗ України № 623 від 08.10.2007 р. «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та

Порядку їх складання»), яка сьогодні, на жаль, часто носить формальний характер. Наше завдання об'єднати навколо дитини через ІПР у єдиному реабілітаційному просторі усіх причетних до процесу з чітким відслідковуванням ефективності реабілітаційної програми, яку ми запропонували сім'ї.

У Всесвітній доповіді про інвалідність до числа головних бар'єрів, які не дозволяють особам з інвалідністю відчувати себе на рівні з іншими, віднесено: неадекватні заходи політики та стандарти; негативне ставлення до людей з інвалідністю; нестачу послуг і проблеми з їх наданням; недостатнє фінансування; відсутність безперешкодного середовища; неадекватність інформації та комунікації; відсутність консультування та включення у суспільне життя; брак досвіду та даних.

Перелічені проблеми характерні також і для нашої держави. У зв'язку з цим Україна, як член міжнародного співтовариства, проводить послідовну політику в сфері забезпечення прав і свобод людей з інвалідністю на основі дотримання принципів законності, демократії, рівності, недискримінації та соціальної справедливості.

Кроком до досягнення рівності між особами з інвалідністю та іншими членами суспільства стала ратифікація Законом України від 16 грудня 2009 р. № 1767-VI Конвенції ООН про права інвалідів.

З метою приведення українського законодавства до міжнародних стандартів, у тому числі до норм Конвенції ООН про права інвалідів, Верховна Рада України 22 грудня 2011 р. прийняла Закон України № 4213-VI «Про внесення змін до деяких законів України щодо прав інвалідів».

Для вжиття заходів щодо подальшої імплементації положень Конвенції ООН про права інвалідів постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706 затверджена Державна цільова програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року.

Ратифікувавши Конвенцію ООН про права інвалідів, Україна тим самим взяла на себе юридичні зобов'язання щодо забезпечення її виконання в повному обсязі, відображення належним чином її положень у національному законодавстві, планах соціально-економічного розвитку та Державному бюджеті України.

Важливим для виконання Україною міжнародних зобов'язань є розвиток комплексних заходів соціальної педіатрії як одних з найвпливовіших на формування життєвого простору навколо дитини з обмеженими можливостями здоров'я, що є передумовою соціальної адаптації людини в суспільстві.

ЛІТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей / ООН. — Женева, 2010. — 24 с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения / Европейское региональное бюро ВОЗ. — Копенгаген: ВОЗ, 2010. — 205 с.
3. Конвенция о правах ребёнка: (принята резолюцией № 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20.11.1989). — М.: КноРус, 2012. — 30 с.
4. Концепція реалізації Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства» щодо створення мережі

- регіональних перинатальних центрів // Медико-соц. проблеми сім'ї. — 2011. — № 2. — С. 6—8.
5. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение. Ключевые императивы : руководство / В. Ф. Москаленко. — К. : Авіцена, 2011. — 250 с.
 6. Прус Л. О. Глобальні загрози здоров'ю матерів і дітей та протидія їм в XXI ст. / Л. О. Прус, А. П. Чуйко // Глав. врач. — 2008. — № 11. — С. 39—40.
 7. Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями : наказ МОЗ України № 286 від 09.04.2013 р. [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
 8. Про ратифікацію Конвенції ООН про права інвалідів : Закон України від 16 грудня 2009 р. № 1767-VI [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. — Назва з екрану.
 9. Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року : постанова Кабінету Міністрів України від 01.08.2012 року № 706 [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. — Назва з екрану.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ В УКРАИНЕ

Р.А. Моисеенко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев

Резюме. Основными аспектами социальной педиатрии являются социальные вопросы формирования заболеваний у детей и работа с детьми, требующими особого внимания общества вследствие любых ограничений жизнедеятельности; влияние на формирование жизненного пространства ребенка, который бы минимизировал эти жизненные проблемы. Показаны пути развития комплексных мер социальной педиатрии и работу правительства страны в данном направлении.

Ключевые слова: социальная педиатрия, жизненное пространство ребенка, насилие, перинатальная помощь, дети с ограниченными возможностями здоровья, медико-социальная реабилитация.

SEPARATE ISSUES OF SOCIAL PEDIATRICS DEVELOPMENT IN UKRAINE

R.A. Moysenko

P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kiev

Summary. The main aspects of social pediatrics are the social issues of diseases formation in children and work with children who are require special attention of society due to any disabilities; influence on the child's living space, which would minimize these problems in life. There are shown the ways of development of the complex measures of social pediatrics and the work of the government of the country in this direction.

Key words: social pediatrics, child living space, violence, perinatal care, children with disabilities, medical and social rehabilitation.

Сведения об авторах:

Моисеенко Раиса Александровна — д-р мед. н., зав. кафедрой детской неврологии и медико-социальной реабилитации Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика. Адрес: 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Статья поступила в редакцию 12.08.2013 г.