

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

САДОВНИКОВА Наталья Александровна

**МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

ПОЛЯКОВ Борис Александрович

Иваново – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СЕМЬЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И РОЛЬ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....	12
1.1. Нормативно-правовая база охраны здоровья детей, воспитывающихся в семьях разного типа	12
1.2. Роль семейных факторов в сохранении и укреплении здоровья детей	19
1.3. Медико-организационные аспекты оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях детям из семей разного типа, возможности социального взаимодействия.....	25
1.4. Результаты контент-анализа проблемного поля сохранения и укрепления здоровья детей в семьях разного типа.....	33
ГЛАВА 2. БАЗА, ПРОГРАММА И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	36
2.1. Понятийный аппарат исследования	36
2.2. Характеристика базы и программа исследования	36
2.3. Методика исследования.....	39
2.4. Общая социальная характеристика семей и детей групп наблюдения.....	42
2.5. Статистическая обработка данных и определение их достоверности.....	44
ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЯХ РАЗНОГО ТИПА	45
3.1. Характеристика заболеваемости по данным обращаемости детей, воспитывающихся в семьях разного демографического типа.....	45
3.2. Характеристика заболеваемости детей из полных и неполных семей по данным медицинских осмотров.....	49
3.3. Распространенность факторов риска среди детей, воспитывающихся в семьях разного типа	55
ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ НЕПОЛНЫХ И ПОЛНЫХ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА.....	58
4.1. Особенности медико-социальной и экономической характеристики семей неполного типа с детьми.....	58
4.2. Характеристика социально-гигиенического статуса неполных семей в сравнении с полными семьями, воспитывающими детей.....	70
4.3. Характеристика взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей.....	75

ГЛАВА 5. ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ, ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ДЕТЯМ ИЗ СЕМЕЙ ПОЛНОГО И НЕПОЛНОГО ТИПА, ВКЛАД РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ В ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОМОЩИ.....	78
5.1. Характеристика условий поликлинической помощи, оказываемой детям из семей полного и неполного типа	78
5.2. Мнение родителей детей из семей полного и неполного типа о качестве медицинской помощи	79
5.3. Результаты экспертной оценки качества медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях г. Раменское Московской области	96
5.4. Факторная обусловленность заболеваемости детей из неполных семей	102
ГЛАВА 6. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ИЗ СЕМЕЙ НЕПОЛНОГО ТИПА НА ОСНОВЕ ОБЩЕСТВЕННО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА И МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ПОДХОДА	111
6.1. Результаты SWOT-анализа состояния обеспечения и организации первичной медико-санитарной помощи детям из семей неполного типа	111
6.2. Эффективность внедрения предложений по совершенствованию организации первичной медико-санитарной помощи детям, воспитывающимся в семьях неполного типа в амбулаторно-поликлинических условиях.....	128
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	133
ВЫВОДЫ.....	139
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	141
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	143
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	144
Приложение А. Анкета для родителей ребенка.....	171
Приложение Б. Мнение родителей детей из неполных и полных семей о доступности, качестве и результативности медицинской помощи	173
Приложение В. «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи детям в условиях детской поликлиники»	176

Приложение Г. Основные недостатки (слабые места) обеспечения и организации первичной медико-санитарной помощи детям из неполных семей в амбулаторных условиях, возможности ее совершенствования (SWOT-анализ)	179
Приложение Д. Функционально-ролевой контент ответственности за здоровье детей в системе межведомственного взаимодействия «семья ребенка – социальные институты - социальные группы и общественные объединения».	184
Приложение Е. Модель конечных результатов работы врачей-педиатров детских поликлиник в части работы с неполными семьями, воспитывающих детей.....	187
Приложение Ж. Распределение факторов риска снижения эффективности оздоровительных мероприятий у детей по семейным факторам	189
Приложение И. Карта оценки подготовленности детских поликлиник к медицинскому информированию	190

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность научного исследования

В Российской Федерации охрана здоровья детского населения относится к приоритетному направлению деятельности отечественного здравоохранения¹. В российском обществе широко распространены разнообразные факторы риска, опасные для здоровья детей. Среди них – разводы, и внутрисемейные конфликты, в том числе и неполные семьи, их доля составляет 21,0% [Рослова З.А., 2019].

В текущей неблагоприятной демографической ситуации возрастает необходимость совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи детям с учетом межведомственного подхода, внутрисемейных факторов сохранения здоровья [Хабриев Р.У., 2013; Зудин А.Б., 2017; Линдебратен А.Л., Гришина Н.К., 2017; Александрова О.Ю., 2020; Чичерин Л.П. и др., 2021].

За последние годы приняты концептуальные нормативные документы, обеспечивающие приоритетность совершенствования помощи семьям с детьми. Среди них: «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»², «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы»³, «Об утверждении Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года»⁴. По инициативе Президента России В.В. Путина 2018–2027 гг. объявлены Десятилетием детства, а в январе 2021 г. был утвержден соответствующий план мероприятий⁵, который акцентирует важность межведомственного взаимодействия в реализации региональных программ помощи семьям с детьми.

¹Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 7 (<https://minzdrav.gov.ru/documents/7025>)

²Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

³ Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 года № 761 (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

⁴ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1618-п г. (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

⁵ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23.01.2021 г. № 122-п «Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 г.» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

В настоящее время приоритет в совершенствовании медицинской помощи детям – в развитии первичной медико-санитарной помощи², включая организацию отделения медико-социальной помощи на базе детской поликлиники.

Развитие социальной педиатрии в нашей стране ориентирует на комплексное решение вопросов сохранения и укрепления здоровья детей на основе межведомственного сотрудничества педиатров детских поликлиник с психологами, юристами, социальными работниками, педагогами образовательных учреждений. Однако в условиях перегрузки врачей-педиатров детских поликлиник медико-социальные задачи, связанные со здоровьем ребенка, решаются далеко не в полном объеме. Недостаточно используются возможности добровольческих (волонтерских) объединений в содействии врачам-педиатрам. Поэтому научный поиск новых подходов к совершенствованию организации первичной медико-санитарной, а также медико-социальной помощи детям является актуальным и востребованным.

Степень разработанности темы исследования

Теоретико-методическую базу исследования составили фундаментальные работы О.П. Щепина (1980); О.В. Грининой, Д.И. Кича (1981), Ю.П. Лисицына, Н.В. Полуниной (1984); Т.П. Васильевой (1986) и др. Неполные семьи являются наиболее незащищенными и уязвимыми в социальном плане. В нашей стране накоплен обширный опыт организации медико-социальной и медико-психологической помощи семьям с детьми; например, организация медико-социально-психологических комиссий и акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов в Ивановской области. Однако в современных условиях подобный опыт требует обновления с учетом таких новых вызовов и проблем, как изменения медико-социального профиля семей, развитие цифровой среды, появление новых организационных форм взаимодействия в здравоохранении и системе социальной защиты и др. Анализ литературы показал, что последнее исследование социально-гигиенических особенностей и состояния

⁶ Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»

здоровья детей из неполных семей было выполнено четверть века назад Т.В. Поздеевой (1994). Современные исследования Р.Я. Нагаева (2016) и З.А. Рослова (2019) оставляют открытым вопрос совершенствования медико-социальной помощи детям из неполных семей.

Цель исследования – научно обосновать пути совершенствования организации амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей неполного типа.

Задачи научного исследования

1. Проанализировать показатели заболеваемости и распространенности факторов риска, опасных для здоровья у детей, воспитывающихся в неполных и полных семьях.

2. Дать сравнительную характеристику медико-социального профиля неполных и полных семей, воспитывающих детей, и готовности к сохранению и укреплению их здоровья.

3. Оценить состояние амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей разных типов.

4. Определить вклад организационных и семейных факторов в снижение заболеваемости детей из неполных семей.

5. Научно обосновать и разработать предложения по совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи детям из неполных семей.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

Выявлены особенности заболеваемости и распространенности факторов риска, опасных для нарушения здоровья детей из семей неполного типа, определяющие приоритетную значимость данной группы для проведения профилактической работы в детской поликлинике.

Данные социологического опроса позволили дополнить сведения о медико-социальном профиле семей неполного типа, воспитывающих детей, и их готовности к сохранению и укреплению здоровья детей в сравнении с полными семьями.

Состояние организации лечебно-профилактической помощи в детской поликлинике детям из семей неполного типа охарактеризована с позиции пациентоориентированности и полноты реализации потребности в помощи, в сравнении с полными семьями.

Определен вклад семейных и организационных факторов в динамику заболеваемости детей из неполных семей.

Дано научное обоснование и представлен комплекс предложений по оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей неполного типа на основе развития межведомственного взаимодействия и социального (общественно-государственного) партнерства, включающий четыре блока мероприятий: организационный, медико-социальный, медико-психологический, социального взаимодействия.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Получены, проанализированы и представлены в органы управления здравоохранением:

- объективные данные: об особенностях заболеваемости и распространенности факторов риска, опасных для здоровья детей из семей разного типа; о готовности семей и детских поликлиник к обеспечению условий для сохранения и укрепления здоровья детей; о роли общественных организаций и межведомственного взаимодействия в помощи детям;

- организационно-функциональная модель медико-социальной помощи семьям, воспитывающим детей, на основе межведомственного взаимодействия и общественно-государственного партнерства;

- модель конечных результатов работы и алгоритм взаимодействия врача-педиатра участкового с семьей ребенка;

- уточнить функционально-ролевой контент ответственности за здоровье детей в системе межведомственного взаимодействия и определить слабые места, что будет способствовать принятию обоснованных управленческих решений, а в конечном итоге повышению эффективности медицинской помощи детскому населению.

Методология и методы исследования

Программа исследования основывалась на использовании комплекса методов: аналитического, теоретического, выкопировки данных из первичной документации, социологического, экспертной оценки, статистического. Для математической обработки данных применялся пакет прикладных компьютерных программ (Microsoft® Office® Excel® 2010 и IBM® SPSS® Statistics 23.0). Уровень значимости был установлен как $p < 0,05$.

Положения, выносимые на защиту

1. Результаты сравнительного анализа данных об особенностях: заболеваемости, распространенности факторов риска нарушения здоровья детей из неполных семей, их медико-социального профиля.

2. Данные SWOT-анализа о состоянии и проблемах амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей неполного типа, а также о наиболее значимых факторах, влияющих на уровень заболеваемости детей из неполных семей.

3. Комплекс предложений по совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей неполного типа.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов исследования обеспечивается: обоснованием репрезентативностью выборки (методика К.А. Отдельновой, 1980), достаточным объемом собранного материала, массивом статистических данных (800 случаев проведения профилактических осмотров; результаты опроса 800 родителей (в том числе 400 – из полных и 400 – из неполных семей), экспертной оценки 800 случаев оказания педиатрической помощи детям в условиях детской поликлиники), адекватно выбранными методами исследования.

Предложения по совершенствованию медико-организационной технологии оказания медицинской помощи детям из неполных семей в условиях детской поликлиники использованы в информационных материалах для организаторов здравоохранения «Организационно-методические аспекты оказания медицинской помощи из неполных семей», доложенных на коллегии Министерства

здравоохранения Московской области (2017), внедрены в практику работы г. Раменское, а также используются в учебном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения, информатики и истории медицины ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Результаты работы доложены на международных научно-практических конференциях «Здоровье и образование в 21 веке» (Москва, 2014–2016, 2019, 2021), международной научно-практической конференции ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (Москва, 2015, 2016). Основные положения работы освещались и обсуждались на заседаниях комиссии по здравоохранению Правительства Московской области.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработаны цель, задачи, программа и методика исследования, проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, нормативных актов по изучаемой проблеме (степень участия – 100 %). Самостоятельно проведен сбор и анализ материалов исследования, его статистическая обработка, формулирование выводов и предложений (степень участия – 90 %). Разработан комплекс мер по совершенствованию медицинской помощи детям из семей разного типа в условиях детской поликлиники.

Публикации

По результатам исследования опубликовано 16 научных работ, в том числе 5 – в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, 1 – в журнале базы Scopus.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение»:

– п. 2. «Разработка методов исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения, исследование демографических процессов, структур заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп»;

– п. 3. «...разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи ...».

Глава 1. СЕМЬЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И РОЛЬ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

1.1. Нормативно-правовая база охраны здоровья детей, воспитывающихся в семьях разного типа

Нормативная база охраны здоровья детей наряду с законодательством Российской Федерации основывается и на международных документах – Декларации прав ребенка (принята в 1959 году), Конвенции о правах ребенка (принята в 1989 году). Конвенция определила приоритетность развития первичной медико-санитарной помощи детям, Программа развития ООН (ПРООН) и др.

Международное сообщество признает и отмечает важную роль семейного фактора в решении демографических проблем, сохранении и укреплении здоровья детей. По решению Генеральной Ассамблеи ООН с 2014 года 15 мая празднуется Международный день семьи.

В России охрана здоровья детей заявлена как базовый принцип и условие для полноценного развития – физического и психического [Демченко В.И., 2017; Балаева Ш.М., 2019; Гундаров И.А., 2019; Бантьева М.Н., 2019; Долгушина Н.А., 2019; Александрова О.Ю., 2020]. Правовая защита детей, их интересов, обеспечение доступности получения услуг здравоохранения, забота о детях – тренды современного российского здравоохранения. Вместе с тем данные ряда авторов [Орел В.И., 2017; Островский И.М., 2017; Тимошина Е.О., 2017; Егорова М.С., 2018; Бантьева М.Н., 2019; Миргородская О.В., 2020] свидетельствуют о проблемах в состоянии здоровья детей, в том числе: высокой накопленной заболеваемости [Хмельницкая Е.А., 2017; Комова Т.Г., 2017; Филипова А.Г., 2017; Кондакова Н.А., 2019; Толмачев Д.А., 2019]; широкой распространенности факторов риска развития заболеваний [Дергунова Е.А., 2017; Лавинский Х.Х., 2017; Шахгириева М.Р., 2017; Журавлева И.В., 2019; Разгоняева Е.А., 2019], высокой доле длительно и часто болеющих детей [Соколовская Т.А., 2017; Хорунжий Н.В., 2017; Богомолова И.Г., 2018; Филипова А.Г., 2018; Долгушина

Н.А., 2018, 2019; Романов В.Г., 2019; Вавилова В.П., 2019], росте числа нарушений в психическом здоровье детей [Боголюбов Л.В., 2017; Филиппова Н.В., 2017; Прокопьева М.М., 2020; Коротько О.С., 2020; Коджаспиров А.Ю., 2020; Гут Ю.Н., 2020; Дроздова Д.П., 2021]. Отмечается, что наряду с объективными причинами таких тенденций (улучшение выявляемости заболеваний) есть и причины, связанные с ухудшением условий сохранения и укрепления здоровья детей на индивидуальном, групповом и общественном уровнях [Лучанинова В.Н., 2017; Степанова Е.В., 2017; Бурлуцкая А.В., 2019; Бурова С.Н., 2020].

В условиях неблагоприятных демографических тенденций в нашей стране здоровью детей должно уделяться особое внимание. На это была ориентирована и принятая «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»³.

Базовое российское законодательство по обеспечению прав и интересов детей было в основном сформировано в 90-е годы прошлого столетия, когда принято более ста различных нормативно-правовых актов. Основные направления государственной семейной политики определил Указ Президента РФ от 14 мая 1996 года № 712. Разработаны «Основные направления государственной социальной политики по улучшению положения детей в РФ до 2000 года» (Национальный план действий в интересах детей)⁴.

Важное значение для закрепления прав ребенка и семьи, его воспитывающей, практического осуществления этих прав, имело принятие «Семейного кодекса РФ» (от 29 декабря 1995 года № 223-ФЗ)⁵. В последующие годы отмечается поступательное развитие законодательной базы. В соответствии с новой Конституцией РФ в России обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства. В Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

³ «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (утв. Указом Президента РФ № 1351 от 09.10.2007 г.) (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

⁴ «Основные направления государственной социальной политики по улучшению положения детей в РФ до 2000 года» (Национальный план действий в интересах детей), утвержденный Указом Президента РФ от 14 сентября 1995 года № 942. (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

⁵ Семейный кодекс РФ (от 29 декабря 1995 года № 223-ФЗ) (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

Федерации»⁶, составляющего правовую платформу обеспечения и защиты прав ребенка на получение доступной и качественной медицинской помощи, в статье 4, одним из основных принципов охраны здоровья заявляется «приоритет охраны здоровья детей». В законе детализированы права семьи, несовершеннолетних, беременных женщин и матерей. Полномочия по оказанию первичной медико-санитарной помощи переданы органам исполнительной власти субъектов РФ.

Согласно Всеобщей декларации прав человека, дети имеют право на особую заботу и помощь. Подписав Конвенцию о правах ребенка, в которой определено, что дети имеют право на особую заботу, а также иные международные акты в сфере обеспечения прав детей, Российская Федерация выразила приверженность участию в усилиях мирового сообщества по формированию среды, комфортной и доброжелательной для жизни детей. Государственную политику в области охраны здоровья детей закрепил Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка»⁷. Закон впервые определил категории детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (ст. 1), и гарантии их прав на особую заботу и защиту со стороны государства.

Большую роль в гарантиях защиты прав детей имеет введение должности Уполномоченного по правам ребенка при Президенте РФ (Указ Президента РФ от 1.09.2009 г. № 986)⁸. Вместе с тем, как отмечается в Указе Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы»⁹, проблемы, связанные с созданием комфортной и доброжелательной для жизни детей среды, сохраняют свою остроту и далеки от окончательного решения.

Педиатрическое звено является наиболее напряженным и динамически развивающимся в структуре здравоохранения Российской Федерации.

⁶ Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

⁷ Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

⁸ Указ Президента РФ от 1.09.2009 г. № 986 (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

⁹ Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

Правовую основу организации медицинской помощи детям и оценки ее эффективности составили: Приказ МЗ РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»¹⁰; Приказ МЗ и СР РФ от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»¹¹; Приказ МЗ и СР РФ от 19 апреля 2007 г. № 283 «Об утверждении критериев оценки эффективности работы врача-педиатра участкового»¹²; Служебное письмо МЗ РФ от 04.04.2000 г. № 2510/3623-32 «О защите прав детей в учреждениях системы здравоохранения»¹³.

Следует отметить, что в перечисленных нормативных документах помощь детям рассматривается в отрыве от их семьи, семейных факторов формирования здоровья. Нет положений, определяющих сферу взаимодействий врачей-педиатров с семьей и другими социальными институтами (в том числе с системой образования, средствами массовой информации, Уполномоченным по правам ребенка), органами управления, администрацией территории, комитетом по делам несовершеннолетних. Отсутствуют индикаторы успешности работы врачей-педиатров с семьей ребенка. Это не позволяет проводить мониторинг, своевременную оценку и управление неблагоприятными внутрисемейными факторами риска нарушения здоровья детей. Необходимо также отметить, что ряд приказов по педиатрической службе приняты еще в 70–80-е года XX века и не соответствуют современным запросам. Увеличение нагрузки на врача-педиатра и повышение затрат времени на заполнение возросшего объема медицинской документации нанесли ущерб непосредственной лечебно-профилактической деятельности.

¹⁰ Приказ МЗ РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

¹¹ Приказ МЗ и СР РФ от 16.04.2012г. №366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

¹² Приказ МЗ и СР РФ от 19 апреля 2007 г. № 283 «Об утверждении критериев оценки эффективности работы врача-педиатра участкового» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

¹³ Служебное письмо МЗ РФ от 04.04.2000 г. № 2510/3623-32 «О защите прав детей в учреждениях системы здравоохранения» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

Одним из основных направлений медико-социальной помощи детям является реализация Федерального закона от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»¹⁴. В информационном письме МЗ РФ от 15.03.2002 № 251 «О работе детской поликлиники с социально неблагополучными семьями» говорится, что к числу мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности детей, важная роль должна отводиться работе с социально неблагополучными семьями, профилактике социально сиротства, беспризорности и безнадзорности детей. Дети из социально неблагополучных семей в лечебно-профилактических учреждениях объединяются в группу социального риска.

Принят ряд официальных документов, регламентирующих социальную помощь семьям и оказание медико-социальной помощи детскому населению: Федеральный закон от 15 ноября 1995 г. № 195 ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»¹⁵; Федеральный закон от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»; Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ¹⁶; Федеральный закон от 29.12.2006 № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей»¹⁷; Приказ МЗ РФ от 6.05.98 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»¹⁸; Приказ МЗ РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи»¹⁹; Приказ МЗ РФ № 154 от 5.05.99 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»²⁰.

¹⁴ Федеральный Закон от 24 июня 1999 года № 120 - ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (<http://ivo.garant.ru/#/document>)

¹⁵ Федеральный Закон от 15 ноября 1995 г. № 195 ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

¹⁶ Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

¹⁷ Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

¹⁸ Приказ МЗ РФ от 6.05.98 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

¹⁹ Приказ МЗ РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

²⁰ Приказ МЗ РФ № 154 от 5.05.99 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

В марте 2011 года Правительством РФ утверждена государственная программа «Доступная среда», направленная на создание условий для равных возможностей при получении медицинской помощи и других услуг детям-инвалидам. Однако, как показывают исследования, мер социальной поддержки недостаточно, а также требует решения вопрос обеспечения отделений медико-социальной помощи квалифицированными социальными работниками, юристами, психологами.

Минздравом России принят ряд нормативных документов по регламентации и совершенствованию профилактической помощи детям, в том числе в образовательных учреждениях и с учетом благополучности семей: Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»²¹; Приказ МЗ РФ от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»²²; Приказ МЗ РФ от 6 октября 2014 г. № 581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ»; Приказ МЗ РФ от 21 марта 2017 г. № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»²³; Приказ МЗ РФ от 05.11.2013 № 822н утвержден «Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях»²⁴. С 2013 года диспансеризация детей проводится в едином для всех субъектов РФ порядке, ежегодно.

²¹ Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

²² Приказ МЗ РФ от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

²³ Приказ МЗ РФ от 21 марта 2017 г. № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

²⁴ Приказ МЗ РФ от 05.11.2013 г. № 822н утвержден «Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

Принятие Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»²⁵ узаконило ответственность образовательных организаций не только за качество образования, но и за жизнь и здоровье детей. Закон определил необходимость взаимодействия образовательных организаций с медицинскими организациями в части согласования действий по сохранению здоровья детей, обмена информацией.

Принят ряд нормативных документов, призванных способствовать формированию здорового образа жизни у детей и взрослых, обеспечению благоприятных условий для жизни и развития, в том числе: Федеральный закон от 04.12.2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»²⁶; Федеральный закон от 08.01.1989 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»²⁷; Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии»²⁸; с 2010 года реализуется «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма на период до 2020 года», одобренная распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р²⁹; Федеральный закон от 10.07.2001 № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака»³⁰ с дальнейшими изменениями от 01.06.2013.

В последние годы развивалась региональная база нормативно-правового регулирования медико-социальной помощи детям. Так, в целях совершенствования медико-социальной помощи детям в Московской области был принят ряд нормативных документов: Постановление губернатора МО от 03.08.2006 № 101-ПГ «Об утверждении Положения об организации индивидуальной

²⁵ Федеральный закон от 29.12.2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

²⁶ Федеральный закон от 04.12.2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

²⁷ Федеральный закон от 08.01.1989 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

²⁸ Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

²⁹ «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма на период до 2020 года», одобренная распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 г. № 2128-р (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

³⁰ Федеральный закон от 10.07.2001 г. № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака» (<http://ivo.garant.ru/#/document>).

профилактической работы с несовершеннолетними, находящимися в обстановке, представляющей угрозу их жизни и здоровью»³¹; Постановление Правительства МО от 27.09.2010 № 711/40 «О заключении соглашения между фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и Правительством МО об обеспечении деятельности на территории МО детского телефона доверия (службы экстренной помощи) с единым общероссийским номером»³².

Результаты анализа законодательства позволяют сделать вывод о том, что в нормативных актах не всегда отражен системный подход. Есть ощущение незаконченности, отсутствия целостности в законодательном обеспечении вопросов охраны здоровья детей. Можно согласиться с мнением Л. П. Чичерина [Чичерин Л.П., Щепин В.О., Никитин М.В., 2020], что беспокойство вызывает декларативность ряда официальных документов. Многие правовые механизмы в области охраны здоровья фактически не работают. Вместе с тем есть возможность повышения эффективности применения уже имеющихся правовых норм, улучшения правоприменительной практики.

1.2. Роль семейных факторов в сохранении и укреплении здоровья детей

Многие негативные и позитивные для здоровья ребенка факторы концентрируются и реализуются в семье, где он воспитывается.

Семья – важнейший социальный институт. Происходящие в настоящее время в семье и с семьей противоречивые процессы позволяют говорить о том, что институт семьи находится в глубоком кризисе, а в развитии семьи появились новые тенденции, которые имеют серьезные социальные последствия и для семьи, и для детей, которые в них воспитываются.

³¹ Постановление Губернатора МО от 03.08.2006 г. № 101-ПГ «Об утверждении Положения об организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, находящимися в обстановке, представляющей угрозу их жизни и здоровью» <http://publication.pravo.gov.ru>.

³² Постановление Правительства МО от 27.09.2010 г. № 711/40 «О заключении соглашения между фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и Правительством МО об обеспечении деятельности на территории МО детского телефона доверия (службы экстренной помощи) с единым общероссийским номером» <http://publication.pravo.gov.ru>.

На фоне социально-экономических процессов, социального расслоения общества происходит распад института семьи, брака. Так, практически каждый четвертый ребенок (24,6%) рождается у женщин вне зарегистрированного брака [Росстат, 2019].

Особое внимание требуют неполные семьи, возникшие в результате внебрачной рождаемости. По данным статистики, в России около 20 млн человек (13%) – с уровнем дохода ниже прожиточного минимума. Доля малоимущих с детьми составила в 2019 году 23,6% [Росстат, 2019].

Развод имеет серьезные социальные и демографические последствия: снижение дохода семьи из-за неуплаты алиментов отцами, рост неблагополучных семей [Елисеева Ж.М., 2020].

В семье находят отражение все социальные проблемы общества. Беспокоит рост в неполных семьях [Аквазба Е.О., 2020; Бурова С.Н., 2020; Дьяченко Е.В., 2020, Кузьминский Е.Г., 2020] значительней, чем в полных, числа правонарушений несовершеннолетних [Кентимирова Г.А., 2018; Киселева Ю.С., 2020; Куликова Т.И., 2020], девиантного поведения, беспризорности, наркомании, алкоголизма среди подростков [Кузнецова Е.В., 2020; Леонтьева А.С., 2020; Мезенцева О.И., 2020], случаев жестокого обращения с детьми, пренебрежение их потребностями [Насурова З.А., 2020; Пац Н.В., 2020; Прокофьева Л.М., 2020].

В семьях неполного типа отмечается обилие медико-социально-психологических проблем, часто обусловленных их малообеспеченностью [Савельев В.Н., 2018; Киселева Ю.С., 2020; Киряева Д.А., 2020; Куликова Т.И., 2020]. Как результат – значительно снижается покупательная способность семьи, сокращается потребление основных продуктов питания, обеспечивающих полноценный рост и развитие ребенка, что негативно отражается на его физическом и психическом состоянии. Нерациональное питание, низкое качество материнского/отцовского ухода вследствие нехватки времени и перегруженности работой, несоблюдение принципов здорового образа жизни, невыполнение санитарно-гигиенических требований, неблагоприятные жилищно-бытовые условия. Это характеризует семьи неполного типа как семьи социального риска,

нуждающиеся в организации эффективной медико-социальной работы [Hamidi H., 2019; Hollman A. K. et al., 2019; Салчак А.М., 2020].

Социально-медицинские проблемы в неполных семьях усугубляются психологическими трудностями, присутствующими в межличностной сфере и межличностных отношениях членов семьи: обида, угнетенность, чувство неполноценности детей [Дьяченко Е.В., 2020; Кузьминский Е.Г., 2020; Вегеря А.А., 2021].

В неполной семье ребенок лишен образца того, как должны вести себя мужчина и женщина в различных ролевых ситуациях [Салчак А.М., 2020; Томгорова Г.Н., 2020; Федоров А.Ф., 2020].

Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, педагогическая неграмотность родителей, неправильное воспитание детей, злоупотребление родителями алкоголем и наркотическими веществами – все эти факторы увеличивают вероятность нарушения в психическом здоровье детей [Филиппова Н.В., 2017; Коротько О.С., 2020; Коджаспиров А.Ю., 2020].

Имеются данные о росте отклонений в нервно-психическом и физическом развитии детей, обучающихся в образовательных учреждениях нового типа – лицеях, гимназиях, частных школах, учебных заведениях с расширенным содержанием образования, где резко повышены требования [Айзман Р.И., 2019; Корякина Т.Г., 2020; Гут Ю.Н., 2020; Кузьминский Е.Г., 2020].

Многие авторы отмечают, что дети в неполных семьях большую часть свободного времени проводят за компьютерами и телефонами, что негативно сказывается на их психическом здоровье и приводит к снижению зрения [Безенков К.Е., 2017; Бубликова А.А., 2018; Гаврикова О.Ю., 2015; Герасимова В.С., 2021].

В исследованиях Н. В. Полуниной и др. [Кравченко И.А., Полунина Н.В., Полунин В.С., 2019] проведен анализ, который показал наличие взаимосвязи психологического неблагополучия в семьях с детьми и частотой возникновения у них различных заболеваний, замедление физического и нарушение нервно-психического развития. Эти данные определяют необходимость серьезного внимания к планированию и проведению системных мероприятий по оценке

состояния семейных характеристик путем проведения патронажа семей с целью выявления неблагоприятных и опасных факторов для здоровья детей.

Исследования по вопросу влияния стрессовых ситуаций на состояние здоровья детей показывают, что факторы социально-экономической, социально-психологической и семейной обстановки крайне негативно влияют на психологическое состояние ребенка и отражаются на его здоровье.

Д. П. Дроздова (2021) исследовала современные проблемы страхов у детей и установила, что дети сталкиваются с непониманием и отстраненностью как в семье, так и в микросоциальных коллективах (детских дошкольных учреждениях), как результат – формирование различного рода страхов: «наказания», «неудачи», «неприятия микросоциальной группой».

Б. А. Никишин (2021) описывает тяжёлые условия жизни детей в блокадном Ленинграде. Юные ленинградцы росли в условиях голода и холода, под постоянными взрывами снарядов и бомб. Тревожная обстановка способствовала тому, что дети очень быстро повзрослели. Они наравне со взрослыми работали на промышленных предприятиях и колхозных полях, разбирали завалы разрушенных зданий, очищали дороги и трамвайные пути, тушили зажигательные бомбы и пожары. Эти данные говорят, с одной стороны, – о больших адаптивных возможностях детей и необходимости избегания гиперопеки, а с другой – являются хорошей иллюстрацией негативного влияния окружающей ситуации на здоровье детей.

Д.Д. Кочкина (2020) пишет о духовной основе формирования здоровья детей. Автор отмечает важную роль православных приходских священников в создании ценностно-нормативных основ здорового образа жизни детей и их родителей. Семья, придерживающаяся православных традиций и канонов без фанатизма, – гарантия формирования здоровой личности. О необходимости формирования в семье и школе ценностной значимости сохранения и укрепления здоровья отмечается многими авторами [Васильев О.В., 2018; Елизарова Е.Б., 2020].

Н.В. Горских (2021) отмечает важность формирования традиций празднования в семьях с детьми. Совместные праздники сплачивают семью,

формируют положительный психологический климат семьи, создают атмосферу радости и единения. Все это способствует нормальному нервно-психическому развитию детей, их здоровью.

Т.А. Козлова (2020) раскрывает возможности игры как социокультурной практики социализации детей. Подчеркиваются широкие возможности использования игровой практики для формирования навыков, важных для здоровья: гигиенических, безопасности. Вовлечение родителей в игровую деятельность сближает их с ребенком, создавая атмосферу доверия.

Это предполагает необходимость сотрудничества специалистов по игровым технологиям, педагогов дошкольного образования с врачами-педиатрами, детскими психологами, а также с родителями детей.

Представляет интерес ряд исследований по выявлению факторов риска для здоровья ребенка в семье. Важное место в формировании здоровья занимает правильное питание [Васильева Т.П., 2012; Чепрасов В.В., 2018; Фелик С.В., 2018], соблюдение элементарных норм личной гигиены [Лучкова А.А., 2017; Гаврюшина К.А., 2017], физическая активность ребенка [Маркова А.И., 2007; Чепрасов В.В., 2018] и занятие спортом [Марченко И.Н., 2017; Климук Л.М., 2018; Ситникова Л.Н., 2018], медицинская активность [Дымова И.А., 2017], своевременная вакцинопрофилактика [Доценко Т.М., 2017; Картавых А.К., 2020].

Обосновано влияние отдельных компонентов образа жизни семьи на здоровье детей [Кожина Е.В., 2014; Иванов А.В., 2015; Ковальжина Л.С., 2016; Капранов С.В., 2017; Коньшина Ю.Е., 2017; Кучма В.Р., 2018; Липанова Л.Л., 2018; Нечаев В.С., 2021].

Ряд работ свидетельствует о наличии связи между состоянием здоровья родителей и детей [Матыгина К.К., 2017; Смирнова Е.В., 2017; Шмелев А.Е., 2018; Бахтина С.В., 2020; Голубева Е.В., 2020].

Исследования, проведенные Т. П. Васильевой и др. (2012), показали, что 45,2% семей, воспитывающих ребенка, имеют недостаточный уровень здоровья и нуждаются в медицинском наблюдении.

При наличии хронической заболеваемости у взрослых членов семьи, как свидетельствуют исследования [Кравченко И.А., 2019; Долгушина Н.А., 2019], у детей также часто отмечается подобная заболеваемость, которая развивается в разные возрастные периоды у разных детей одной семьи, при этом увеличивается и острая заболеваемость. Так, установлено, что в семьях, где взрослые члены семьи страдают хроническими заболеваниями, уровень заболеваемости детей острыми и хроническими заболеваниями соответственно в 2,2 и 2,6 раза выше по сравнению с семьями, где их нет.

Главенствующую роль в профилактике нарушений здоровья детей играет образ жизни родителей [Савельев С.Н., 2018]. В семьях, где родители занимались физической активностью регулярно (7,1%) или их занятия были нерегулярными (50,9%), доля детей, регулярно занимавшихся физическими упражнениями (7,6%) или занимающихся физической культурой нерегулярно (60,7%), были практически одинаковыми, следовательно, пример физической активности родителей является одним из главных факторов формирования у ребенка установок на здоровый образ жизни.

К формированию хронической патологии уже в первые годы жизни детей ведет нарушение ухода за ребенком и его лечение со стороны семьи, то есть невыполнение медицинской функции. Так, при прослеживании групп здоровья детей по годам жизни, начиная с первого года жизни ребенка, в семьях с нарушениями ухода и лечения детей и в семьях без таких нарушений [Киселева Ю.С., 2020; Киряева Д.А., 2020] выявлено, что к пятому году жизни только 10% сохранили полноту здоровья, тогда как при правильном уходе – 55,0%. В раннем детском возрасте целенаправленно необходимо развивать медицинскую (профилактическую) функцию семьи, прививать родителям соответствующие знания, навыки, умения.

В то же время, по данным исследовательских работ [Старовойтова Е.Л., 2017; Макан А.А., 2018; Мамедова Л.В., 2018; Сидорова И.Г., 2018], состояние информированности родителей детей о заболевании ребенка, правильном образе жизни, мерах профилактики и лечения очень низкая. Так, результаты отдельных

исследований [Гаврикова О.Ю., 2015] отмечают отсутствие у родителей верных представлений о здоровом образе жизни: более половины респондентов отметили некомпетентность в этих вопросах, а четверть затруднились в ответе, при этом 2/3 опрошенных испытывают потребность в достоверной информации, а в каждой второй семье имеется не восприятие ценности «здоровье» [Елизарова Е.Б., 2020].

По мнению Л.П. Чичерина (2021), родители еще недостаточно осознали свою роль в сохранении и укреплении здоровья ребенка, автор предлагает развивать медико-социальную помощь семье на основе межсекторального подхода.

При проведении лечебно-профилактических мероприятий детям важным аспектом является дифференциация семей по факторам социального, социально-психологического, экономического порядка, что позволяет систематизировать и скоординировать воздействия по нейтрализации негативных влияний на здоровье ребенка.

1.3. Медико-организационные аспекты оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях детям из семей разного типа, возможности социального взаимодействия

Медицинские, социальные, психолого-педагогические специалисты в соответствии с законодательством Российской Федерации несут ответственность за работу по воспитанию, образованию, охране здоровья, социальной защите и социальному обслуживанию детей. Поэтому для обеспечения охраны здоровья детей важным является сотрудничество и координация деятельности организаций различной ведомственной принадлежности (организации здравоохранения, органов внутренних дел, образования, социальной защиты населения и т. д.) [Рожкова Е.В., 2017; Зудин А.Б., 2017; Рожкова Е.В., 2017; Ахмадуллина Х.М., 2019; Шапкина Е.А., 2019; Чорный О.В., 2020; Демидко Д.Л., 2020;].

В современных условиях появилась потребность в разработке и создании новых механизмов, средств, форм и методов помощи детям [Щепин В.О., 2021], основанных на принципах мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового

характера с целью восстановления, сохранения и укрепления здоровья детей [Власов О.В., 2019].

Система взаимодействия по решению проблем со здоровьем и социальным благополучием детского населения включает медико-социальные службы: здравоохранения; социальной защиты (центры социальной помощи семье и детям); внутренних дел (центры временной изоляции и отделы профилактики правонарушений несовершеннолетних); образования (отделы охраны детства; психологическая службы учреждений дополнительного образования; учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей). Координация деятельности учреждений и служб по решению медико-социальных проблем детского населения возлагается на администрацию субъектов и муниципальных образований Российской Федерации.

Для организации эффективной помощи в детской поликлинике необходима ориентация прежде всего на профилактическую работу, решение медико-социальных и психологических задач: сохранение и укрепление психического и физического здоровья детей и их родителей, формирование навыков и культуры здорового образа жизни, защиту прав детей, профилактику детской инвалидности, охрану репродуктивного здоровья и формирования ответственного отношения к проблеме планирования семьи [Демидко Д.Л., 2020].

Медико-социальная работа в детской поликлинике включает комплекс взаимосвязанных мероприятий – медицинских, социальных, экономических, правовых, психологических, педагогических. Весь этот комплекс ориентирован на преодоление жизненных трудностей, сохранение и укрепление здоровья (физического, психического, нравственного), создание благоприятных условий для жизнедеятельности [Гредасова Е.М., 2021]. На эту многостороннюю деятельность должна быть направлена работа медико-социальных отделений в составе детских поликлиник, целевая направленность которых связана с достижением максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации детей с различной патологией, социально неблагополучных. Однако, как показывают исследования [Огнева Е.Ю., 2018], говорить о полной реализации этой цели пока далеко в связи

с большим количеством нерешенных проблем организационного и технологического порядка.

Следует заметить, что медицинские работники на практике выполняют ряд функций социальных работников: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегративные. Так, врач-педиатр должен осуществлять деятельность по формированию установок на здоровый образ жизни; предупреждению социально зависимых отклонений в соматическом, психическом и репродуктивном здоровье, а также обеспечивать доступ к информации по вопросам сохранения здоровья, профилактики его нарушений и др. [Феррара П., 2017; Хабриев Р.У., 2017; Отпущенкова Т.В., 2018; Ахантьева Н.В., 2020]. Необходима и желательна плановая пропаганда правильных образцов здорового образа жизни среди молодых родителей; включение в комплексные планы работы кабинетов здорового ребенка в составе детских поликлиник данных вопросов [Егорова М.С., 2018; Потупчик Т.В., 2020].

Авторы отмечают [Огнева Е.Ю., 2018; Власова О.В., 2019; Прокофьева Л.М., 2020], что особенностью обслуживания детей из семей неполного типа является проведение более частых и активных патронажей на дому. Это не только делает возможным наблюдение за реальными взаимоотношениями, получение реальной информации о бытовых условиях проживания ребенка, но и проведение профилактических бесед со всеми ее членами. Особенно это относится к неблагополучным семьям. Приход медицинских работников оказывает дисциплинирующее действие, позволяет предупредить кризисные ситуации, обеспечить реализацию индивидуального подхода к оказанию медико-социальной помощи.

Предлагается создавать семейные центры (клубы, кабинеты) отдыха, оздоровления и восстановления молодых семей, организовывать родительские клубы (встречи, лектории), циклы бесед о правильном воспитании детей, профилактике заболеваний, здоровом образе жизни [Мартынова Н.А., 2017; Ковальчук М.Ю., 2018; Куликова Т.И., 2020]. Клубная форма работы с семьями широко развита в странах Европы и показала свою эффективность [Adler N.E. et al.,

2003; Carroll K. et al., 2003; Berg-Nielsen T., 2012; Darras K.E. et al., 2019; Akimova L.A., Chikeneva I.V., 2019; Hamidi H., 2019; Hollman A.K. et al., 2019].

Исследования [Феррара П., 2017; Отпущенкова Т.В., 2018; Рыков М.Ю., 2019] выявили недостаточную подготовку участковых педиатров по вопросам, связанным с характеристикой семей, в которых воспитываются дети из прикрепленного контингента. Более половины опрошенных врачей не смогли назвать общего числа семей, в которых проживают обслуживаемые ими дети, не говоря уже о семьях группы «социального риска».

Анализ зарубежного опыта оказания медико-социально-психологической помощи детям из семей неполного типа в поликлинических условиях показал, что наибольшая эффективность достигается при взаимодействии медицинских специалистов с социальными службами и психологами [Adler N.E. et al., 2003; Blakely T. et al., 2003; Dahl E., 2006; Hofoss D., Falkum E., 2006]. Особенное значение в работе с семьей в развитых странах придается персонализированному методу, основными формами которого являются оказание помощи, комплексное консультирование семей на пролонгированной основе, а также кризисное консультирование [Leppink J. 2017; Marmot M., 2004; Maryam Seraji, 2016; Namazova-Baranova L.S., 2020; Pelargos P.E. et al., 2017; Salman Alsaqri, 2020; Stolaki A., 2020].

В современной практике медико-социальной работы специалистов развитых стран получила так называемая «интегративная модель» деятельности, в частности, комплексная модель работы с семьей по уровню функционирования [Kapral M.K. et al., 2002; Kennedy B.P. et al., 2008; Leahy S. M., Holland C., 2019].

В США и многих европейских странах практика семейных врачей ориентирована на улучшение межличностного взаимодействия в семье. Особенно в период преодоления трудных ситуаций в ходе эволюции семьи [Kim S. Y. et al., 2017; Khaled Freeh, 2018; Kopp T., Riekert M., 2018; Krawczyk D.C., 2018; Lu W., 2019; Mohd Saleem, 2020].

Такое вмешательство включает в себя следующие этапы: определение проблемы и установление контакта; сбор и оценка данных, сведений; планирование

и заключение контракта; установление альтернативных вариантов вмешательства и выбор необходимых направлений деятельности; мобилизация внутренних ресурсов самой семьи; привлечение внешних источников и ресурсов социальной помощи; завершение процесса и итоговая оценка [Alemán-Díaz A. Y. et al., 2018; Boshra A. et al., 2020; Boshra A. Arnout, 2020]. В процессе взаимодействия с семьей важным является соблюдение принципов: «гуманизма», «объективности», «системности», «фамилиоцентризма», «толерантности», «позитивного образа семьи» [Darras K. E. et al., 2019; Stolaki A., Economides A. A., 2018; Yakobus Siswadi, 2018]. Анализ литературы показал, что имеются разные направления совершенствования организации медицинской и другой помощи детям из семей неполного типа. Некоторые исследователи делают акцент на повышении подготовленности, улучшении организации личной работы и снижении нагрузки на педиатров участковых [Crowther S. et al., 2017. Murnane R. J., 2016; Hossein Dargahi, 2016; Зайцева И.А., 2020, Турдубаева Э.К., 2020]. Авторы видят решение данной проблемы в развитии технологий поддержки принятия врачебных решений, дебюрократизации работы, развитии дистанционных технологий профессионального развития [Andreev E.M. et al., 2013; Asthana S., 2014; Chen M., 2018; Chang Q. et al., 2019].

В немалом числе научных работ отмечается снижение качества работы первичного звена педиатрической службы, детских поликлиник, в том числе в части проведения профилактической работы среди детей и их родителей [Сукманова Е.Н., 2017; Economides A. A., 2018; Yakobus Siswadi, 2018; Кочепасова А.Ю., 2019]. Многие вопросы медико-социальной помощи детям в первичном звене здравоохранения разрабатываются в рамках концепции социальной педиатрии [Кравченко И.А., 2019]. В связи с этим авторы предлагают разные направления совершенствования медицинской помощи детям: создавать благоприятные условия для грудного вскармливания детей в условиях детских поликлиник [Власова О.В., 2019]; внедрять специальные образовательные программы по уходу за ребенком в кабинетах здорового ребенка детских поликлиник [Дворецкая Т.Н., 2017]; повышение эффективности профилактической

работы с детьми из неполных семей в центрах здоровья, а также модель трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей [Ведерникова О.Б., 2019, Пастбина И.М., 2019]; повышение роли отделений медико-социальной помощи поликлиники в профилактике и реабилитации детей из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации [Крестьянцева М.М., 2020]; улучшение доступности медицинской помощи детям из неполных семей путем повышения уровня информатизации детских поликлиник [Огнева Е.Ю., 2018]; повышение роли сестринского персонала в проведении профилактической работы с семьями [Соколовская Т.А., 2017]; реализация инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» [Шер С.А., 2017; Лебедева Е.В., 2020]; совершенствование организации психологической помощи неполным семьям, воспитывающим ребенка и улучшение взаимодействия педиатров с психологами [Боголюб Л.В., 2017; Гут Ю.Н., 2020]. Предлагается также развивать сонатал-педагогику как технологию социальной и профилактической работы с неполными семьями [Карташова Ю.В., 2018; Джабраилова Л.Х., 2020; Иванова О.И., 2020]; улучшать взаимодействие детской поликлиники и общеобразовательной школы по формированию здоровья и профилактике заболеваний у детей из неполных семей [Капизова Л.Г., 2017; Чедов К.В., 2019; Овсянникова Е.А., 2020]; проводить педагогическое просвещение родителей детей из неполных семей [Матыгина К.К., 2017; Смирнова Е.В., 2017]. Подготовка участковых педиатров – основа эффективного развития амбулаторной педиатрии, считают авторы [Отпущенкова Т.В., 2018; Гундаров И.А., 2019]. Для повышения трудовой мотивации врачей-педиатров предлагается развивать рейтинговую оценку их деятельности, в том числе в части оказания помощи неполным семьям.

В функциональном плане исследователями отмечается необходимость расширения функций кабинета здорового ребенка детских поликлиник, в том числе в части работы с семьей [Елисеева Ж.М., 2020], а также повышение роли специалистов-психологов [Коджаспиров А.Ю., 2020; Овсий В.В., 2020].

Поскольку большую часть времени дети проводят в организованных коллективах (дошкольных учреждениях и школах), то на них возлагается серьезная

ответственность по сохранению по созданию благоприятных условий для формирования и укрепления здоровья [Айзман Р.И., 2019; Гредасова Е.М., 2021]. В этом смысле большая роль принадлежит педагогам, их профессиональному умению наладить партнерские отношения с детьми и родителями [Сорокина Н.В., 2020], а также осуществлять педагогическое просвещение [Şehrinaz Polat, 2017; Siegrist V. et al, 2018], повышать информированность школьников [Капизова Л.Г., 2017; Чедов К.В., 2019], помогать подготовке семьи к школе [Попова Т.В., 2018], формировать культуру здоровья [Инглик Т.Н., 2012; Ворошилова В.М., 2017; Латыговская О.Д., 2017; Татарина Ж.А., 2017; Антипова Е.В., 2017; Бичева И.Б., 2018; Мамедова Л.В., 2018], способствовать адаптации подростков [Семенова О.А., 2020], вместе с медицинскими работниками способствовать оздоровлению детей [Ведерникова О.Б., 2019; Линденбратен А.Л., 2020]. При этом могут применяться различные технологии работы: личный пример, игровой метод, формирование правильных эфферентных образцов, проведение совместных мероприятий и родительских клубов, подготовка презентаций и фильмов на оздоровительную тематику [Yiu V. et al., 2009; Дворецкая Т.Н., 2017; Головки Т.И., 2018; Герасимова С.Л., 2020; Костанов Д.Р., 2021]. Важно создавать, пропагандировать и внедрять в семьях «модель здоровой семьи» [Соколовская Т.А., 2018].

Активизация собственного потенциала «здоровой» семьи позволяет не только стабилизировать и устойчиво развивать семью, но и является примером для подражания другим семьям. Примером включения таких семей в деятельность социальных служб является оригинальная модель «контактных семей» [Шмелев А.Е., 2018; Abraham Binu, Raj Sunil, 2014; Cakiroglu U. et al., 2017; Datu J.A. et al, 2018; Bagrow J.P. et al., 2019].

В настоящее время в ряде медицинских вузов страны созданы кафедры семейной медицины [Гаврюшина Е.С., 2017; Бахтина С.В., 2020; Власова О.В., 2019]. Одновременно с этим внедряется цикл специализации «семейная медицинская сестра», существенно расширяющий сферу деятельности медсестры, позволяя оказывать не только лечебную, но и психологическую, социальную и

другие виды помощи, проводить работы по оздоровлению семьи [Марченко И.Н., 2017; Огнева Е.Ю., 2018].

Наиболее эффективный результат в социально-педагогической работе с семьями дает включение в нее волонтеров из числа благополучных, «здоровых» семей [Startield B., 2000; Winkleby M.A. et al., 2002; Weissman M.M., 2002; Whiffen V. E., 2003; Michal F., Grigor K.M. et al., 2003; Murray C.J.L., Lopez A.D., 2004; Абраменко И.М., 2020]. Милосердие, участливое отношение к людям – одна из главных добродетелей. Именно на этой добродетели основано волонтерство. Волонтеров еще называют добровольцами: сочетание слов «добро» и «воля».

Реализации принципа волонтерства в современной России посвящено достаточно много работ [Баранов А.А., 2013; Шабунова А.А., 2017; Ботнарь Д.Ю., 2020; Веселова Н.Ю., 2020; Мамедова А.О., 2020; Касьянов В.В., 2020; Жукова Л.А., 2020; Исаева Е.А., 2020; Козырева Ф.Т., 2020; Кучеренко П.А., 2020; Семенова О.А., 2020; Сокольская Л.В., 2020; Турдубаева Э.К., 2020; Чернявский Н.И., 2020; Челнокова Е.А., 2020; Яковлева А.В., 2020]. Однако данное направление социального служения в нашей стране еще только «набирает обороты». Много, что было наработано в советский период (пионерия, комсомол), было утрачено. В отличие от нашей страны, волонтерство в США прививается с детства [Şehrinaz Polat, 2017; Siegrist V. et al, 2018; Saurabh S., Gautam S., 2019; Shamooun Noushad, 2019; Shen C., Ho J., 2019; Shoufan A., 2019; Salman Alsaqri, 2020]. Появилось понятие – «дети-волонтеры» [Абраменко И.М., 2020]. Добровольные помощники экономят бюджет организаций, с их помощью различные медико-социальные программы реализуются намного качественнее и быстрее [Saurabh S., Gautam S., 2019; Shamooun Noushad, 2019; Shen C., Ho J., 2019; Shoufan A., 2019].

Социальное партнерство представляет собой тип социальных отношений, взаимодействия многообразных социальных групп и государственных институтов [Семенова О.А., 2020; Рожкова Е.В., 2017]. Государственно-общественное партнерство отвечает логике тенденций проектирования современного здравоохранения [Зудин А.Б., 2017; Ахмадуллина Х.М., 2019].

1.4. Результаты контент-анализа проблемного поля сохранения и укрепления здоровья детей в семьях разного типа

Данные контент-анализа проблемного поля вопросов исследования здоровья детей в семьях разного типа представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Сводные данные контент-анализа проблемного поля вопросов исследования здоровья детей в семьях разного типа

Аспекты	Источники	Выводы
Государственная идеология и политика в отношении детей	3, 56, 89, 90, 94, 95, 105, 165, 177	Необходимость выделения государственных приоритетов здоровьесбережения детского населения
Результаты переписи населения (2010 г.)	50	Рост числа неполных семей. Снижение уровня благосостояния семей
Заболеваемость детей	6, 34, 53, 54, 72, 73, 88, 114, 115, 125, 139, 142, 145, 149	Увеличение доли длительно и часто болеющих детей. Рост заболеваемости
Здоровье детей	37, 40, 41, 48, 153, 154, 155, 156, 161, 162, 166	Уменьшение доли детей с 1-й группой здоровья. Увеличение частоты факторов риска здоровью
Культура здоровья детей и родительской семьи	8, 21, 66, , 71, 84, 86, 87, 92, 100, 102, 121, 140, 152, 163,	Высокая частота отклонений от принципов здорового образа жизни среди детей и родительских семей. Отсутствие навыков сохранения здоровья. Низкий уровень знаний о принципах сохранения здоровья и профилактики заболеваний
Факторы риска здоровью детей	7, 18, 26, 36, 47, 58, 66, 71, 84, 86, 87, 90, 96, 97, 111, 112, 119, 174	Высокая распространенность курения, употребления психоактивных веществ, конфликтных ситуаций, нарушения питания, компьютерной зависимости, среди детей. Низкая медицинская активность семей, в том числе в отношении вакцинопрофилактики
Проблемы семьи	2, 5, 12, 29, 30, 44, 46, 64, 65, 68, 69, 80, 81, 82, 93, 103, 106, 107, 118, 128, 157, 160, 192, 198, 199, 205, 215, 217, 228, 230, 231, 232, 233	Рост числа неполных семей. Повышенная нагрузка по содержанию и уходу за ребенком у одиноких матерей. Отказ отцов в воспитании детей. Снижение доходов семей. Снижение ценности здоровья в семьях. Увеличение доли семей-мигрантов

Продолжение таблицы 1

Аспекты	Источники	Выводы
Организация амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей неполного типа	20, 31, 61, 120, 164, 165	Снижение качество работы врачей-педиатров. Повышение роли кабинета здорового ребенка в организации. профилактической помощи семье. Снижение уровня подготовленности, в том числе профилактической враче-педиатров. Необходимость развития психологической и медико-социальной помощи семьям, воспитывающим детей, в условиях поликлиники. Развитие систем поддержки принятия решений врача-педиатрами.
Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка	9, 19, 42, 70, 76, 116, 117	Высокий уровень внутрисемейной конфликтности. Распространенность девиантного поведения среди подростков. Нарушение психологической адаптации в организованных детских коллективах. Нарушение взаимопонимания детей с родителями. Детские страхи
Роль ДДУ и школ в обеспечении сохранения и укрепления здоровья детей	1, 17, 33, 39, 55, 57, 59, 62, 67, 109, 171, 195, 200, 203, 208, 210, 213, 231	В школах и ДДУ должны быть создана здоровьесберегающая среда для детей. Педагоги должны осуществлять просветительскую работу по вопросам сохранения и укреплению здоровья ребенка в семье. Должны проводиться совместная (родители-педагоги-врачи педиатры) подготовка ребенка к школе, помощь в адаптации. Формировать в процессе обучения и воспитания детей культуру здоровья. Педагогический состав ДДУ совместно с врачами должен принимать участие в оздоровлении дошкольников. Использовать игровые методы для формирования у детей здоровьесберегающего поведения. Создание родительских клубов при детских поликлиниках для обсуждения вопросов сохранения здоровья детей. Проведение конкурсов и викторин под общим названием «Здоровье и Я»
Развитие социального волонтерства, межсекторального взаимодействия и партнерства в решении проблем семьи, воспитывающей детей	32, 38, 52, 56, 126, 172, 175	Необходимо развивать волонтерскую помощь семьям с детьми

Резюме к главе 1

Таким образом, системный анализ источников отечественной и зарубежной научной литературы показал, что в спектре проблем охраны здоровья семей полного и неполного типа с детьми имеет место высокая распространенность факторов, опасных для здоровья. Материалы статистики и специальных научных исследований показывают, что у государственной поддержки и защиты детства, ее реализации на местах остается большое поле деятельности. При организации медицинской помощи детям важны программно-целевой подход, межсекторальные взаимодействия, учет региональной специфики, приоритет профилактических мер, особое внимание детям, оказавшимся в неблагоприятной ситуации. Однако, несмотря на разнообразие предложений по совершенствованию медицинской помощи детям, недостаточно работ, предлагающих системный взгляд на проблему, учитывающих роль факторов медико-социально-психологического профиля семьи ребенка, тип семьи, а также медико-организационные условия оказания помощи, что требует проведения углубленного исследования. Практически отсутствуют исследования о роли социального волонтерства, стейкхолдерства в оказании помощи врачам-педиатрам участковым по оказанию медицинской помощи неполным семьям, воспитывающим ребенка.

Глава 2. БАЗА, ПРОГРАММА И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Понятийный аппарат исследования

Семья (по определению ВОЗ) – это группа лиц, связанных кровным родством или свойством через брак, общим бюджетом, жилищем, внутрисемейной взаимностью и объединенных общими духовными ценностями.

Неполная семья – семья, в которой только один родитель проживает совместно с детьми, содержит и воспитывает их. При этом неполной семьей не признается та, в которой супруги не проживают вместе, но брак официально не расторгнут (ГОСТ Р 52495-2005: Социальное обслуживание населения. Термины и определения).

Здоровая семья (по определению ВОЗ) – это семья, не подверженная деструктивному, психологическому и социальному влиянию и способная воспроизводить здоровое поколение.

Домохозяйства, имеющие в своем составе неполные семьи, – домохозяйства, в составе которых имеется хотя бы одна семья с одним родителем и ребенком 0–18 лет (Росстат).

Социальное партнерство – тип социальных отношений, взаимодействия многообразных социальных групп и государственных институтов, который позволяет им свободно выражать свои интересы и находить цивилизованные способы их гармонизации и реализации в процессе достижения общей цели.

Часто болеющие дети – четыре и более случаев заболевания в год.

Организационные партнеры (стейкхолдеры) – это те организации, которые помогают детской поликлинике реализовывать задачи по оказанию доступной и качественной медицинской помощи детям, в том числе из неполных семей.

2.2. Характеристика базы и программа исследования

Исследование предусматривало этапную реализацию поставленной цели и задач: первый этап (2013–2016 гг.) – «анализ данных отечественной и зарубежной литературы, составление программы и плана исследования, составление форм для

сбора материала»; второй (2016–2019 гг.) – «сбор материала, проверка и группировка данных, их контроль, формирование таблиц и построение диаграмм»; третий (2019–2021 гг.) – «анализ, обобщение и интерпретация результатов, подготовка практических рекомендаций, их апробация в практическом здравоохранении, оценка эффективности».

База исследования: г. Раменское, Московская обл., ГБУЗ МО «Раменская ЦРБ», детская поликлиника.

Раменское – крупный (по своду правил Минстроя РФ) административный центр Раменского городского округа Московской области с численностью населения 123 тыс. человек. Амбулаторная педиатрическая помощь оказывается в округе 24 медицинскими организациями, в том числе в городе Раменское функционируют две детских поликлиники. Детская поликлиника при Раменской городской детской больнице обслуживает 20 000 детского населения. Мощность: плановая – 320 посещений в смену; фактическая – 540 посещений в смену. Организация имеет типовую линейно-функциональную организационную структуру, соответствующую принятым Порядкам оказания педиатрической помощи, но без отделения медико-социальной помощи.

Программа исследования отражена в таблице 2.

Таблица 2 – Программа исследования

Задачи	Методы	Источники информации и объем наблюдений
Проанализировать показатели заболеваемости и распространенности факторов риска, опасных для здоровья у детей, воспитывающихся в неполных и полных семьях	Социологический, статистический, документальный, выкопировки из меддокументации	Учетные формы: 112/у – «Карта развития ребенка», 26/у – «Карта ребенка ДДУ, школы», 30/у – «Карта диспансерного наблюдения». Объем: 33456 единиц анализа; 800 профосмотров
Дать сравнительную характеристику медико-социального профиля неполных и полных семей, воспитывающих детей и готовности к сохранению и укреплению их здоровья	Социологический, социально-психологический, аналитический, статистический	Анкета «Медико-социальная характеристика семей, воспитывающих ребенка», методика PARI. Объем: 800 родителей детей из полных и неполных семей
Оценить состояние амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей разных типов	Аналитический, экспертный, социологический, статистической обработки	Анкета для родителей «Мнение родителей детей о доступности и качестве медпомощи, реализации интересов детей на охрану здоровья»; карта экспертной оценки. Объем: 800 родителей, 800 случаев
Изучить вклад организационных и семейных факторов в снижение заболеваемости детей из неполных семей	Аналитический, сравнительного анализа, статистический	Источник информации: Материалы предыдущих этапов исследования
Научно обосновать и разработать предложения по совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи детям из неполных семей	Аналитический, моделирования, SWOT-анализа	Источник информации: материалы предыдущих этапов исследования

Объект исследования: случаи выявленного заболевания; семьи неполного и полного типа, воспитывающие детей до 14 лет, случаи оказания педиатрической помощи. Единицами наблюдения в зависимости от поставленных задач были приняты: случай заболевания; семья (неполная/полная), воспитывающая ребенка (до 14 лет); случай оказания поликлинической помощи ребенку в течение года;

Предмет исследования: медико-социально-психологические характеристики неполных и полных семей; здоровье детей до 14 лет из неполных и полных семей; качество и доступность медицинской помощи детям.

2.3. Методика исследования

План и программа исследования опиралась на использование комплекса методов: статистического, аналитического, экспертных оценок, теоретического, выкопировки данных из первичной документации, экспертного.

Объем выборочной совокупности рассчитывался по методике К.А. Отдельновой (1980). Согласно данной методике, для исследований с повышенной точностью (коэффициент точности $(K - 0,1)$ и доверительной вероятности $(P) 95,5\%$ вполне достаточен объем в 400 наблюдений. Особенностью исследования являлось формирование методом копий-пар основной (неполные семьи) и контрольной групп (полные семьи) по 400 единиц наблюдения, что позволило провести сравнительный анализ и выявить совпадающие и различающиеся характеристики.

На первом этапе решалась задача по изучению заболеваемости и распространенности факторов риска нарушения здоровья у детей, воспитывающихся в семьях разного типа.

Заболеваемость детей (по данным обращаемости и по результатам профилактических осмотров) изучалась на основе информации из учетной формы 112/у (Карта развития ребенка) в части сведений о частоте, поводе обращений, хронической патологии, прохождении медицинский осмотров; из учетной формы 26/у (Карта ребенка ДДУ, школы) в части поводов обращений к врачу, прививках,

результатах осмотра. Единица наблюдения – выявленное заболевание. Общий объем информации – 33 456 единиц.

На втором этапе исследования решалась задача по изучению медико-социального профиля семей разного типа.

В исследовании использована модернизированная «методика исследования семьи», предложенная О.В. Грениной (1996) и Д.И. Кича (2014). Информационной основой стал материал выкопировки данных из паспортов педиатрических участков и опроса родителей детей (0–14 лет). Проведен социологический опрос по анкете «Медико-социальная характеристика семей, воспитывающих ребенка» (приложение А). Карта опроса, включала четыре блока вопросов закрытого и полужакрытого типа, а именно: 1. Общий медико-социальный статус ребенка. 2. Анамнестические данные о развитии ребенка. 3. Самооценка мамой здоровья ребенка и медицинской активности семьи. 4. Семейный статус.

Для оценки психологического профиля семьи, воспитывающей ребенка до 14 лет использована методика PARI (parental altitude research instrument) [Шефер Е.С., Белл Р.К., Неццет Т.В.], которая предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли), включающая 20 вопросов.

Единица наблюдения: неполная и полная семья, воспитывающая ребенка до 14 лет. Выборочная совокупность составила 800 семей, воспитывающих ребенка (в условиях неполной и полной семьи).

На третьем этапе исследования оценивалось состояние медицинской помощи детям из семей полного и неполного типов в условиях детской поликлиники с позиции пациенториентированности и полноты реализации их потребности в помощи.

Объективная характеристика состояния доступности и качества медицинской помощи детям предусматривала использование метода экспертной оценки случаев оказания помощи данным детям с отражением их результатов в карте «Экспертной оценки доступности, качества и результативности оказания медицинской помощи детям до 14 лет в условиях детской поликлиники,

воспитывающихся в семьях разного типа» (приложение Б). Экспертиза проводилась специалистами, входящими в региональный реестр экспертов качества медицинской помощи, в том числе автором работы по результатам года наблюдения ребенка. Проведен анализ 800 случаев оказания медицинской помощи детям. При этом за единицу наблюдения взят случай амбулаторного наблюдения ребенка в течение года. В ходе экспертизы качества помощи реализовывались задачи по оценке частоты дефектов наблюдения детей в условиях поликлиники, их возможные причины, а также возможные пути, направления, средства и формы совершенствования помощи детям из неполных семей в амбулаторно-поликлинических условиях.

Дополнение экспертных данных социологическим опросом матерей в объеме блока «Мнение родителей о доступности, качестве и результативности медицинской помощи детям, воспитывающихся в семьях разного типа» анкеты № 1 позволило получить комплексную характеристику проблем обеспечения качества медицинской помощи детям. При этом единицей наблюдения являлась мать ребенка в возрасте от 0 до 14 лет. Всего опрошено 800 матерей.

Четвертый этап исследования был направлен на оценку вклада семейных и организационных факторов в снижение заболеваемости детей из неполных семей.

Для уточнения влияния факторов направленным отбором сформированы две группы сравнения: первая группа – семьи, имеющие длительно и часто болеющих детей с хроническими заболеваниями (180 детей из семей неполного типа); вторая группа – семьи, где дети не имели хронических заболеваний, редко болели (реже двух раз в год) (220 детей из семей неполного типа). Анализ факторов проводился по группам: медико-социальные, медико-организационные, социально-экономические. К семейным факторам отнесены: уровень материального благополучия, возрастная структура семьи, уровень образования матери, уровень удовлетворенности родителей взаимодействием с врачом-педиатром, медицинской информированности, уровень медицинской активности, психологические проблемы в семье, уровень реализации принципов здорового образа жизни в семье. К факторам медико-организационного порядка отнесены: факторы со стороны

медицинских работников, оказывающих помощь детям в условиях поликлиники (стаж работы, возраст, уровень квалификации, рабочая нагрузка врача), качество выполнения технологий лечения.

Пятый этап исследования был направлен на реализацию задачи «научного обоснования комплекса предложений по совершенствованию медицинской помощи детям в условиях детской поликлиники». Данные мероприятия реализовывались в период 2019–2021 годов на базе детской поликлиники г. Раменское Московской области по трем направлениям.

Эффективность внедрения предложений и практических рекомендаций анализировалась по динамике следующих индикаторов: изменению удовлетворенности семей помощью; изменению частоты заболеваний; изменению медицинской информированности и медицинской активности семей; достижению экономического эффекта от снижения ВУТ матерей по уходу за ребенком (в расчете на 1 вложенный рубль). «Экономического эффекта от снижения ВУТ матерей в связи с уходом за ребенком» (Ээф) рассчитывалась по формуле:

$$\text{Ээф} = (\text{Размер пособия по ВУТ в день} \times \text{Количество дней ВУТ матери ребенка до проведения мероприятий}) - (\text{Размер пособия по ВУТ в день} \times \text{Количество дней ВУТ матери ребенка после проведения мероприятий}) / \text{Затраты на реализацию.}$$

2.4. Общая социальная характеристика семей и детей групп наблюдения

За детской поликлиникой, явившейся базой исследования, закреплено 17 400 детей до 14 лет, из них 12 989 (74,6%) детей воспитываются в полных семьях, 3030 (17,4%) – в неполных, 1381 (7,9%) – в семьях смешанного типа. Отметим, что особенностью исследования являлось то, что группа сравнения (дети из полных многодетных семей) подбиралась методом копи-пар по возрастно-половому критерию.

Структура выборочной совокупности по полу и возрасту (по 400 из полных и неполных семей) в группах сравнения представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение детей (из полных и неполных семей) по возрасту и полу (абс. / %)

Тип семьи	Мальчики	Девочки	Возраст, лет			Всего
			до 3	3–7	7–14	
Неполная	180 (45,0%)	220 (55,0%)	100 (25,0%)	222 (55,0%)	78 (19,0%)	400 (100,0%)
Полная	180 (45,0%)	220 (55,0%)	100 (25,0%)	222 (55,0%)	78 (19,0%)	400 (100,0%)
Всего	360 (45,0%)	440 (55,0%)	200 (25,0%)	444 (55,0%)	156 (19,0%)	800 (100,0%)

Среди детей мальчики составили 45,0%, девочки – 55,0%. Доля детей младше 3 лет составляла 25,0%, 3–7 лет – 55,0%, 7–14 лет – 19,0%.

Распределение детей, взятых в группу исследования по посещению ДДУ и школ, представлено в таблица 4.

Таблица 4 – Распределение детей (из полных и неполных семей) по посещению детских дошкольных учреждений и школ (%)

Посещение детских коллективов	Тип семьи					
	неполная			полная		
	Возраст, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	3–6	7–14
Находится на домашнем воспитании	22,5	7,6	–	19,8	5,3	–
Посещает ДДУ	77,5	92,4	–	80,2	94,7	–
Учится в средней школе	–	–	97,7	–	–	98,1
Учится на дому	–	–	2,3	–	–	1,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из таблицы 4, дети из неполных семей чаще, чем дети в полных семьях, находятся на домашнем воспитании, учатся на дому.

2.5. Статистическая обработка данных и определение их достоверности

Для математической обработки данных использовался пакет прикладных компьютерных программ Microsoft® Office® Excel® 2019 (Microsoft Corporation, Tulsa, USA) и IBM® SPSS® Statistics 23.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA).

Уровень значимости был установлен как $p < 0,05$.

При проведении статистической обработки осуществлялась проверка нормальности распределения количественных признаков.

Для выявления достоверных различий между изучаемыми признаками был использован «критерий Стьюдента». При этом, если $t > 2$, то отличие – величина статистически достоверная. Для определения статистической значимости взаимосвязей качественных переменных производился анализ четырёхпольных таблиц с определением отношений шансов (ОШ) и их 95% доверительных интервалов (ДИ). Для изучения силы и направления взаимосвязи между изучаемыми характеристиками использовался метод ранговой корреляции Спирмана. Впоследствии производился расчет информативности факторов (J) по методу С. Кульбака. Прогностическая значимость факторов определялась методом нормированных интенсивных показателей (НИП) и весового индекса [Шиган Е.Н., 1986].

Представленная программа и методика исследования позволили на основе достоверных данных и адекватных методов их обработки реализовать достижение цели и решение задач.

Глава 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЯХ РАЗНОГО ТИПА

Для определения обоснованных решений по формированию мер совершенствования медицинской помощи детям необходимо выделить приоритеты, основанные в том числе на анализе данных о заболеваемости детей. В данной главе на основе комплексного анализа заболеваемости детей, воспитывающихся в семьях разного демографического типа, установлены особенности структуры и частоты заболеваемости среди детей из семей неполного типа.

3.1. Характеристика заболеваемости по данным обращаемости детей, воспитывающихся в семьях разного демографического типа

Сведения об общей одногодичной обращаемости, накопленные по данным трехлетней обращаемости и исчерпанная с учетом результатов медицинских осмотров заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет, воспитывающиеся в семьях разного демографического типа по состоянию на 2019 год, представлены в таблице 5. Уровень общей заболеваемости детей, воспитывающихся в неполных семьях, составил 3968,2 на 1000 детей, накопленной – 4497,9, исчерпанной – 5674,5 на 1000 детей, что в 1,5–1,7 раза выше, чем в полных семьях (соответственно: 2628,1; 3071,5 и 4005,0 на 1000 детей). Наиболее весомые различия ($p < 0,05$) отмечены по таким классам заболеваний, как: инфекционные и паразитарные болезни (показатель общей заболеваемости в неполных семьях выше, чем в полных, на 11,1%; накопленной заболеваемости – на 11,8%; исчерпанной заболеваемости – на 29,5%); травмы и отравления (соответственно: на 49,0; 21,1 и 25,2%), болезни органов пищеварения (на 37,0; 21,6 и 22,6%).

Таблица 5 – Общая заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет из семей разного демографического типа по данным одногодичной обращаемости и исчерпанная с учетом результатов медицинских осмотров (на 1000 детей)

Классы болезней по МКБ-10	Заболеваемость		
	общая	накопленная	исчерпанная
	показатели и их соотношение по типу семьи (неполная/полная)		
В целом	1,5 (3968,2* / 2628,1)	1,5 (4497,9 / 3071,5)	1,4 (5674,5 / 4005,0)
I. (A00-B99)	1,1 (127,4* / 113,4)	1,1 (136,0 / 120,0)	1,4 (220,0 / 155,0)
II. (C00-D48)	1,1(12,8 / 11,2)	1,1 (16,5 / 15,0)	1,1 (21,5 / 20,5)
III. (D50-D89)	1,0(29,1 / 27,9)	1,1 (30,6 / 28,5)	1,1 (45,0 / 43,0)
IV. (E00-E90)	1,2 (30,4 / 24,9)	1,2 (39,8 / 34,5)	1,1 (67,5 / 65,0)
V. (F00-F99)	1,6 (19,2* / 12,0)	1,6 (22,5* / 14,5)	2,7 (50,5* / 18,5)
VI. (G00-G99)	1,5(177,2* / 121,3)	1,6 (310,0* / 199,0)	1,3 (350,0* / 275,0)
VII. (H00-H59)	1,0 (152,5 / 145,0)	1,2 (205,5* / 170,0)	1,3 (330,0* / 260,0)
VIII. (H60-H95)	1,0 (50,6 / 49,8)	1,2 (110,0 / 95,0)	1,5 (150,0 / 99,0)
IX. (I00-I99)	1,1 (20,5* / 17,5)	4,1 (45,0* / 11,0)	2,8 (71,0* / 25,0)
X. (J00-J99)	1,6 (2465,5* / 1589,5)	1,5 (2560,0* / 1670,0)	1,7 (2850,0* / 1900,5)
XI. (K00-K93)	1,6 (155,6* / 99,5)	1,3 (241,0* / 189,0)	1,5 (350,0* / 271,0)
XII. (L00-L99)	1,4 (152,0* / 106,5)	1,3 (164,0* / 125,0)	1,3 (239,0* / 186,0)
XIII. (M00-M99)	2,7 (146,7* / 54,9)	1,7 (160,0* / 96,0)	1,6 (242,0* / 147,0)
XIV. (N00-N99)	1,9 (121,5 * / 62,5)	1,9 (125,0* / 67,0)	1,7 (210,0* / 125,0)
XVI (P00-P96)	1,6 (86,5* / 54,5)	1,2 (67,0 / 56,0)	1,1 (109,0 / 96,0)
XVII (Q00-Q99)	1,1 (37,8 / 35,7)	2,3 (90,0* / 39,0)	1,1 (127,0 / 120,0)
XVIII. (R00-R99)	1,6 (65,7 / 41,5)	1,2 (80,0 / 67,0)	1,1 (107,0 / 98,0)
XIX. (S00-T98)	1,9 (117,2* / 60,5)	1,3 (95,0 / 75,0)	1,3 (135,0 / 101,0)

Примечание. * Имеются достоверные различия ($p < 0,05$) между значениями в неполных и полных семьях.

Проведен сравнительный анализ возрастного профиля исчерпанной заболеваемости детей в полных и неполных семьях (рисунок 1).

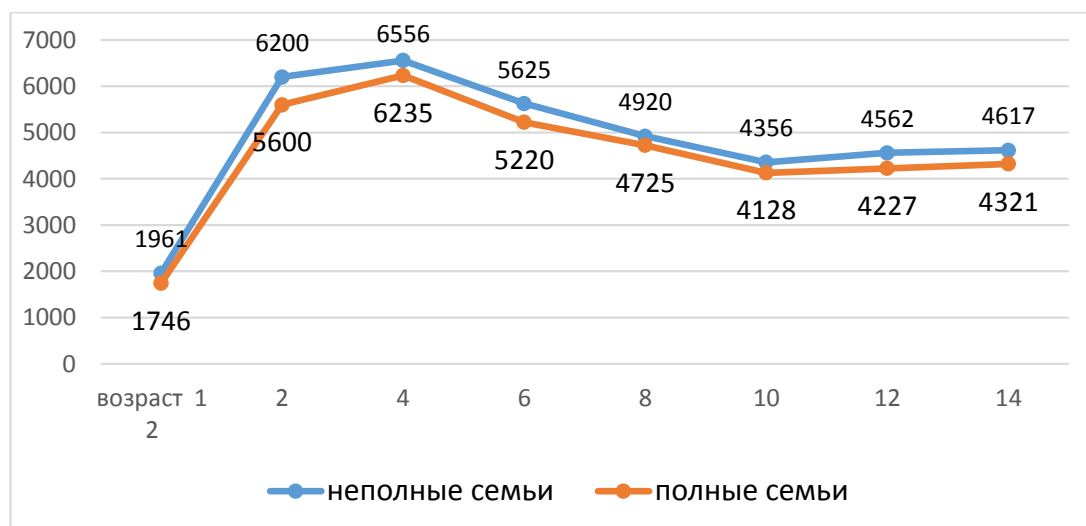


Рисунок 1 – Возрастной профиль исчерпанной заболеваемости детей в полных и неполных семьях (на 1000 детей)

Как видно из рисунка 1, имеется общая тенденция роста заболеваемости детей в первые годы жизни, затем ее снижение и стабилизация в подростковом возрасте. Однако у детей, воспитывающихся в неполных семьях, уровень заболеваемости выше, чем в полных, во всех рассматриваемых возрастных группах, при этом наиболее глубокий разрыв отмечается в возрастной период 2–4 года.

Распределение детей по наличию нарушений в состоянии здоровья при рождении в анамнезе (в объеме стр. 7 ф.112/у) в группах наблюдения представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Распределение детей (из полных и неполных семей) по нарушению в состоянии здоровья при рождении (%)

Состояние здоровья при рождении	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	3–6	7–14
Имелись серьезные нарушения	5,4	5,9	4,7	3,8*	4,1*	3,2*
Имелись несерьезные нарушения	73,1	71,7	74,4	71,7	72,1	74,1
Практически здоров	21,5	22,4	20,9	24,5	23,8	22,7

Примечание. * Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 6, в неполных семьях процент детей, имевших серьезную патологию при рождении, достоверно выше, чем в полных семьях (соответственно: 5,4; 5,9 и 4,7%, против 3,8; 4,1 и 3,2%) ($p < 0,05$).

В процессе исследования была изучена общая заболеваемость детей дошкольного возраста как наиболее важная характеристика, отражающая динамику состояния здоровья детского населения и имеющая значение для определения его уровня в дальнейшем, уровня инвалидизации детей и, в конечном счете, уровня здоровья трудоспособного населения.

Данные об общей заболеваемости детей первого года, воспитывающиеся в семьях разного демографического типа (по данным 2019 года), представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Общая заболеваемость детей до 1 года в группах сравнения (на 1000 детей) (по данным 2019 года)

Класс болезней по МКБ-10	Показатели и их соотношение по типу семьи (неполная/полная)
I. (A00-B99)	1,2 (54,45* / 45,62)
IV. (E00-E90)	1,3 (103,84 * / 81,95)
VI. (G00-G99)	1,5 (170,23* / 114,11)
X. (J00-J99)	1,1 (950,63* / 861,42)
XVI. (P00-P96)	0,7 (156,54* / 240,53)
XVII. (Q00-Q99)	1,1 (37,81 / 35,72)
В целом по всем нозологическим группам	1,1 (1961,5 / 1746,7)

Примечание. * Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 7, частота общей заболеваемости среди детей до 1 года из неполных семей выше, чем из полных (1961,5 и 1745,7 на 1000 детей соответственно) ($p < 0,05$). При этом отмечается значительное преобладание у детей, родившихся в семьях неполного типа, состояний в перинатальном периоде (407,4, против 331,5 на 1000 детей) ($p < 0,05$), инфекционные и паразитарные заболевания (53,5, против 44,7) ($p < 0,05$), болезней органов дыхания (951,6, против 861,9) ($p < 0,05$).

Наиболее значимое увеличение частоты патологии органов дыхания наблюдается в возрасте старше трех лет, составляя соответственно в трехлетнем возрасте – 2438,1‰ – 66,4% от всего уровня заболеваемости, в четырехлетнем – 3626,6‰, 72,3%, в пятилетнем – 3281,8‰ – 69,7%, а в шестилетнем – 3119,4‰ – 70,15%. Максимум частота заболеваний органов дыхания достигает в четырехлетнем возрасте, составляя 3626,6‰, так как дети этого возраста активно общаются между собой, посещают общественные места, практически все посещают детские учреждения, что способствует распространению возбудителя и, как следствие, увеличению частоты заболеваний. Далее частота патологии несколько снижается, дети обменялись возбудителями в детском учреждении, привыкли к вирусно-бактериальной среде своего района проживания. На втором месте в трехлетнем возрасте стоят «болезни глаза и его придаточного аппарата», распространенность которых составляет 7,9% от уровня всей заболеваемости, на третьем – болезни нервной системы (4,99%), на четвертом – болезни костно-мышечной системы (4,5%).

В неполных семьях в целом по всем возрастным группам 180 (45%) детей относились к длительно и/или часто болеющим и нуждались в оздоровительных мероприятиях.

3.2. Характеристика заболеваемости детей из полных и неполных семей по данным медицинских осмотров

Доля детей с I группой здоровья в полных семьях составляла 37,0%, в неполных – 18,0%; со II группой – 52,5 и 64,5%; с III–IV – 10,5 и 17,5% соответственно ($p < 0,05$).

Данные профилактических осмотров свидетельствуют о том, что частота отклонений в состоянии здоровья детей, воспитывающихся в семье неполного типа, достоверно выше ($p < 0,05$), чем в семьях полного типа, и составляет у детей от 0 до 14 лет – 1938,9 против 1878,8 на 1000 обследованных, в том числе среди детей до 3 лет – 1863,8 против 1258,9, в возрасте 3–7 лет – 2700,7 против 1862,3; 7–14 лет – 2880,7 против 1710,2.

Частота заболеваний, патологических состояний и функциональных расстройств, впервые зарегистрированных у детей 0–14 лет в результате профилактических осмотров (на 1000 детей), отражена в таблице 8.

Таблица 8 – Частота заболеваний, патологических состояний и функциональных расстройств, впервые выявленных у детей 0–14 лет по данным профилактических осмотров (на 1000 детей)

Классы заболеваний по МКБ 10	Показатели и их соотношение по типу семьи (неполная/полная)
I. (A00-B99)	1,2 (133,0 / 112,0*)
II. (C00-D48)	0,7 (2,0 / 3,0)
III. (D50-D89)	1,1 (22,0 / 20,0)
IV. (E00-E90)	1,1 (19,5 / 19,0)
V. (F00-F99)	1,2 (13,0 / 11,0)
VI. (G00-G99)	1,1 (34,0 / 31,0)
VII. (H00-H59)	1,1 (65,0 / 61,0)
VIII. (H60-H95)	1,1 (67,0 / 62,0)
IX. (I00-I99)	1,1 (6,0 / 5,3)
X. (J00-J99)	0,7 (1225,0* / 1177,0*)
XI. (K00-K93)	1,1 (67,4 / 66,3)
XII. (L00-L99)	0,8 (14,3 / 16,7)
XIII. (M00-M99)	1,1 (87,9 / 83,3)
XIV. (N00-N99)	1,2 (35,0 / 29,1*)
XVI (P00-P96)	1,6 (33,3 / 21,0*)
XVII (Q00-Q99)	1,2 (111,2 / 96,7)
Всего	1,1 (1938,9 / 1878,8)

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Наибольшее число первичных обращений за медицинской помощью у детей в возрасте 0–14 лет имелся по таким классам, как «Болезни органов дыхания» (1-е место), «Травмы и отравления» (2-е), «Инфекционные и паразитарные болезни» (3-е), «Болезни глаза» (4-е). При этом по большинству нозологических форм частота заболеваемости среди детей первой группы превышает показатели второй.

Проведен анализ частоты отклонений в состоянии здоровья детей по данным профилактических медицинских осмотров (по критериям, разработанным С.М. Громбахом и дополненным Ю.Е. Вельтищевым (1994).

Доля практически здоровых детей в неполных семьях составила 6,3%, в полных – 6,7%; II группу здоровья имели соответственно 48,9 и 61,2%; III – 31,8 и 19,8%; IV – 9,8 и 9,3%; V – 3,2 и 3,0% (рисунок 2).

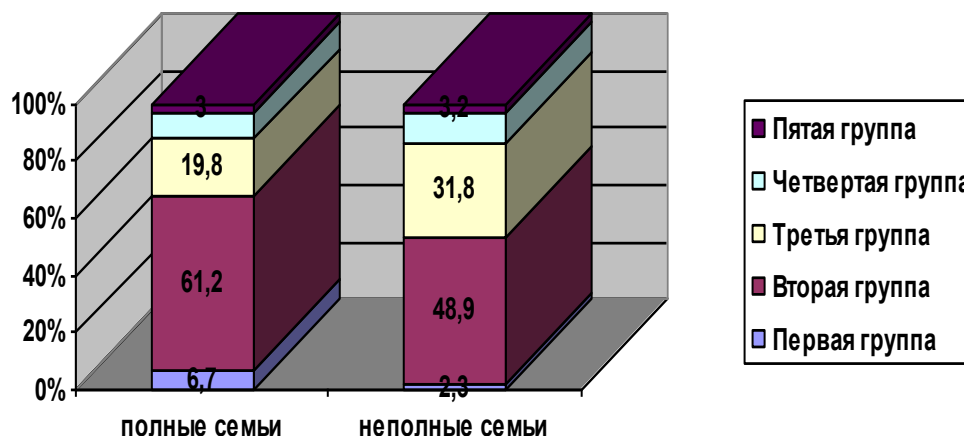


Рисунок 2 – Распределение обследованных детей до трех лет по группам здоровья

Установлено, что частота отклонений в состоянии здоровья детей до 3 лет, воспитывающихся в семье неполного типа, достоверно выше, чем в полной семье (63,8, против 58,9 на 100 обследованных детей соответственно) ($p < 0,05$) (таблица 9).

Частота хронических заболеваний, патологических состояний в неполных семьях составила 23,3, в полных семьях – 19,2 ($p < 0,05$), в целом – 22,5 на 100 обследованных детей; нарушений психического развития – 71,2; 62,5 и 66,5 соответственно ($p < 0,05$); физического развития – 47,8; 43,2 и 45,4 ($p < 0,05$); реактивности – 32,2, 27,8 и 29,7 ($p < 0,05$); функциональных расстройств – 123,4; 102,3 и 111,2 ($p < 0,05$); снижения резистентности организма – 82,5; 71,4 и 76,8 ($p < 0,05$).

Таблица 9 – Частота отклонений в состоянии здоровья детей до 3 лет по данным профилактических медицинских осмотров (на 100 обследованных детей)

Критерии	Группы детей в зависимости от типа семьи, в которой воспитываются		В обеих группах n = 800
	неполная n = 400	полная n = 400	
Частота хронических заболеваний, патологических состояний	23,3	19,2*	22,5
Частота нарушений психического развития	71,2	62,5*	66,5
Частота нарушений физического развития	47,8	43,2*	45,4
Частота нарушения реактивности	32,2	27,8	29,7
Частота функциональных расстройств	123,4	102,3*	111,2
Частота снижения резистентности организма	82,5	71,4*	76,8
В целом	63,8	58,9*	61,2

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

По данным профилактических осмотров доля практически здоровых детей среди обследованных возрастной группы 3–7 лет в неполных семьях составила 1,8%, в полных – 4,8%; II группу здоровья имели соответственно 45,8 и 51,5%; III – 30,5 и 22,6%; IV – 17,2 и 15,5%; V – 4,7 и 5,6% ($p < 0,05$).

Анализ данных медицинских осмотров детей в возрасте 3–7 лет показал, что в целом частота нарушений в состоянии здоровья составила 68,7, в неполных семьях – 70,3, в полных семьях – 62,3 на 100 обследованных детей ($p < 0,05$) (таблица 10).

Таблица 10 – Частота отклонений в состоянии здоровья детей в возрасте 3–7 лет по данным комплексных медицинских осмотров (на 100 обследованных)

Критерии	Группы детей в зависимости от типа семьи, в которой воспитываются		В обеих группах n = 800
	неполная n = 400	полная n = 400	
Частота хронических заболеваний	31,2	22,6*	25,8
Частота нарушений психического развития	73,5	63,2*	67,5
Частота нарушений физического развития	54,8	45,3*	47,3
Частота нарушения реактивности	34,2	28,9	30,9
Частота функциональных расстройств	127,4	107,5*	112,3
Частота снижения резистентности организма	84,5	68,7*	73,6
В целом	70,3	62,3*	68,7

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Частота хронических заболеваний в целом среди обследованных детей в возрасте 3–7 лет составила 31,2 на 100 обследованных, в неполных семьях – 22,6, в полных – 25,8 ($p < 0,05$); частота нарушений психического развития – 73,5; 63,2 и 67,5 соответственно ($p < 0,05$); физического развития – 54,8; 45,3 и 47,3 ($p < 0,05$); реактивности – 34,2; 28,9 и 30,9 ($p < 0,05$); функциональных расстройств – 127,4; 107,5 и 112,3 ($p < 0,05$); снижения резистентности организма – 84,5; 68,7 и 73,6 ($p < 0,05$).

Комплексный медицинский осмотр детей в возрасте 7–14 лет показал, что среди них доля практически здоровых в целом составила 3,4%, в том числе в неполных семьях – 1,4%, в полных – 5,1% ($p < 0,05$); II группу здоровья имели 51,7; 46,5 и 55,8% соответственно; III – 22,6; 29,3 и 21,2% ($p < 0,05$); IV – 16,6; 18,0 и 14,6 % ($p < 0,05$); V – 5,7; 4,8 и 3,3 % ($p < 0,05$).

Анализ данных медицинских осмотров детей в возрасте 3–7 лет показал, что в целом частота нарушений в состоянии здоровья составила 76,8, в первой группе – у 88,7, во второй – у 71,2 на 100 обследованных детей ($p < 0,05$) (таблица 11). В возрасте 7–14 лет хронические заболевания у детей встречались в целом у 33,5 на 100 обследованных, в неполных семьях – у 24,5, в полных – у 27,6; нарушения психического развития – у 74,5; 64,5 и 71,3; физического развития – у 65,4; 47,2 и 51,2; реактивности – у 35,3; 29,1 и 31,2; функциональные расстройства – у 132,5; 114,3 и 119,8; снижение резистентности организма – у 89,2; 69,8 и 76,3 соответственно.

Таблица 11 – Частота отклонений в состоянии здоровья детей в возрасте 7–14 лет по данным комплексных медицинских осмотров (на 100 обследованных детей)

Критерии	Группы детей в зависимости от типа семьи, в которой воспитываются		В обеих группах n = 800
	неполная n = 400	полная n = 400	
Частота хронических заболеваний	33,5	24,5*	27,6
Частота нарушений психического развития	74,5	64,5*	71,3
Частота нарушений физического развития	65,4	47,2*	51,2
Частота нарушения реактивности	35,3	29,1*	31,2
Частота функциональных расстройств	132,5	114,3*	119,8
Частота снижения резистентности организма	89,2	69,8*	76,3
В целом	88,7	71,2*	76,8

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Таким образом, результаты профилактических осмотров отражают ситуацию преобладания среди детей из семей неполного типа, по сравнению с детьми из семей полного типа, нарушений нервно-психического развития, физического развития, снижения реактивности организма, а также большей частоты функциональных расстройств, что требует изучения семейных негативных для здоровья факторов.

3.3. Распространенность факторов риска среди детей, воспитывающихся в семьях разного типа

Анализ частоты факторов риска здоровью детей показал, что их частота в 1,5 раза выше в семьях неполного типа, чем в полных семьях, соответственно 18,5 и 12,1 на 100 детей ($p < 0,05$) (таблица 12), в том числе вредные привычки встречались у 19,5 и 12,0 на 100 детей; нарушения психического здоровья – у 18,0 и 9,5; репродуктивного здоровья – у 3,5 и 2,0; физического здоровья – у 27,0 и 19,0; ожирение – у 37,5 и 26,0; близорукость – у 14,0 и 10,5; нарушения осанки – у 32,0 и 24,0; плоскостопие – у 11,5 и 12,0; гипертоническая болезнь – у 6,7 и 7,2; ревматизм – у 2,3 и 1,9; заболевания почек – у 4,9 и 3,2; хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь – у 7,2 и 5,5; дисбактериоз кишечника – у 6,9 и 5,4; зубной кариес – у 47,5 и 32,0; аллергические заболевания – у 7,5 и 7,1; железодефицитная анемия – у 4,5 и 4,2; частая заболеваемость – у 47,0 и 17,0; нарушения адаптации к школе – у 32,5 и 21,0 на 100 детей ($p < 0,05$).

Таким образом, наибольшая разница в частоте факторов риска здоровью детей в неполных и полных семьях отмечается по группам риска «нарушения психического здоровья» – в 1,9 раза, «нарушения репродуктивного здоровья» – в 1,8 раза, «частая заболеваемость» – 2,8 раза, «нарушения адаптации к школе» – 1,5 раза, «зубной кариес» – в 1,5 раза, «вредные привычки» – в 1,6 раза.

Таблица 12 – Частота факторов риска нарушения здоровья у детей, воспитывающихся в семьях разного типа, по данным медицинских осмотров (на 100 детей)

Группы риска	Частота факторов риска (на 100 детей) n = 800		Достоверность разности по критерию Стьюдента	Кратность различий (разы)
	неполная n = 400	полная n = 400		
Вредные привычки	19,5	12,0	p < 0,05	1,6
Нарушения психического здоровья	18,0	9,5	p < 0,05	1,9
Нарушения репродуктивного здоровья	3,5	2,0	p < 0,05	1,8
Нарушения физического здоровья	27,0	19,0	p < 0,05	1,4
Ожирение	37,5	26,0	p < 0,05	1,4
Близорукость	14,0	10,5	p < 0,05	1,3
Нарушения осанки	32,0	24,0	p < 0,05	1,3
Плоскостопие	11,5	12,0	p < 0,05	1,0
Гипертоническая болезнь	6,7	7,2	p < 0,05	1,1
Ревматизм	2,3	1,9	p < 0,05	1,2
Заболевания почек	4,9	3,2	p < 0,05	1,5
Хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь	7,2	5,5	p < 0,05	1,3
Дисбактериоз кишечника	6,9	5,4	p < 0,05	1,3
Зубной кариес	47,5	32,0	p < 0,05	1,5
Аллергические заболевания	7,5	7,1	p < 0,05	1,0
Железодефицитная анемия	4,5	4,2	p < 0,05	1,0
Частая заболеваемость	47,0	17,0	p < 0,05	2,8
Нарушения адаптации к школе	32,5	21,0	p < 0,05	1,5
В целом	18,5	12,1	p < 0,05	1,5

Резюме к главе 3

Результаты, полученные на данном этапе исследования, показали, что уровень общей заболеваемости детей, воспитывающихся в неполных семьях, в 1,6 раза превышает таковую у детей из полных семей. Высокий уровень невротизации ребенка в неполной семье, безнадзорность приводят к более высокому уровню их заболеваемости. Так, отмечено, что заболеваемость болезнями органов дыхания у детей из неполных семей в 1,6 раза выше, чем из полных, болезней кожи и подкожной клетчатки – в 2,3 раза, инфекционных и паразитарных болезней – в 1,5 раза, частота психических расстройств – в 2,3 раза, болезней органов пищеварения – в 3,2 раза, травм и отравлений – в 2,2 раза.

Установлено, что частота отклонений в состоянии здоровья детей, воспитывающихся в семьях неполного типа, достоверно выше, чем в семьях полного типа, и у детей до 3 лет составляет 1863,8, против 1258,9 на 1000 обследованных детей соответственно, в возрасте 3–7 лет – 2700,7; 1862,3 и 2670,5, 7–14 лет – 2880,7; 1710,2 и 2456,5. Это делает необходимым анализ разных факторов (семейных, организационных, социальных) с позиции их влияния на заболеваемость детей из семей неполного типа, а также разработки мер дифференцированной медико-социальной поддержки и коррекции.

Глава 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ НЕПОЛНЫХ И ПОЛНЫХ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА

Анализ данных литературы показал, что медико-социально-психологические факторы могут оказывать негативное воздействие на здоровье детей, способствуя развитию и прогрессированию заболеваний. Оценка распространенности данных факторов среди семей разного демографического типа (неполных и полных) позволила выделить особенности медико-социально-психологического профиля семей неполного типа с детьми.

4.1. Особенности медико-социальной и экономической характеристики семей неполного типа с детьми

Проведена оценка медико-демографического статуса неполных семей в сравнении с полными.

Анализ возрастной структуры семей показал, что в семьях полного типа доля юных родителей (до 20 лет) составляла 7,6%, в неполных – 10,9%; доля молодых родителей (от 20 до 30 лет) – 58,5 и 23,5%; среднего возраста (от 30 до 50 лет) – 27,5 и 62,4%; зрелых (от 50 до 60 лет) – 5,0 и 2,2%; пожилых (60 лет и старше) – 1,4 и 1,0% соответственно.

Распределение матерей-респондентов по возрасту в группах сравнения представлена в таблице 13.

Как видно из таблицы 13, основная часть матерей-респондентов находится в возрасте 21–29 лет, на крайние возрастные градации (18–20 лет и старше 40 лет) приходилось менее 5%.

Таблица 13 – Распределение матерей-респондентов по возрасту (%)

Возраст диапазон матери, лет	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	3–6	7–14
Возрастной диапазон 18-20 лет	3,5	0,1	–	3,9	–	–
Возрастной диапазон 21-29 лет	74,3	68,9	43,2	75,4	76,4*	40,0
Возрастной диапазон 30-39 лет	21,7	29,5	51,4	20,7	23,5*	55,2
Возрастной диапазон 40 лет и старше	0,5	1,5*	5,4	0,3	0,1	4,8
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Распределение семей из групп сравнения по наличию совместно проживающих с матерью и ребенком лиц представлено в таблице 14.

Таблица 14 – Совместное проживание в семьях (на 100 опрошенных)

Совместное проживание	Тип семьи					
	неполная, n = 400			неполная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	3–6	7–14
1. Проживающих совместно лиц - нет	76,5	71,5	78,9	–	–	–
2. Сожитель	11,2*	15,4*	17,8*	100,0	100,0	100,0
3. Бабушка, дедушка,	12,3*	11,6*	2,6*	4,5	5,6	2,1
4. Бабушка, дедушка, родственники (старше 70 лет)	4,5	1,5	0,9	5,6	1,4	0,5
5. Другие дети до 3 лет	2,1	2,5	3,7	1,8	3,8*	4,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 14, четверть матерей-респондентов из неполных семей проживает совместно с родственниками, сожителями и другими детьми, что, с одной стороны, может способствовать снижению нагрузки на мать, но с другой – не обеспечивает достаточный уровень внимания матери к ребенку и снижает воспитательную функцию семьи.

В семьях полного типа доля малодетных (один ребенок) составляла 43,5%, в неполных – 70,5%; среднедетных (два ребенка) – 41,2 и 20,5%; многодетных (три ребенка и более) – 15,3 и 9,0% соответственно ($p < 0,05$).

Анализ семей по критерию «оседлость» показал, что в семьях полного типа доля постоянно проживающих (более 10 лет) составляла 65,5%, семьях неполного типа – 30,5%; доля мигрантов, вынужденных переселенцев и беженцев – 34,5 и 69,5% соответственно ($p < 0,05$).

В результате оценки семей по критерию «состояние здоровья» установлено, что в семьях полного типа доля членов семьи практически здоровых (редко болеющих) составляла 58,5%, семьях неполного типа – 37,5%; доля членов семьи часто болеющих – 28,5 и 39,5% соответственно; доля семей с хроническими заболеваниями – 10,0 и 15,0%; с инвалидами – 2,5 и 6,0%.

Изучен образ жизни детей из полных и неполных семей (таблица 15).

Сравнительный анализ образа жизни семей полного и неполного типа с детьми показал наличие общей проблемы распространенности факторов риска здоровью. Отмечено, что дети из неполных семей достоверно больше времени проводят за телевизором и компьютером, имеют неполноценное питание, чем из полных семей.

Таблица 15 – Распространенность факторов образа жизни семей с детьми полного и неполного типов (на 100 детей)

Факторы образа жизни	Тип семьи					
	неполная, n = 400			неполная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	4–6	7–14	0–3	4–7	7–14
1. Соблюдение режима сна и отдыха	98,0	94,5	87,5	99,9	95,3	85,6
2. Закаливание	34,5	36,8	51,2	31,5	37,2	49,8
3. Достаточная физическая активность	99,0	98,5	85,8	99,5	98,9	84,3
4. Просмотр телевизора, компьютер более 2 часов в день	10,2	27,8	73,2	7,4	22,5*	52,5*
5. Несбалансированное питание	0,1	2,3	25,6	-	1,7	21,4
6. Переедание	0,1	0,8	2,1	0,1	1,1	3,2*
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Существенных различий в режиме питания детей в группах сравнения не отмечено ($p > 0,05$) (таблица 16).

Таблица 16 – Характеристика режима питания детей (из полных и неполных семей) (%)

Сколько раз в день питается ребенок	Тип семьи					
	неполная, n = 400			неполная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	4–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. 4 раза и более	100,0	98,5	91,4	100,0	100,0	100,0
2. 3 раза в день	–	1,5	8,3	–	–	–
3. 1–2 раза в день	–	–	–	–	–	–
4. Когда как	–	–	0,3	–	–	–
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Для профилактики нарушений заболеваний важен режим дня. Состояние этого вопроса в группах сравнения иллюстрирует таблица 17.

Таблица 17 – Режим дня детей из семей полного и неполного типов (%)

Режим дня	Тип семьи					
	неполная, n = 400			неполная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	4–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Имеет место четкий режим	95,5	84,7	71,2	93,5	87,9	79,5
2. Нет четкого режима	4,5	15,3	28,8	6,5*	12,1*	20,5*
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 17, с увеличением возраста ребенка возрастает доля детей, у которых нет четкого режима дня. В семьях неполного типа внимание к режиму ребенка более внимательное на первых годах жизни, а затем значительно ослабевает, тогда как в полных семьях распорядок дня продолжает соблюдаться.

Сон имеет важное значение для психического развития ребенка, восстановления его нервной системы, физических сил. В связи с этим изучена продолжительность сна детей, что отражено в таблице 18.

Таблица 18 – Продолжительность сна детей из семей полного и неполного типов (%)

Продолжительность сна	Тип семьи					
	неполная, n = 400			неполная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	4–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. 0–6 часов	–	–	–	–	–	–
2. 6–8 часов	–	–	23,5	–	–	12,3*
3. Более 8 часов	100,0	100,0	75,0	100,0	100,0	87,2*
4. Когда как	–	–	1,5	–	–	0,5*
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 18, в обеих группах сравнения продолжительность сна детей дошкольного возраста укладывается в физиологическую норму, однако в школьном возрасте отмечается отклонение продолжительности сна в сторону снижения, причем в большей мере в группе детей из неполных семей ($p < 0,05$).

Данные о качестве сна детей в группах сравнения представлены в таблице 19.

Таблица 19 – Качество сна детей (из неполных и неполных семей) (%)

Продолжительность сна	Тип семьи					
	неполная, n = 400			неполная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	4–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Спит всегда спокойно	78,5	82,5	93,4	83,5	89,3*	91,5
2. Спит иногда беспокойно	19,5	6,0	5,7	10,5*	10,7*	7,8*
3. Спит всегда беспокойно	2,0	1,5	0,9	6,0*	-	0,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 19, качество сна детей из неполных семей достоверно хуже, чем у детей, воспитывающихся в полных семьях ($p < 0,05$).

Изучен вопрос распространенности в семьях, воспитывающих детей, психотравмирующих факторов (таблица 20). Установлено, что дети из неполных семей в отличие от тех, кто воспитывается в полной семье, достоверно чаще ($p < 0,05$) испытывают влияние психотравмирующих факторов не в самой семье, а в детских коллективах, что свидетельствует об их меньшей адаптированности.

Таблица 20 – Наличие психотравмирующих обстоятельств в семьях, воспитывающих детей (%)

Психотравмирующие обстоятельства	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	4–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Да, в семье	0,3	0,9	1,2	0,6	1,5	2,1*
2. Да, в детском коллективе	4,5	6,7	9,8	2,3	4,5	5,5*
3. Иногда, в семье	2,5	3,2	3,5	2,9	4,3	4,5*
4. Иногда, в детском коллективе	5,4	7,8	11,5	3,4	6,7	7,2*
5. Нет	87,6	81,4	74,0	90,8	83,0	80,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Состояние медицинской активности матерей, воспитывающих ребенка самостоятельно или в составе семьи полного типа, характеризуют данные таблицы 21.

Низкая медицинская активность в семьях неполного типа встречалась достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в полных. Так, не обращались за помощью профилактического характера 41,0% матерей детей в возрасте до 3 лет, 27,6% – с 3 до 7 лет, 20,3% – старше 7 лет, в семьях полного типа – 25,7; 20,4 и 18,1% соответственно.

Таблица 21 – Частота обращений с ребенком к врачам педиатрам участковым в течение года с профилактической целью (из неполных и полных семей) (%)

Частота обращения в течение года с ребенком за профилактической помощью	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	4–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Обращений не было	16,7	21,2	26,5	9,8*	17,5*	21,4*
2. Два-три раза	42,3	51,2	53,2	64,5*	62,1*	60,5*
3. Обращались часто	41,0	27,6	20,3	25,7*	20,4*	18,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Изучено отношение матерей к назначениям врачей (таблица 22).

Таблица 22 – Отношение к назначению врача в семьях полного и неполного типов (%)

Степень выполнения назначений врача	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. «Выполняют четко»	78,8	69,6	67,5	89,5*	79,8*	77,5*
2. «Выполняют нечетко»	21,2	30,0	32,2	10,5*	20,2	22,3
3. «Практически не выполняют»	–	0,4	0,3	–	–	0,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 22, в семьях неполного типа матери достоверно чаще отмечали нечеткое выполнение назначений врача – у детей в возрасте до 3 лет – в 21,2% случаев, 3–6 лет – в 30,0%, 7–14 лет – в 32,2%, тогда как в семьях полного типа это соотношение выглядело следующим образом: 10,5; 20,2 и 22,5% ($p < 0,05$).

Распределение ответов матерей-респондентов относительно причин невыполнения назначений врача представлены в таблице 23.

Таблица 23 – Причины невыполнения рекомендаций врача (%)

Причины невыполнения назначений врача	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Не хватает времени	67,5	62,5	54,5	70,2	57,4	51,2
2. Не хватает денег на лекарства и другие лечебные мероприятия	21,1	25,6	24,8	15,6*	19,8*	20,2
3. Даются нечеткие, противоречивые рекомендации	8,9	7,8	5,6	9,9	8,8	9,4*
4. Не верят врачам, надеются только на себя	2,5	2,6	3,2	4,3*	4,3*	5,1*
5. Трудно убедить ребенка в полной объеме выполнять рекомендации	–	1,5	11,9	–	9,7*	14,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 23, первая ранговая позиция в числе основных причин невыполнения назначений врача занимает «нехватка времени», второе – «нехватка финансовых средств», третье – «нечеткость данных врачом рекомендаций». Следует отметить, что вторая причина более весома для матерей из неполных семей, чем из полных.

Курение является фактором риска развития многих заболеваний и важно, чтобы ребенок воспитывался в семье, где родители не имеют пристрастия к данной вредной привычке. Данные опроса по пристрастию к курению отражены в таблице 24.

Как видно из таблицы 24, проблема курения затрагивает семьи всех типов, при этом требует внимания значительный процент курящих матерей.

Таблица 24 – Распределение семей-респондентов по пристрастию к курению (%)

Пристрастие к курению	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Курит мать	12,5	11,6	14,5	11,9	12,4	15,6
2. Курят совместно проживающие родственники	3,5	2,5	1,7	10,5*	9,8*	12,3*
3. Курит отец	–	–	–	23,5	26,3	25,4
4. Никто не курит	84,0	85,9	83,8	54,1	51,5	46,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Алкоголизм как медико-социальная проблема влияет на здоровье взрослых, однако его социальные последствия негативно отзываются на детях. О распространенности данной проблемы в семьях, входящих в исследования, свидетельствуют данные таблицы 25.

Таблица 25 – Распределение семей-респондентов по пристрастию к алкоголю (%)

Пристрастие к алкоголю	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Злоупотребляет мать	0,1	0,2	0,4*	–	0,1	0,1
2. Злоупотребляют совместно проживающие родственники	0,1	0,5*	0,4*	0,1	0,2	0,1
3. Злоупотребляет отец	–	–	–	1,5	1,8	2,1
4. Никто не злоупотребляет	99,9	99,3	99,5	98,4	97,9	97,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 25, часть матерей имеют пристрастие к алкоголю, причем во всех возрастных группах детей, что требует внимания к ним не только медицинских, но и социальных работников.

Воспитательный процесс требует внимания к ребенку со стороны матери, требует времени. Распределение матерей-респондентов по времени, которое они тратят на работу в течение дня, представлено в таблице 26.

Таблица 26 – Распределение матерей-респондентов по времени, которое они тратят на работу в течение дня (с проездом) (%)

Время, которое тратит мать на работу в течение дня	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Мать не работает	32,5	4,5	0,2	54,3*	6,2	0,1
2. Менее 4 час.	23,4	2,3	2,1	2,3*	2,5	1,8
3. 4–8 час.	43,5	71,9	61,4*	3,4*	64,5	92,3
4. 9–12 час.	0,5	20,1	34,5*	–	26,8	5,7
5. Более 12 час.	0,1	1,2	1,8*	–	–	0,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 26, матери из неполных семей во всех возрастных группах детей достоверно чаще ($p < 0,05$) были заняты трудовой деятельностью, чем в полных семьях. При этом высок процент матерей, уровень занятости которых составляет более 9 часов в сутки ($p < 0,05$).

Данные распределения матерей-респондентов по времени, которое они уделяют лично в среднем ребенку в течение дня представлены в таблице 27.

Из данных таблицы 27 видно, что матери из семей неполного типа выделяют значительно меньше времени ребенку, чем матери из семей полного типа.

Таблица 27 – Распределение матерей-респондентов по времени, которое уделяют лично в среднем ребенку в течение дня (%)

Время, которое уделяет мать лично ребенку в течение дня	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0-3	3-6	7-14	0-3	4-6	7-14
1. 5 часов и более	61,5	59,8	47,5	98,5*	74,5*	61,2*
2. 3–5 час.	38,3	38,2	50,4	1,5*	25,5*	38,8*
3. 1–2 час.	0,1	1,9	2,0	–	–	–
4. Меньше часа	0,1	0,1	0,1	–	–	–
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Распределение матерей-респондентов по времени, которое они тратят на разговор со своим ребенком о том, что надо делать, чтобы быть здоровым и не болеть представлено, в таблице 28.

Таблица 28 – Распределение матерей-респондентов по уровню внимания вопросам информирования ребенка о сохранении здоровья (%)

Внимание, которое уделяет мать разговору со своим ребенком	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Да, часто (ежедневно)	99,5	83,5	73,4	100,0	99,8*	87,9
2. Иногда, при случае	0,5	16,4	16,1	–	0,2	12,0*
3. Практически не уделяет внимания, нет времени	–	0,1	0,5	–	–	0,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 28, матери из семей неполного типа реже ($p < 0,05$), чем матери из семей полного типа, выделяют время для разговоров с ребенком по вопросам, касающимся принципов сохранения здоровья и профилактики основных заболеваний.

Мать играет ключевую роль в воспитании ребенка, передачи ему гигиенических навыков, традиций, знаний. Данные распределения респондентов-детей по тому, кто преимущественно занимается их воспитанием, представлены в таблице 29.

Таблица 29 – Распределение респондентов по тому, кто преимущественно осуществляет воспитание ребенка (%)

Кто преимущественно осуществляет воспитание ребенка	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Только мать (отец)	75,5	24,3	89,2	87,8*	94,6*	97,5*
2. Бабушка (дедушка, другие родственники)	21,5	19,8	7,5	12,2*	5,4*	2,4*
3. Знакомые, друзья	3,0	4,5	3,3	–	–	0,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 29, среди матерей из неполных семей достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечается перекладывание функции воспитания на «вторых» лиц, чем в полных семьях.

Изучен аспект «полнота реализации функций семьи» в группах сравнения по данным самооценки матерями (таблица 30). Функции семьи реализованы в семьях неполного типа достоверно ниже, чем в семьях полного типа ($p < 0,05$). В этом отношении критичными являются функции: психологическая, медицинская, брачная, репродуктивная, бытовая.

Таблица 30 – Частота полной реализации функций семьи в группах сравнения по данным самооценки матерями (на 100 опрошенных)

Семейные функции	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Воспитательная	98,0	96,5	88,5	99,5	97,8	97,5
2. Экономическая	78,9	76,5	77,8	81,2	79,5	81,2
3. Репродуктивная	12,5	19,8	21,3	88,9*	90,5*	87,8*
4. Брачная	1,9	2,3	1,8	98,5*	91,7*	92,4*
5. Медицинская	68,9	71,2	74,2	79,8*	73,6	77,5*
6. Бытовая	78,6	79,0	74,5	84,5	87,6*	82,1*
7. Психологическая	66,5	69,3	72,1	85,6*	88,5*	81,2*

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

4.2. Характеристика социально-гигиенического статуса неполных семей в сравнении с полными семьями, воспитывающими детей

Проведена оценка социально-гигиенического статуса неполных семей, дети которых обслуживаются в поликлинике по пяти показателям: уровень образования, уровень обеспеченности, степень благополучности, по степени занятости в труде, по социальному статусу.

Анализ семей по критерию «уровень образования» показал, что в полных семьях доля имеющих высшее образование составляла 37,5%, в неполных – 30,5%; среднее специальное образование – 59,5 и 53,0%; среднее образование – 2,8 и 16,0% ($p < 0,05$); доля, имеющих образование ниже среднего – 0,2 и 0,5% соответственно.

Данные о распределении матерей-респондентов по критерию «уровень и характер образования» представлен в таблице 31.

Таблица 31 – Распределение матерей-респондентов по уровню образования (%)

Образование (уровень и характер)	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Высшее (не медицинское)	3,5	33,4	36,7	19,8*	39,6*	57,3*
2. Высшее (медицинское)	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5
3. Среднее специальное (немедицинское)	77,9	55,8	56,7	68,7	56,6	38,6*
4. Среднее специальное (медицинское)	2,3	3,3	3,9	2,7	2,5	3,1
3. Среднее	9,8	4,3	2,3	6,2*	0,8*	0,5*
4. Студентка	6,3	2,9	0,2	2,3*	0,1*	–
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 31, матери-одиночки достоверно реже ($p < 0,05$), чем матери, живущие в браке, не смогли реализовать себя в получении образования. Дети до трех лет в большинстве случаев имеют матерей с низким уровнем образования, не обеспечивающим им конкурентоспособность на рынке труда. Доля матерей-студенток наиболее высока в первой группе (9,2 против 2,4%) ($p < 0,05$).

Проведена оценка уровня обеспеченности (по сравнению с прожиточным минимумом на одного члена семьи). В семьях полного типа доля имеющих высокий достаток (более 10 МРОТ) составляла 8,9%, в неполных – 6,5% ($p < 0,05$); достаток выше среднего (5–10 МРОТ) – 52,3 и 44,5 % ($p < 0,05$); средний достаток (2–5 МРОТ) – 21,5 и 22,7%; низкий достаток (1–2 МРОТ) – 15,0 и 23,3% ($p < 0,05$); достаток ниже МРОТ – 2,3 и 3,0% соответственно.

Распределение семей-респондентов по критерию «уровень дохода» представлено в таблица 32. Фактор дохода семьи традиционно является одним из значимых для жизнеобеспечения и создания условий для сохранения здоровья.

Таблица 32 – Уровень дохода семей-респондентов (%)

Уровень дохода	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Ниже прожиточного минимума	33,5	28,9	27,5	17,8*	22,2*	15,6*
2. В рамках прожиточного минимума	56,7	62,3	61,2	42,2*	59,5	60,2
3. Несколько выше прожиточного минимума	9,3	8,5	10,8	38,5*	17,0*	22,5*
4. Высокий уровень дохода	0,5	0,3	0,5	1,5*	1,3*	1,7*
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Матери, воспитывающие ребенка в условиях неполной семьи, достоверно чаще ($p < 0,05$) имели низкий уровень дохода по сравнению с матерями в полных семьях (соответственно 56,8 против 43,5%).

В связи с вышесказанным представляет интерес анализ источников доходов семей (таблица 33).

Таблица 33 – Источники доходов семей (%)

Источники дохода	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Зарплата	12,5	34,5	41,2	72,5*	81,2*	89,2*
2. Доходы от личного бизнеса	2,1	1,8	2,2	3,6*	4,5*	3,2*
3. Субсидии и выплаты	15,6	4,3	1,2	9,8*	2,3*	0,3*
4. Алименты	43,5	45,6	37,8	–	–	0,2
5. Помощь родственников	26,3	13,8	17,6	14,1*	11,9*	7,1*
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Структура источников бюджета семьи в неполных и полных семьях различается (таблица 33). Так, в семьях неполного типа он складывается в

основном из заимствованных (сторонних) средств (субсидии, алименты, помощь родственников), тогда как в семьях полного типа – из личных средств, полученных в виде зарплаты.

Распределение расходов семейного бюджета в группах сравнения показано в таблице 34. В неполных семьях в структуре затрат более весомую роль, чем в полных семьях, несут затраты, связанные с жизненно необходимыми выплатами и покупкой продуктов питания, а также на оплату медицинских услуг и медикаментов. Респонденты отметили, что им не хватает на оплату жилья и коммунальных услуг, покупку необходимых продуктов питания: 15,6% матерей из неполных семей против 3,2% – в полных семьях ($p < 0,05$).

Таблица 34 – Распределение доходов семей–респондентов (%)

Расходы	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Витальные расходы (оплата коммунальных услуг, продуктов, медикаментов, одежды)	85,5	71,2	68,5	69,7*	65,5	67,4
2. Дополнительное питание по выбору	0,5	0,7	0,2	5,6*	11,5*	10,8*
3. На покупку промтоваров	1,8	2,2	6,4	3,2*	3,9*	3,1*
4. На покупку мебели	2,1	3,2	2,2	2,9	3,4	2,9
5. На покупку предметов роскоши	–	–	–	1,5	2,2	1,8
6. Остаются денежные сбережения	–	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3
7. На оплату медицинских услуг, медикаменты	6,1	19,4	9,5	11,0*	5,8*	7,6*
8. Отдых, оздоровительные мероприятия	–	–	2,5	3,4	4,3	3,2
9. Оплата кредитов	4,0	3,2	10,6	2,5*	3,2	2,9*
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Представление о распределении семей-респондентов по уровню бытовых условий дается в таблице 35.

Таблица 35 – Распределение семей-респондентов по уровню бытовых условий (%)

Хозяйственно-бытовые условия	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Плохие (не соответствуют гигиеническим нормам)	4,5	5,9*	5,1	3,9	4,1*	4,7
2. Удовлетворительные	85,6	85,4	90,5	89,5	91,3	89,7
3. Хорошие	9,9	9,7	4,4	6,6	4,6	5,6
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 35, состояние бытовых условий в полных и неполных семьях в большинстве имеет удовлетворительный уровень, однако в неполных семьях доля проживающих в неблагоприятных условиях выше, чем в полных семьях (4,5–5,9 и 3,9–4,7% соответственно).

На территории к территории, прикрепленной к ОБУЗ «Раменская ЦРБ», в 2018 году было официально зарегистрировано 99 детей из неблагополучных семей, в 2019 году – 90, 2020 году – 93 ребенка, что составляет 0,5% от прикрепленного детского населения, т.е. явное социальное неблагополучие имеет низкую распространенность.

По критерию «социальное благополучие» анализ показал, что среди полных семей доля благополучных составляла 99,5%, среди неполных – 98,8%; доля девиантных (злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, с асоциальным поведением) – 0,2 и 0,5% соответственно; доля неблагополучных по психологическим отношениям (ссоры, конфликты), соответственно – 0,3 и 0,7%.

По критерию «степень занятости в труде» анализ показал, что среди полных семей доля полной занятости (обоих супругов) составляла 76,5%, в неполных – 0%; доля частичной занятости (работает один из супругов) – 21,5 и 99,5% соответственно ($p < 0,05$); доля не занятых в труде – 2,0 и 0,5%.

По критерию «социальный статус» анализ показал, что в полных семьях доля служащих составляла 28,6%, в неполных – 24,9%; доля рабочих – 65,5 и 72,0% ($p <$

0,05); доля военнослужащих – 5,9 и 1,1%; не работающих – 2,0 и 1,0%; студентов – 0,1 и 0% соответственно.

4.3. Характеристика взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей

Психологический климат семьи является неременным условием реализации психологической функции семьи, способствует сохранению здоровья ее членов. В связи с этим изучен характер взаимоотношений в семьях (таблица 36).

Как видно из таблицы 36, в большинстве семей отмечается благоприятный психологический климат, однако часть семей требует психологической помощи в связи с конфликтными отношениями.

Таблица 36 – Распределение семей-респондентов по характеру взаимоотношений в семье (%)

Взаимоотношения в семье	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Спокойные, доброжелательные	99,0	97,3	96,5	99,5	97,5	97,6
2. Натянутые, иногда возникают конфликты	1,0	2,7	3,5*	0,5	2,4	2,7*
3. Конфликтные, бывают драки скандалы	–	–	–	–	0,1	0,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

В качестве причин психологической напряженности в семье материальные проблемы назвали 66,7% опрошенных матерей из неполных семей и 23,0% – из полных, злоупотребление алкоголем – 5,4 и 9,8%, отсутствие работы у одного из супругов (матери) – 2,3 и 3,9% соответственно, появление ребенка – 1,2%, воспитание детей – 4,5%, проблемы со здоровьем – 1,5%, ревность одного из супругов – 0,5%, отсутствие взаимопонимания – 0,4%, отсутствие взаимопонимания с родителями одного из супругов – 0,3%, неудовлетворенность в

сексуальной жизни – 0,5%, организация домашних дел – 3,5%, организация досуга – 0,1%.

Дана оценка взаимоотношений в семье, воспитывающей ребенка до 14 лет по методике «отношение к семейной роли» – PARI (parental altitude research instrument) (таблица 37).

Таблица 37 – Оценка взаимоотношений в семье, воспитывающей ребенка по критерию «семейные роли» (на 100 опрошенных)

Критерии	Тип семьи	
	неполная, n = 400	полная, n = 400
«Ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье»	46,5	55,6
«Ощущение самопожертвования в роли матери»	75,9*	53,5
«Семейные конфликты»	13,5	15,6
«Сверхавторитет родителей»	23,6	19,8
«Неудовлетворенность ролью хозяйки дома»	5,4	7,5
««Безучастность» мужа»	1,2	18,7
«Доминирование матери»	89,0*	43,5
«Зависимость и несамостоятельность матери»	–	5,6

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Из таблицы 37 следует, что в неполных семьях достоверно выше уровень ощущений самопожертвования матери (75,9, против 53,5 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$) и доминирование матери (89,0 и 43,5) ($p < 0,05$).

Дана оценка взаимоотношений в семье по блоку «отношение к семейной роли» (таблица 38).

Таблица 38 – Оценка взаимоотношений в семье по блоку «отношение к семейной роли» (на 100 опрошенных)

Критерии	Тип семьи	
	неполная, n = 400	полная, n = 400
«Оптимальный эмоциональный контакт»	17,5	27,6
«Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком»	15,7	17,8
«Излишняя концентрация на ребенке»	65,9	55,2

Анализ в группах сравнения по блоку «отношение к семейной роли» показал, что оптимальный эмоциональный контакт отмечается в 17,5 на 100 неполных семей и 27,6 – на 100 полных семей, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком соответственно в 15,6 и 17,8, излишняя концентрация на ребенке – в 65,9 и 55,2 ($p < 0,05$). Таким образом, в неполных семьях чаще отмечается излишняя концентрация на ребенке.

Резюме к главе 4

Таким образом, особенностями медико-демографического статуса неполных семей является: средний возраст в диапазоне 30–40 лет, преимущественно малодетные, значительная часть являются мигрантами и часто болеющими. Особенности социально-гигиенического статуса являются: преобладание лиц с невысоким уровнем образования (среднее специальное, среднее, ниже среднего), с высокой занятостью матери ребенка, высокой долей семей с низким материальным достатком, относительно большей долей неблагополучных семей, излишняя концентрация на ребенке. Установление данных особенностей позволит провести факторный анализ и установить влияние этих и других факторов на заболеваемость детей в семьях и ее профилактику.

Глава 5. ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ, ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ДЕТЯМ ИЗ СЕМЕЙ ПОЛНОГО И НЕПОЛНОГО ТИПА, ВКЛАД РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ В ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОМОЩИ

Нами рассмотрены качество и доступность медицинской помощи детям из неполных семей в сравнении с полными, определены особенности и проблемы обеспечения качества медицинской помощи данной категории пациентов. Особенностью исследования являлось получение данных о качестве и доступности помощи из результатов опроса матерей, а также по данным экспертной оценки. Изучен вклад медико-социальных и медико-организационных факторов в эффективность оздоровительных мероприятий у часто и длительно болеющих детей из неполных семей.

5.1. Характеристика условий поликлинической помощи, оказываемой детям из семей полного и неполного типа

Детская поликлиника имеет, согласно порядкам оказания первично-медико-санитарной помощи детям, типовую для данного вида медицинских организаций линейно-функциональную структуру и включает: педиатрическое отделение, отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, отделение восстановительного лечения, лабораторию, отделение врачей-специалистов, службу администраторов, кабинет здорового ребенка.

Анализ показал, что поликлиника располагает хорошей материально-технической базой для оказания амбулаторной помощи детям: удельный вес активной части основных фондов составляет 37%, коэффициент обновления основных фондов – 15%.

Анализ кадровой обеспеченности организации показал, что фактическая нагрузки на врачей составляет 540 посещений в смену, укомплектованность штатов по врачам-педиатрам – 71%, по врачам-специалистам – 55,0%, по средним

медицинским работникам – 56,0%. Среди врачей-педиатров 50,0% имеют квалификационную категорию, в том числе высшую – 5,0%, первую – 30,0%, вторую – 15,0%. Среди средних медицинских работников 30,0% имеют квалификационную категорию, в том числе высшую – 1,0%, первую – 24,0%, вторую – 5,0%.

Проведен SWOT-анализ ресурсной обеспеченности «медицинской помощи детям в условиях детской поликлиники».

Основными проблемами медицинской организации являются: высокая текучесть кадров (10% в год, уход врачей в частный сектор здравоохранения), высокая нагрузка на врачей (540 посещений в смену против 320 по плану), недоукомплектованность штатов, недостаточный квалификационный уровень врачей-педиатров, отставание зарплаты медработников от средней зарплаты в частном секторе здравоохранения (на 20–70%).

Сильными сторонами медицинской организации являются: широкий спектр услуг, высокая их безопасность, высокая корпоративная культура.

Возможности улучшения: снижение нагрузки на врачей за счет внедрения бережливых технологий, повышение роли сестринского персонала, совершенствование маршрутизации пациентов, а также повышение квалификации врачей, снижение текучести кадров за счет стимулирования труда. Проведенный SWOT-анализ с учетом сильных и слабых сторон медицинской организации, а также возможностей и угроз, позволил установить, что следует сконцентрировать внимание на стратегии преодоления слабых сторон, а именно, развитии и снижении текучести кадров.

5.2. Мнение родителей детей из семей полного и неполного типа о качестве медицинской помощи

Доступность является одним из свойств и условий обеспечения качества медицинской помощи. Данные результатов опроса матерей в группах сравнения о доступности медицинской помощи их детям отражены в таблице 39.

Таблица 39 – Мнение матерей-респондентов об уровне доступности медицинской помощи их ребенку (%)

Уровень доступности	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
Педиатр участковый						
1. Высокая	1,3	3,4	4,5	1,5	4,9*	5,1
2. Средняя	93,4	92,3	92,4	94,7	91,4	92,0
3. Низкая	4,3	3,9	3,1	3,8	3,7	2,9
Другие специалисты						
1. Высокая	0,1	0,2	1,2	0,3	0,5	1,4
2. Средняя	32,1	45,4	55,2	31,2	50,0	55,5
3. Низкая	67,8	54,5	43,6	66,5	49,5	43,1
Врач ДДУ, школы						
1. Высокая	1,4	1,7	1,1	2,1	2,9*	1,6
2. Средняя	97,5	97,8	95,7	97,1	96,8	96,1
3. Низкая	1,1	0,5	3,2	0,8	0,3	1,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 39, наиболее низкой доступностью являются медицинские услуги врачей-специалистов поликлиники. При этом в неполных семьях процент неудовлетворенных их работой был достоверно выше во всех возрастных группах детей, чем в полных семьях ($p < 0,05$).

Среди основных причин снижения доступности поликлинической медицинской помощи детям матери указывали: неудобный график приема (33,5% – в первой и 24,5% – во второй группе) ($p < 0,05$); отдаленность поликлиники от места жительства и неудобство доезда (29,6 против 19,5%) ($p < 0,05$); длительное ожидание приема (23,1 против 37,8%) ($p < 0,05$); отсутствие специалиста (11,5 против 14,9%) ($p < 0,05$); нарушение взаимопонимания с врачом, недоверие (1,2 против 1,7 %); неудобные условия ожидания приема (1,1 против 1,6 %). Таким

образом, общими проблемами снижения доступности является отсутствие необходимых специалистов, длительное ожидание приема.

Изучено мнение матерей-респондентов об уровне качества медицинской помощи их ребенку в условиях детской поликлиники (таблица 40).

Таблица 40 – Мнение матерей-респондентов о качестве медицинской помощи их ребенку (%)

Уровень качества	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
Педиатр участковый						
1. Отличный	9,5	7,6	5,9	10,5	8,7*	5,4
2. Удовлетворительный	77,1	81,9	90,2	88,4*	88,2	90,4
3. Низкий	3,4	4,5	3,9	2,1	3,1	4,2
Другие специалисты						
1. Отличный	7,8	6,6	5,9	8,7	6,9	6,1
2. Удовлетворительный	81,9	88,3	89,3	87,4	87,8	89,3
3. Низкий	4,3	5,1	4,8	3,9*	5,3	4,6
Врач ДДУ, школы						
1. Отличный	12,3	9,8	3,4	14,5	9,8	3,9
2. Удовлетворительный	84,5	87,3	91,9	82,6	87,5	91,1
3. Низкий	3,2	2,9	4,7	2,9	2,7	5,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 40, отличные оценки качеству оказания помощи как врачам-педиатрам участковым, так и врачам-специалистам поликлиники, врачам ДДУ и школ дали только десятая часть опрошенных матерей.

В качестве причин неудовлетворенности уровнем качества оказания медицинской помощи детям в поликлиническом звене матери чаще всего называли снижение объема помощи, поспешный осмотр и опрос, ограничение времени на беседу с матерью. Указали, что врачами и медсестрами участковыми нерегулярно выполнялись патронажи новорожденных, 21,3% матерей из семей неполного типа.

Отмечалось, что они уходят от докторов, не получив ответы на свои вопросы касательно здоровья их ребенка. В обеих группах велика доля матерей, которые не доверяют квалификации врачей (соответственно 12,5 против 11,9%).

Мнения матерей-респондентов относительно их удовлетворенности результатами педиатрической помощи отражены в таблице 41.

Таблица 41 – Мнение матерей-респондентов об уровне результативности помощи их ребенку (%)

Уровень результативности	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
Педиатр участковый						
1. Низкий;	12,7	14,5	9,8	9,7*	10,3*	8,7*
2. Удовлетворительный	83,5	89,8	86,6	86,1	84,3	87,6
3. Оптимальный	3,8	4,7	3,6	4,2	5,4	3,7
Другие специалисты						
1. Низкий;	6,5*	5,4	5,7	4,9*	5,3	5,5
2. Удовлетворительный	90,6	92,5	91,9	92,0	91,9	92,7
3. Оптимальный	2,9	2,1	2,4	3,1	2,7	3,2
Врач ДДУ, школы						
1. Низкий;	4,8	5,1	6,7*	4,5	4,1*	5,9
2. Удовлетворительный	94,0	93,4	92,4	94,0	94,0	93,0
3. Оптимальный	1,2	1,3	0,9	1,5	1,9	1,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Матери детей из неполных семей более требовательны к результатам медицинской помощи своим малышам, частота негативных оценок результативности медицинских услуг среди них достоверно выше, особенно в части детей до 7 лет, чем в семьях полного типа. При этом среди причин неудовлетворенности матери отмечали: неэффективность лечения острых «простудных» заболеваний врачами-педиатрами, развитие осложнений этих заболеваний (54,5 против 51,2%), частое обострение хронических заболеваний

(35,6 против 29,3%), неоптимальная динамика в психофизическом развитии их ребенка (9,9 против 19,5%) ($p < 0,05$).

Проведен анализ данных опроса матерей по вопросу удовлетворенности их условиями оказания медицинской помощи их детям в условиях поликлиники (таблица 42).

Таблица 42 – Мнение матерей-респондентов об условиях оказания помощи их ребенку (%)

Уровень условий оказания помощи	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. Отличные	12,5	17,8	23,4	11,8	18,2	24,2
2. Хорошие	91,7	78,1	73,7	82,3	78,0	73,3
3. Неудовлетворительные	6,8	4,1	2,9	5,9	3,8	2,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Доля неудовлетворенных условиями оказания помощи детям среди матерей неполных семей выше, чем в полных семьях (6,8; 4,1 и 2,9% против 5,9; 3,8 и 2,5%) ($p < 0,05$). Следует отметить преобладание недовольных условиями оказания помощи матерей, воспитывающих ребенка до 3 лет.

Среди поводов неудовлетворительных оценок преобладали следующие: неоптимальная температура помещений рекреаций (либо жарко и душно, либо холодно), отсутствие условий (достаточного количества столов, места) для пеленания и переодевания ребенка, недостаточно посадочных мест на скамейках в местах ожидания приема специалистов, недостаточно информационных знаков о расположении кабинетов, отсутствие приспособлений для детей с ограниченными возможностями, грубость персонала гардероба и регистратуры, неэстетичное оформление рекреаций и отсутствие возможности чем-то отвлечь ребенка.

Информационная поддержка медицинских услуг является одним из базовых условий оказания качественной помощи.

Данные опроса матерей об их удовлетворенности информационной поддержкой медицинской помощи в поликлинических условиях отражены в таблице 43.

Таблица 43 – Мнение матерей-респондентов об информационной поддержке оказания помощи их ребенку (%)

Уровень информационной поддержки	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. «Отличная»	0,5	1,2	1,4	0,6	1,5	2,1
2. «Недостаточно хорошая»	56,0	51,0	66,5	59,8	57,3	67,7
3. «Низкая»	43,5	47,8	32,1	39,6	41,2	30,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из таблицы 43, отмечается низкая удовлетворенность качеством информационной поддержки оказания медицинских услуг педиатрического профиля в условиях поликлиники. При этом наиболее высокий уровень неудовлетворенности отмечен у респондентов из неполных семей и среди матерей, воспитывающих детей в возрасте 0–7 лет.

Данные о полноте использования форм информационной поддержки медицинских услуг детям в условиях поликлиники отражены в таблице 44.

Таблица 44 – Полнота и качество использования форм информационной поддержки медицинских услуг детям в условиях поликлиники (средний балл)

Параметры качества использования форм информационной поддержки медицинских услуг детям в условиях поликлиники	Тип семьи	
	неполная, n = 400	полная, n = 400
Наличие информационных стендов и качество информации на них		
- посвященные отдельным заболеваниям	4,1	4,5
- посвященные вопросам профилактики	3,9	4,1
- посвященные правовым вопросам педиатрической помощи	3,5	3,6
- посвященные оказанию неотложной помощи	2,8	3,0
- посвященные организации и специалистам	3,1	3,3
- посвященные тактике поведения при чрезвычайных ситуациях	3,8	3,9
- о порядке посещения родителей учебных курсов, семинаров, «школ пациента»	2,3*	2,6
- посвященные медико-социальным программам, реализуемых на «федеральном, региональном и муниципальном уровнях» и возможностях в них участвовать	2,1*	2,9
- с контактной информацией о контролирующих организациях и ответственных лиц за обеспечение качества помощи в данной медицинской организации, уполномоченного по правам ребенка в регионе	3,7	3,9
- отражающие график работы специалистов и порядок приема	4,1	4,4
- отражающие правила поведения пациентов в условиях медицинской организации	3,8	3,9
Получение медицинского информированного согласия	3,9	4,3
Получение печатных материалов медицинского социального характера на руки	3,2	3,4
Устное информирование и консультирование врачом во время приема	3,1*	3,7
Общая оценка	3,4	3,6

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 44, отмечается неполное использование форм информационной поддержки оказания медицинских услуг педиатрического профиля в условиях поликлиники (общая оценка – 3,4 в первой группе, 3,6 – во второй). При этом преимущественное снижение отмечено по таким формам, как: «Информационные стенды организационного характера, в том числе о порядке посещения учебных курсов, семинаров, «школ пациента», «Информационные стенды, посвященные медико-социальным программам, реализуемым «на федеральном, региональном и муниципальном уровнях и возможностях в них участвовать».

Матери отметили, что медицинская информация излагается и отображается в большинстве случаев в недоступной для их понимания форме, не учитывает особенности лиц пожилого возраста (бабушки, родственники, которые приводят детей), а также мужчин-отцов (в полных семьях). Матери отметили, что после посещения врача у них не остается достаточной информации на руках о принципах, методах, условиях ухода и помощи ребенку, наблюдения за состоянием его здоровья в домашних условиях, они часто теряют или забывают информацию либо информация доктором пишется в рукописной форме непонятным почерком. Матери-«одиночки» отметили, что для них затруднительно являться на занятия «школы матерей».

Опрос показал, что имеется возможность расширения дистанционного консультирования и информирования матерей посредством Интернета за счет «повышения компьютерной грамотности» как пациентов, так и самих медицинских работников. Так, 77,8% матерей в неполных семьях и 87,9% в полных имеют дома компьютер, но не умеют пользоваться возможностями Интернета ($p < 0,05$).

Проведен анализ ответов матерей-респондентов на вопрос: «Из каких источников Вы получаете информацию о принципах лечения и оздоровления Вашего ребенка?» (таблица 45).

Таблица 45 – Распределение мнений матерей-респондентов по вопросу «Из каких источников Вы получаете информацию о принципах лечения и оздоровления Вашего ребенка?» (%)

Источники	Тип семьи						Всего
	неполная, n = 400			полная, n = 400			
	частота использования						
	часто	редко	не получаю	часто	редко	не получаю	
Педиатр участковый	78,5	22,5	–	81,2	18,8*	–	100,0
Другие врачи – специалисты	67,5	30,0	2,5	71,2	26,0*	2,8	100,0
Школьный врач	1,5	35,6	62,9	2,3	37,5	60,2	100,0
Знакомые медицинские работники	55,6	42,2	2,8	32,4	63,4	4,2*	100,0
Родственники, знакомые	23,6	53,2	24,2	11,2*	49,8	39,0*	100,0
Знахари, экстрасенсы	2,5	39,8	57,7	1,2*	22,4*	76,4*	100,0
Журналы, газеты, книги	67,5	31,2	1,3	77,8*	22,2	–	100,0
Телевидение, радио, Интернет	23,2	61,2	15,6	31,2*	68,7	0,1	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 45, матери из неполных семей более часто обращаются для пополнения своих медицинских знаний к знакомым, знахарям, чем матери из полных семей (55,6 против 32,4% соответственно) ($p < 0,05$).

О степени доверия матерей разным источникам информации, касающимся вопросов сохранения и укрепления здоровья их ребенка, свидетельствуют данные таблицы 46.

Таблица 46 – Распределение мнений матерей-респондентов по вопросу «Степень доверия источникам получения медицинской информации о принципах лечения и оздоровления вашего ребенка?» (%)

Источники	Тип семьи						Всего
	Неполная, n=400			Полная, n=400			
	Степень доверия						
	доверяют полностью	частично	не доверяют	доверяют полностью	частично	не доверяют	
Педиатр участковый	65,4	32,1	1,5*	76,5*	23,5	-	100,0
Другие врачи-специалисты	71,2	28,5	0,3*	79,5*	20,5	-	100,0
Школьный врач	56,7	32,4	10,9*	65,5*	34,5	-	100,0
Знакомые медицинские работники	65,4	31,2	3,4*	51,2*	48,3	0,5	100,0
Родственники, знакомые	54,5	41,8	3,7*	23,4*	61,2	15,4	100,0
Знахари, экстрасенсы	23,5	43,2	33,3*	4,3*	32,5	63,2	100,0
Журналы, газеты, книги	47,6	41,2	11,2*	24,5*	66,8	8,7	100,0
Телевидение, радио, Интернет	21,2	71,0	8,8*	12,5*	71,2	16,3	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 46, у матерей первой группы достоверно ниже ($p < 0,05$), чем второй, был уровень доверия к информации, которая представлялась лечащими врачами. Вместе с тем они чаще доверяли информации знакомых и знахарей, СМИ.

На врача-педиатра участкового приходится наибольшая доля времени общения с матерями (фактическими воспитателями) детей, поэтому представляют интерес данные оценки удовлетворенности матерями качества их медицинского информирования по различным аспектам врачом педиатром (таблица 47).

Таблица 47 – Доля матерей-респондентов удовлетворенных уровнем их медицинского информирования врачом-педиатром участковым (на 100 опрошенных)

Информационные элементы	Тип семьи	
	неполная, n = 400	полная, n = 400
О правах ребенка и родителей	78,5	79,1
О вредных факторах, которые могут повлиять на состояние здоровья в ребенка	71,2	72,5
О частоте посещения врача	89,5	87,3
О препаратах и медицинских приспособлениях, которые должны быть дома для оказания помощи	81,4	82,3
О правилах рационального питания ребенка	96,7	97,1
О двигательной активности	84,3	85,6
О формах и методах оздоровления ребенка	89,5	90,4
О создании домашнего микроклимата	71,2	79,2
О методах оказания неотложной помощи ребенку	87,6	88,3
О правилах наблюдения за состоянием здоровья ребенка	93,4	95,6
О методах предупреждения обострения заболевания ребенка	95,2	96,4

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 48, по большинству информационных элементов достоверных различий в группах сравнения нет, кроме вопроса, касающегося информирования о «создании благоприятного микроклимата в семье» (71,2% в неполных семьях против 79,2% – в полных) ($p < 0,05$). В целом данные опроса показывают, что, с одной стороны, медицинское информирование педиатром не носит профилактической направленности, а с другой, что даже, при возможном

реальном предоставлении информации врачом у матерей данная информация не отложилась.

Изучены данные опроса женщин по вопросу привлечения социальных служб к решению их проблем (таблица 48).

Таблица 48 – Мнение матерей об участии медицинских работников в инициации социальной поддержки оказания помощи им и их ребенку (%)

Уровень участия в обеспечении социальной поддержки	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
Педиатр участковый						
1. Помогал в решении вопросов	23,5	16,7	2,4	19,5	25,4*	3,6*
2. Не помогал	76,5	83,3	97,6	80,5	74,6	96,4
Другие специалисты						
1. Помогали в решении вопросов	0,8	0,5	0,5	0,7	0,6	0,1
2. Не помогали	99,2	99,5	99,5	99,3	99,4	99,9
Врач ДДУ, школы						
1. Помогал в решении вопросов	3,4*	3,9*	1,2*	1,5	1,3	0,9
2. Не помогал	96,6	96,1	98,8	98,5	98,7	99,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 48, медицинские специалисты не воспринимают участие в решении социальных вопросов семьи ребенка как часть своих обязанностей, хотя в нормативных документах такие функции врачей прописаны. Это можно связать с высокой нагрузкой на врачей-педиатров, что не позволяет им уделять должного внимания этим вопросам.

Психологический фактор во многом определяет субъективный аспект оценки пациентами состояния качества медицинской помощи, формирует благоприятный фон для выздоровления и создания доверительных отношений с врачом. Данные анализа мнений матерей-респондентов о психологической поддержке оказания помощи их ребенку отражены в таблице 49.

Таблица 49 – Мнение матерей-респондентов о психологической поддержке оказания помощи их ребенку (%)

Уровень психологической поддержки	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
Педиатр участковый						
1. Благоприятный фон	56,7	53,2	47,3	65,3	61,2	59,8*
2. Формальные отношения	43,2	46,6	47,2	34,7*	38,8	39,2
3. Негативный фон	0,1	0,2	5,5	–	–	1,0*
Другие специалисты						
1. Благоприятный фон	47,8	54,3	42,2	52,4	61,2*	52,0*
2. Формальные отношения	52,2	41,3	51,3	47,6	38,8	47,7
3. Негативный фон	–	4,4	6,5	–	–	0,3
Врач ДДУ, школы						
1. Благоприятный фон	34,5	27,8	21,5	41,2*	39,5*	38,7*
2. Формальные отношения	61,2	71,2	74,5	58,8	60,5	60,0
3. Негативный фон	4,3	1,0	4,0	–	–	1,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

В первой группе достоверно выше, чем во второй, доля матерей, воспринимающих отношения с врачами в негативном ключе, считая, что он не обеспечил доверительную и доброжелательную атмосферу взаимодействия. Отмечено, что в обеих группах более «холодные» отношения складываются с врачами ДДУ и школ.

Хорошим индикатором качества психологического контакта ребенка и врача является желание ребенка идти на прием. Данные таблицы 50 отражают результаты опроса матерей по данному вопросу.

Таблица 50 – Распределение ответов матерей-респондентов по вопросу «С желанием ли Вы и Ваш ребенок идете на прием к врачам?» (%)

Уровень желания ребенка	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
Педиатру участковому						
1. Да, поскольку ощущает доброе и внимательное отношение	88,9	85,6	70,3	91,2	92,3	84,5
2. Не всегда	11,1	10,4	22,1	8,8	6,7*	12,3*
3. С трудом приходится заставлять	–	4,0	7,6	–	1,0*	3,2*
Другим специалистам						
1. Да, поскольку ощущает доброе и внимательное отношение	85,9	87,5	89,5	88,2	94,3	92,4
2. Не всегда	10,8	6,7	7,1	11,0	5,1	5,2*
3. С трудом приходится заставлять	3,3	5,8	3,4	0,8*	0,6*	2,4*
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 50, матери из неполных семей достоверно чаще ($p < 0,05$), чем из полных, отмечали, что их ребенок сопротивляется посещению врача (соответственно $7,6 \pm 3,9$ и $2,4 \pm 1,8\%$) ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о неумении матерей из неполных семей правильно психологически настроить ребенка на посещение врача.

Данные опроса матерей о наличии затруднений при получении медицинской помощи в связи с заболеванием ребенка отражены в таблице 51.

Таблица 51 – Доля матерей-респондентов, указавших на наличие затруднений при получении помощи в связи с заболеванием ребенка (%)

Затруднения	Тип семьи	
	неполная, n = 400	полная, n = 400
1. «Недостаточно информации о работе учреждения»	34,50	36,70
2. «Недостаточно информации медицинского плана»	43,20	35,60*
3. «Неудобный график работы»	47,80	39,40*
4. «Долгое ожидание приема»	65,80	51,20*
5. «Отсутствие услуг, которые необходимы»	12,50	11,60
6. «Взимание дополнительной платы»	17,80	26,40*

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 51, матери из неполных семей достоверно чаще, чем из полных, указывали на такие ограничивающие факторы получения медицинской помощи их детям, как долгое ожидание приема специалистов (65,8 против 51,2%), неудобный график их работы (47,8 против 39,4%), недостаток в медицинской информации (43,2 против 35,6%) ($p < 0,05$).

В настоящее время реализуется комплекс мероприятий по борьбе с новой коронавирусной инфекцией. В связи с этим представляет интерес степень осведомленности матерей об этих мероприятиях и участие в них (таблица 52).

Таблица 52 – Распределение матерей-респондентов мероприятий по борьбе с новой корона вирусной инфекцией (%)

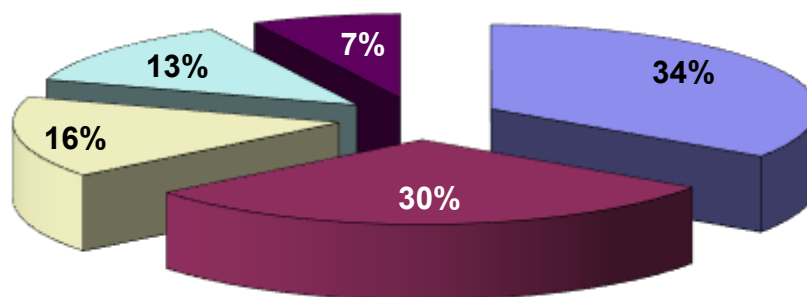
Уровень информированности и участия	Тип семьи	
	неполная, n = 400	полная, n = 400
1. Знают о мероприятиях и участвуют	64,1	61,2
2. Не знают и не участвуют	3,4	12,5*
3. Не знают, но хотят участвовать	32,5	27,5*
Всего	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 52, в обеих группах сравнения высока доля матерей, которые либо не знают о мероприятиях, либо знают, но по каким-то причинам в

них не участвуют. Социологический опрос показал, что только 43,0% родителей имеют COVID-настороженность, а 57,0% отрицают возможность заражения и не воспринимают к действию меры профилактики. Соблюдают профилактические меры (социальную дистанцию, ношение маски, обработку рук) на регулярной основе 62,0% родителей. При этом 42,0% родителей считают себя недостаточно осведомленными в вопросах профилактики COVID-19, не имеют полного представления об инфекции и высказываются за расширение информирования о коронавирусе и методах его профилактики. По данным опроса, в условиях пандемии COVID-19 в различных видах поддержки нуждаются 56,0% неполных семей, воспитывающих детей, и 99,0% медицинских работников, оказывающих им помощь, с приоритетностью для первой группы медицинского, посреднического и материального компонентов, а для второй – транспортного и организационного.

Матерям из неполных семей был задан вопрос: «Ваши предложения по совершенствованию медицинской и социальной помощи вам и вашему ребенку?». Ответы по медицинскому блоку распределились следующим образом (рисунок 3): первое место – повышение доступности помощи врачей-специалистов (34,5%); второе – развитие дистанционной консультативной помощи врачей посредством Интернет, системы «электронной регистратуры» (29,8%); третье – введение специальных дней приема врачами поликлиники детей из неполных семей (15,6%); четвертое – создание условий и повышение качества общения врачей с пациентами (12,7%); пятое – повышение материальной мотивации медицинских работников к качественной работе, профилактика «поборов» (7,4%).



- повышение доступности помощи врачей-специалистов
- развитие дистанционного медицинского консультирования
- введение специальных дней приема детей из неполных семей
- создание условий и повышение качества общения врачей с пациентами
- повышение материальной мотивации врачей к качественной работе

Рисунок 3 – Структура потребностей матерей в медицинской помощи детям из семей неполного типа

Среди мер социальной поддержки матери детей из неполных семей выделили следующие (рисунок 4): первое место – «организация консультативных приемов в поликлинике и проведение дистанционного консультирования посредством Интернет по вопросам получения социальной помощи» (31,2%); второе – «увеличение выплат по социальным программам» (28,5%); третье – «введение системы совместного медико-социального патронажа детей из неполных семей, развитие системы волонтерства, формирование фондов помощи матерям, находящихся в затруднительной ситуации, формирование актива из числа таких матерей» (14,9%); четвертое – «помощь в трудоустройстве матерей» (14,1%); пятое – «решение вопросов повышения транспортной доступности медицинской помощи» (11,3%).

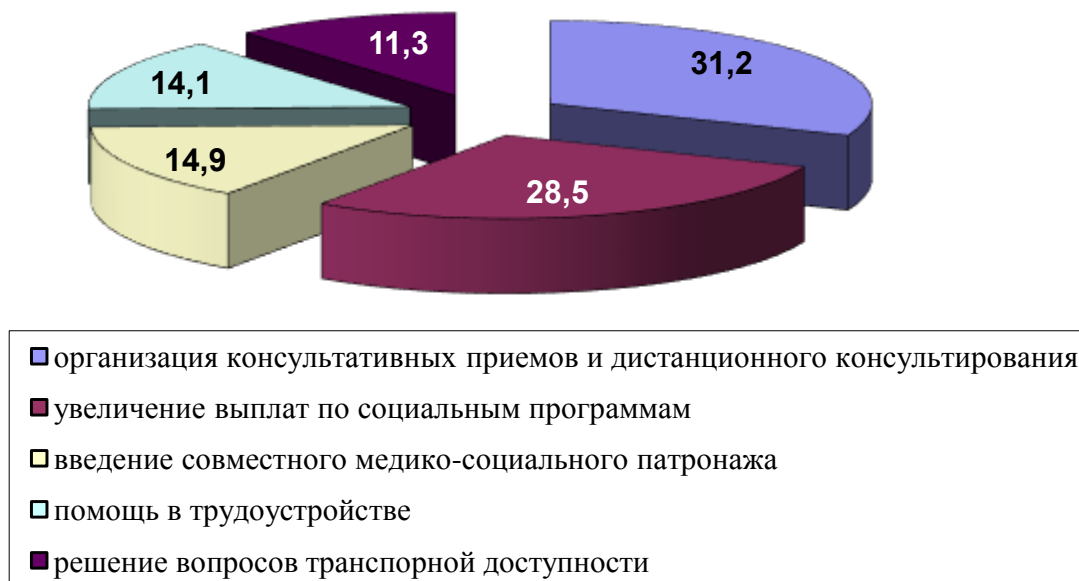


Рисунок 4 – Структура потребностей матерей в медико-социальной помощи детям из семей неполного типа

5.3. Результаты экспертной оценки качества медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях г. Раменское Московской области

Данные экспертной оценки показали, что в целом частота лечебно-диагностических дефектов амбулаторно-поликлинической помощи детям составляет 12,4, «диагностических» – 2,8, «профилактических» – 14,3, «консультативных» – 21,3 на 100 случаев.

Результаты экспертной оценки случаев оказания помощи детям по критерию «Полнота проведения профилактических мероприятий в условиях детской поликлиники» представлены в таблице 53.

Как видно из таблицы 53, у детей из неполных семей достоверно чаще профилактические мероприятия проведены были не в полном объеме (10,3 против 4,6%) ($p < 0,05$), что, по мнению экспертов, связано с неявкой пациентов на медицинские мероприятия (осмотры, прививки).

Таблица 53 – Данные экспертной оценки случаев оказания помощи детям по критерию «Полнота проведения профилактических мероприятий в условиях детской поликлиники» (%)

Уровень оценки	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. «Полностью»	91,2	92,8	89,7	97,8	98,5	95,4
2. «Частично»	8,8	7,2	10,3	2,1*	1,4*	4,6*
3. «Имеются нарушения в технологии»	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Проведен анализ экспертной оценки оказания помощи детям в условиях поликлиники по критерию «Полнота диагностических мероприятий» (таблица 54).

Таблица 54 – Данные экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях по критерию «полнота диагностических мероприятий» (%)

Уровень оценки	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. «Полностью»	98,5	99,7	96,7	99,8	99,5	97,8
2. «Частично»	1,5	0,2	3,1	0,2	0,5	2,1
3. «Имеются нарушения в технологии»	–	0,1	0,2	–	–	0,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Достоверных различий в частоте снижения диагностической части медицинской помощи в группах сравнения не установлено ($p > 0,05$).

Результаты экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях по критерию «Полнота проведения консультативных мероприятий» отражено в таблице 55.

Таблица 55 – Данные экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях по критерию «Полнота проведения консультативных мероприятий» (%)

Уровень оценки	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. «Полностью»	87,5	89,4	91,2	86,5	91,2	92,5
2. «Частично»	12,0	10,6	6,4	13,5	8,6	5,4
3. «Имеются нарушения в технологии»	0,5	–	2,4	–	0,2	2,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из таблицы 55, в обеих группах отмечается сопоставимая частота отклонения в полноте выполнения консультативных мероприятий ($p > 0,05$). По мнению экспертов, основной причиной неполного выполнения консультативных мероприятий является отсутствие специалистов и высокая загруженность имеющих.

Проведен анализ данных экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях по критерию «Полнота выполнения патронажей, мероприятий по формированию навыков ухода, пропаганде грудного вскармливания детям до 3 лет» (таблица 56).

Из таблицы 56 следует, что в неполных семьях чаще ($p < 0,05$) отмечалось снижение полноты выполнения патронажей (10,0 против 6,3%). По мнению экспертов, это связано со снижением доступа врачей и медсестер к детям на дому в неполных семьях.

Таблица 56 – Данные экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях по критерию «Полнота выполнения патронажей, мероприятий по формированию навыков ухода, пропаганде грудного вскармливания» (%)

Уровень оценки	Тип семьи	
	неполная, n = 400	полная, n = 400
1. «Полностью»	89,5	93,4
2. «Частично»	10,0	6,3*
3. «Имеются нарушения в технологии»	0,5	0,3
Всего	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Результаты анализа экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях по критерию «Полнота проведения коррекционных мероприятий» представлены в таблице 57.

Таблица 57 – Данные экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях по критерию «Полнота проведения коррекционных (реабилитационных) мероприятий» (%)

Уровень оценки	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. «Полностью»	56,4	61,2	71,2	65,8	74,1*	78,3
2. «Частично»	32,4	33,6	24,3	21,3*	20,5*	17,6*
3. «Имеются нарушения в технологии»	13,2	5,2	4,5	12,9	5,4	4,1
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 57, в обеих группах экспертами установлены нарушения в выполнении объемов и технологии проведения коррекционных и реабилитационных мероприятий. При этом в неполных семьях наиболее высока

доля частичного выполнения необходимых мероприятий, чем в полных (33,6 против 20,5%) ($p < 0,05$).

Сводные данные экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях представлены в таблице 58.

Таблица 58 – Данные экспертной оценки случаев оказания помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях (частота дефектов на 100 случаев)

Характер дефектов	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
Дефекты объема лечебных мероприятий	14	10*	6	12	8	5
Дефекты объема диагностических мероприятий	2	4	2	2	3	2
Дефекты объема профилактических мероприятий	14	17	13	10*	13*	11
Дефекты объема консультативной помощи	21	23	16	15*	17*	12
Дефекты результата помощи	2	2	2	2	1*	1
Дефекты доступности	6	7	4	5	7	4
Дефекты преемственности	6	3	5	6	3	5
Наличие осложнений заболевания в связи с неправильной тактикой врача	2	1	2	2	2	2
Нарушение принципа индивидуального подхода	3	6	11	2*	3*	6*
Всего	70	73	59	56	57	48

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 58, первое ранговое место по частоте занимают дефекты, связанные с проведением консультаций специалистов, на втором – дефекты при проведении профилактических мероприятий, на третьем – дефекты, связанные с лечебной помощью. Отмечено, что частота дефектов в основной группе исследования (неполные семьи) была достоверно выше по таким дефектам, как «нарушение принципа индивидуального подхода» (соответственно 11 против 6

дефектов на 100 случаев) ($p < 0,05$), а также по проведению консультативной (21 против 15) ($p < 0,05$) и профилактической помощи (14 против 10) ($p < 0,05$).

Проанализированы мнения экспертов о факторах, которые повлияли на снижение результативности медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях (таблица 59). Так, установлено, что первое место, среди факторов, повлиявших на качество и результативность помощи, занимают: медицинская активность пациента (его матери); на втором – неукомплектованность штатов. Следует отметить, что в первой группе (помощь семьям неполного типа) достоверно выше была доля факторов низкой медицинской активности пациентов (их матерей), чем во второй (из полных семей) (соответственно 67,7 против 61,0%) ($p < 0,05$).

Таблица 59 – Мнения экспертов «о факторах, которые повлияли на снижение качества и результативности медицинской помощи оказания помощи детям в условиях детской поликлиники» (%)

Факторы	Тип семьи					
	неполная, n = 400			полная, n = 400		
	Возраст ребенка, лет					
	0–3	3–6	7–14	0–3	4–6	7–14
1. «Дефицит ресурсов» (медикаментов, оборудования)	2,5	1,2	0,9	1,9*	1,3	1,1
2. Тяжесть патологии, особенности течения	3,2	4,5	4,1	4,3*	4,6	4,9
3. Неукомплектованность штатов, повышенная нагрузка на персонал, низкая мотивация медработников	21,6	24,9	32,1	27,8*	29,7	39,5
4. Недостаточные знания и умения медицинского персонала по вопросам использования современных технологий	1,5	2,1	2,3	1,1	1,4	2,1
5. Недостатки в организации помощи	3,5	3,2	2,8	3,9	4,5	3,1
6. Медицинская активность пациента (его матери)	67,7	64,1	57,8	61,0*	58,5	49,3*

Примечание. *Имеются достоверные различия ($p < 0,05$).

Большинство матерей из неполных и полных семей (соответственно 87,8 и 89,5%) отметили, что они были приглашены на диспансеризацию. Не явились с ребенком на осмотр или прошли ее не полностью 34,5% матерей в неполных семьях и 15,6% – в полных, сославшись на недостаток времени, неудобный график работы специалистов, длинные очереди и ожидание приема ($p < 0,05$).

5.4. Факторная обусловленность заболеваемости детей из неполных семей

Высокая доля длительно и часто болеющих детей в неполных семьях диктует необходимость изучения факторов, которые могут повлиять на ее снижение, эффективность оздоровления. Факторы были распределены на три группы: социально-экономические, медико-социальные, медико-организационные.

Анализировались следующие социально-экономические факторы: возраст, образование и трудовая нагрузка (занятость) матери, доход семьи.

Установлена связь возраста матери с уровнем заболеваемости детей, следовательно, эффективность оздоровительных мероприятий зависит от возрастной структуры семей (таблица 60). Так, доля матерей в возрасте 18–29 лет во второй группе была достоверно выше, чем в первой (соответственно 16,1 против 5,8%) ($p < 0,05$). Уровень дохода семьи, как показывают данные, может способствовать сохранению здоровья ребенка. Так, в первой группе доля семей, имеющих доход выше прожиточного минимума, была достоверно выше, чем во второй (соответственно 19,8 и 10,2%) ($p < 0,05$), что, возможно, позволяет обеспечивать лучшие бытовые условия, питание досуг детей, их оздоровление. Доля матерей с высоким уровнем образования достоверно выше во второй группе (32,5 против 15,4%) ($p < 0,05$), напротив, доля с низким уровнем образования была достоверно ниже (36,6 против 56,8%). Высокая занятость матери является негативным фактором для сохранения здоровья ребенка (частота высокой нагрузки у матерей детей второй группы составила 35,0%, первой – 18,0%) ($p < 0,05$).

Таблица 60 – Частота социально-экономических факторов в группах сравнения (длительно и часто болеющих и редко болеющих детей) (абс. / %)

Градации фактора	Первая группа, n = 220	Вторая группа, n = 180	Достоверность разности по критерию Стьюдента
Возраст матери			
18–29 лет	13 (5,8)	29 (16,1)	p < 0,05
30–39 лет	110 (49,8)	74 (41,2)	p > 0,05
40 лет и старше	97 (44,4)	77 (42,7)	p > 0,05
Доход семьи с ребенком			
«Выше прожиточного минимума»	44 (19,8)	18 (10,2)	p < 0,05
«На уровне прожиточного минимума»	72 (32,6)	46 (25,6)	p < 0,05
«Ниже прожиточного минимума»	104 (47,6)	116 (64,2)	p < 0,05
Образование матери			
Высшее	71 (32,5)	28 (15,4)	p < 0,05
Средне-специальное	68 (30,9)	50 (27,8)	p > 0,05
Среднее	81 (36,6)	102 (56,8)	p < 0,05
Трудовая нагрузка (занятость) матери			
Высокая (более 8 часов в день)	40 (18,0)	63 (35,0)	p < 0,05
Средняя (6–8 часов в день)	161 (73,00)	108 (60,0)	p < 0,05
Низкая (менее 6 часов в день)	19 (9,0)	8 (5,0)	p > 0,05
Итого	220 (100,0)	180 (100,0)	

Анализировались следующие медико-социальные факторы: уровень медицинской информированности матери, медицинская активность матери по сохранению здоровья ребенка, удовлетворенность матери взаимодействием с врачом, психологический климат в семье, приверженность матери принципам здорового образа жизни.

Опрос показал (таблица 61), что матери, дети которых часто болеют, достоверно чаще имеют низкий уровень медицинской информированности (низкий уровень информированности во второй группе составил 56,7%, тогда как в первой – 27,9%) (p < 0,05).

Доля матерей с высоким уровнем медицинской информированности в первой группе была почти в два раза выше, чем во второй (23,1% против 12,8%) ($p < 0,05$).

Сохранение здоровья детей в неполных семьях, как свидетельствуют данные опроса, обусловлены приверженности матери принципам здорового образа жизни. Так, доля матерей с высоким уровнем реализации принципа здорового образа жизни в первой группе была в три раза выше, чем во второй (соответственно 22,5% против 7,8%) ($p < 0,05$).

Анализ показал, что активность в отношении сохранения здоровья семей оказывает положительное влияние на снижение заболеваемости детей, эффективность оздоровительных мероприятий у детей. Так, доля матерей с высоким уровнем медицинской активности в первой группе была достоверно выше, чем во второй (34,5 против 13,8%) ($p < 0,05$).

Уровень удовлетворенности матерей взаимодействием с врачом-педиатром является одним из факторов эффективности оздоровительных мероприятий. Так, в первой группе доля матерей с низкой удовлетворенностью была в 4,5 раза ниже, чем во второй (соответственно 2,5 и 15,9%) ($p < 0,05$).

Психологический климат в семье, психотип отношения к ребенку, как показал анализ полученных данных, может повлиять на успешность оздоровительных мероприятий у детей. Так, в первой группе доля семей с высоким уровнем психологических проблем в семье составляла 8,9% против 21,8% во второй группе.

Таблица 61 – Частота медико-социальных факторов в группах сравнения (длительно и часто болеющих и редко болеющих детей) (абс. / %)

Градации фактора	Первая группа, n = 220	Вторая группа, n = 180	Достоверность разности по критерию Стьюдента
Уровень медицинской информированности матери			
Высокий	51 (23,10)	23 (12,8)	p < 0,05
Средний	108 (49,00)	55 (30,5)	p < 0,05
Низкий	61 (27,9)	102 (56,7)	p < 0,05
Медицинская активность матери по сохранению здоровья ребенка			
Высокий	76 (34,50)	25 (13,8)	p < 0,05
Средний	110 (49,8)	70 (38,9)	p < 0,05
Низкий	34 (15,70)	85 (47,3)	p < 0,05
Удовлетворенность матери взаимодействием с врачом			
Высокий	125 (56,70)	42 (23,50)	p < 0,05
Средний	90 (40,8)	109 (60,6)	p < 0,05
Низкий	5 (2,5)	29 (15,9)	p < 0,05
Психологический климат в семье			
Неблагоприятный	20 (8,9)	39 (21,80)	p < 0,05
Средний	55 (25,1)	88 (48,7)	p < 0,05
Благоприятный	145 (66,0)	53 (29,5)	p < 0,05
Приверженность матери принципам ЗОЖ			
Высокий	50 (22,5)	14 (7,8)	p < 0,05
Средний	91 (41,2)	86 (47,6)	p < 0,05
Низкий	79 (36,3)	80 (44,6)	p < 0,05
Итого	220 (100,0)	180 (100,0)	–

Проведен анализ по следующим медико-организационным факторам: возраст, стаж работы, уровень квалификации, выполнения технологий, уровень рабочей нагрузки (таблица 62).

Таблица 62 – Частота факторов медицинской организации в группах сравнения (длительно и часто болеющих и редко болеющих детей) (абс. / %)

Градации фактора	Первая группа, n = 220	Вторая группа, n = 180	Достоверность разности по критерию Стьюдента
Возраст врача			
«0–30 лет»	6 (2,9)	22 (12,5)	p < 0,05
«30–49 лет»	191 (86,8)	138 (76,60)	p < 0,05
«50 лет и старше»	23 (10,3)	20 (10,9)	p > 0,05
Стаж работы			
«Менее 3 лет»	3 (1,50)	7 (3,90)	p < 0,05
«3–9 лет»	47 (21,2)	62 (34,5)	p < 0,05
«10 лет и более»	170 (77,3)	111 (61,60)	p < 0,05
Уровень квалификации участкового врача педиатра			
Высшая и первая категория	55 (25,0)	18 (10,0)	p < 0,05
Вторая квалификационная категория	66 (30,0)	50 (28,0)	p > 0,05
Без категории	99 (45,0)	112 (62,0)	p < 0,05
Выполнение технологии профилактической работы с детьми			
Полностью выполняются (нет дефектов)	147 (66,7)	62 (34,5)	p < 0,05
Частично (имеются незначительные дефекты)	66 (30,2)	74 (41,2)	p < 0,05
Выполняются с нарушениями	7 (3,1)	44 (24,3)	p < 0,05
Нагрузка на врачей			
Высокая (работа на 1,5 ставки, работа вне основной)	10 (4,5)	16 (9,2)	p < 0,05
Средняя (работа на ставку)	201 (91,2)	163 (90,3)	p > 0,05
Низкий (работа менее, чем 1 ставку)	9 (4,3)	1 (0,5)	p < 0,05
Итого	220 (100,0)	180 (100,0)	–

Установлено, что молодые врачи хуже справляются с задачей снижения заболеваемости детей, чем их старшие коллеги. Так, во второй группе доля молодых врачей составляла 12,5% против 2,9% – в первой (p < 0,05).

Стаж работы в педиатрической службе, как показал анализ полученных данных, играет немаловажную роль в обеспечении успешности оздоровительных мероприятий у детей. Так, доля работников со стажем практической деятельности более 10 лет в первой группе составляла 77,3%, против 61,6% – во второй) ($p < 0,05$). Также имеет значение уровень квалификации врача – врачи с первой и высшей квалификационными категориями обеспечивают лучший уровень профилактики развития и обострений заболеваний детей. Так, доля таких специалистов в первой группе была достоверно выше, чем во второй (25,0 против 10,0%) ($p < 0,05$), что говорит о важности стимулирования саморазвития и повышения квалификации врачей педиатрической службы.

Установлено, что качество выполнения технологий лечения является значимым фактором в обеспечении задачи снижения заболеваемости детей. Об этом свидетельствует то, что в первой группе доля нарушений технологии лечения составляла 66,7%, во второй – 34,5% ($p < 0,05$).

Рабочая перегрузка медицинского персонала, как показали данные сравнительного анализа, может негативно сказываться на эффективности профилактики заболеваний у детей. Так, доля медицинских работников, имеющих высокий уровень трудовой нагрузки (работа на 1,5 ставки, работа вне основной, недостаток времени для отдыха) в первой группе составила 4,5%, во второй – 9,2% ($p < 0,05$).

Оценка значимости различных факторов в успешности профилактики заболеваемости у детей из неполных семей, их оздоровлении представлена в таблицах 63 и 64.

Таблица 63 – Оценка значимости социально-экономических и медико-социальных факторов со стороны семьи в успешности профилактики заболеваемости у детей из семей неполного типа

Факторные признаки	Группы сравнения	$P \pm m\%$	p	ДИ (%)	ОР	J
Возраст матери 18–29 лет	Первая	$5,8 \pm 0,5$	0,05	4,8–6,9	2,8	7,3
	Вторая	$16,1 \pm 0,8$		14,5–17,8		
Уровень образования матери низкий (среднее)	Первая	$36,6 \pm 1,5$	0,05	33,6–39,7	1,6	7,5
	Вторая	$56,8 \pm 1,2$		54,4–59,3		
Высокая трудовая нагрузка матери (более 8 часов)	Первая	$18,0 \pm 0,6$	0,05	16,8–19,3	2,0	5,9
	Вторая	$35,0 \pm 1,8$		31,4–38,7		
Доход семьи ниже прожиточного минимума	Первая	$47,6 \pm 1,5$	0,05	44,6–50,7	1,4	6,5
	Вторая	$64,2 \pm 2,3$		59,6–68,9		
Неблагоприятный психологический климат в семье	Первая	$8,9 \pm 0,5$	0,05	7,9–9,9	2,3	3,8
	Вторая	$21,8 \pm 1,7$		18,4–25,3		
Низкая медицинская информированность матери	Первая	$27,9 \pm 0,9$	0,05	26,1–29,8	2,1	5,3
	Вторая	$56,7 \pm 2,5$		51,7–61,8		
Низкая приверженность матери принципам ЗОЖ	Первая	$44,6 \pm 2,9$	0,05	38,8–50,5	2,0	4,9
	Вторая	$22,5 \pm 1,5$		19,5–25,6		
Низкая медицинская активность	Первая	$15,7 \pm 0,5$	0,05	14,7–16,8	3,0	5,1
	Вторая	$47,3 \pm 3,5$		40,3–50,9		
Неудовлетворенность взаимодействием с врачом	Первая	$2,5 \pm 0,1$	0,05	2,3–2,8	6,4	2,7
	Вторая	$15,9 \pm 0,8$		14,3–17,6		

Таблица 64 – Оценка значимости медико-организационных факторов со стороны семьи в успешности профилактики заболеваемости у детей из семей неполного типа

Факторные признаки	Группы сравнения	$P \pm m\%$	p	ДИ (%)	ОР	J
Возраст врача до 30 лет	Первая	$2,9 \pm 0,2$	0,05	2,7–3,2	4,3	2,9
	Вторая	$12,5 \pm 0,9$		10,7–14,4		
Стаж работы врача менее трех лет	Первая	$1,5 \pm 0,3$	0,05	0,9–2,2	2,6	2,8
	Вторая	$3,9 \pm 0,4$		3,1–4,8		
Врач без категории	Первая	$45,0 \pm 2,5$	0,05	40,0–50,0	1,4	3,3
	Вторая	$62,0 \pm 3,8$		54,8–69,3		
Нагрузка на врача высокая (на 1,5 ставки; вне основной)	Первая	$5,8 \pm 0,3$	0,05	5,2–6,4	2,8	5,7
	Вторая	$16,1 \pm 0,7$		14,7–17,5		
Невыполнение принятой технологии профилактики	Первая	$4,5 \pm 0,3$	0,05	3,9–5,1	2,1	4,7
	Вторая	$9,2 \pm 0,4$		8,4–10,0		

Установлена сильная корреляционная связь ряда перечисленных факторов с заболеваемостью детей в неполных семьях, а именно с факторами: «выполнение принятой технологии профилактики» ($r = -8,7$), «трудовая нагрузка матери» ($r = +8,5$), «медицинская активность матери с ребенком» ($r = -8,4$), «медицинская информированность матери» ($r = -8,2$), «приверженность матери принципам ЗОЖ» ($r = -7,9$), «возраст матери» ($r = -7,5$), «уровень образования матери» ($r = -7,6$), «доход семьи» ($r = -7,4$), «удовлетворенность взаимодействием с врачом» ($r = -7,2$).

По данным факторного анализа установлено влияние семейных и медико-организационных факторов на заболеваемость детей из неполных семей, что выражается разными значениями информативности (J): уровень образования матери низкий (среднее) ($J = 7,5$), возраст матери 18–29 лет ($J = 7,3$), доход семьи ниже прожиточного минимума ($J = 6,5$), высокая трудовая нагрузка матери ($J = 5,9$), низкая медицинская информированность матери ($J = 5,3$), низкая медицинская активность ($J = 5,1$), низкая приверженность матери принципам здорового образа

жизни ($J = 4,9$), неблагоприятный психологический климат в семье ($J = 3,8$), неудовлетворенность взаимодействием с врачом ($J = 2,7$). Среди медико-организационных факторов наибольшую значимость в заболеваемости у детей имеют: уровень рабочей нагрузки врача ($J = 5,7$), невыполнение технологии профилактики ($J = 4,7$), уровень квалификация врача без категории ($J = 3,3$), возраст врача до 30 лет ($J = 2,9$), стаж работы врача менее 3 лет ($J = 2,8$).

Анализ весовой значимости 15 выделенных факторов (9 факторов со стороны семьи, 6 – со стороны медицинской организации (медицинских работников) позволил установить структуру медико-социальной факторной обусловленности заболеваемости детей из неполных семей. Доля «факторов со стороны медицинских работников» в общей заболеваемости детей составляет 57,0%, «факторов семьи» – 43,0%.

Резюме к главе 5

Данные анализа экспертной оценки доступности и качества медицинской помощи детям из неполных семей позволило установить наличие особенностей, а именно: низкую удовлетворенность матерей помощью, особенно в части ее результата и межличностного общения с врачом; приоритетное снижение географической и временной доступности поликлинической помощи; низкую медицинскую активность данного контингента матерей с детьми.

Установлено, что в обеспечении успешности оздоровительных мероприятий у часто и длительно болеющих детей из неполных семей 57% приходится на «факторы со стороны семьи» (уровень образования матери, возрастная структура семьи, уровень материального благополучия, медицинской информированности, медицинской активности, реализации принципов здорового образа жизни в семье, психологические проблемы в семье, уровень удовлетворенности родителей работой педиатрической службы, 36,0% – на «факторы со стороны медицинских работников» (уровень рабочей нагрузки персонала, выполнение технологии лечения, уровень квалификации работников, возраст, стаж работы), 7% – на «фактор качества выполнения медицинской технологии».

Глава 6. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ИЗ СЕМЕЙ НЕПОЛНОГО ТИПА НА ОСНОВЕ ОБЩЕСТВЕННО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА И МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ПОДХОДА

6.1. Результаты SWOT-анализа состояния обеспечения и организации первичной медико-санитарной помощи детям из семей неполного типа

Данные, полученные на предыдущих этапах исследования, послужили теоретической основой для проведения SWOT-анализа существующего состояния обеспечения и организации первичной медико-санитарной помощи детям из семей неполного типа в амбулаторных условиях с учетом возможностей межведомственного подхода, выделить особенности и проблемы (слабые места) медико-социального, кадрового, правового, социально-психологического, социально-экономического планов, а также определить возможные направления совершенствования медико-социальной помощи детям из неполных семей с учетом современных технологий социальной педиатрии и тенденций к развитию общественно-государственного партнерства (таблица 65, приложение Г).

SWOT-анализ позволил выделить четыре блока проблем обеспечения и организации первичной медико-санитарной помощи детям из семей неполного типа в амбулаторных условиях, а именно: правовой, экономический, медико-социально-психологический, организационный, социальный, взаимодействия.

Следует отметить, что большинство озвученных проблем характерны для здравоохранения в целом и связаны с недостаточным финансированием, формированием правовой базы здравоохранения, а также повышением профессиональной подготовки и мотивации медицинских работников.

Среди проблем, характерных для города Раменское Московской области, следует отметить: повышенную миграцию медицинских кадров в г. Москву, вследствие этого высокую текучесть кадров (более 20% ежегодно),

низкую мотивацию к труду, отсутствие профессионального отбора; высокую долю матерей, чья трудовая деятельность происходит вдали от дома (в г. Москве) (35,0%), что приводит к снижению затрат времени на ребенка; высокую долю матерей – приезжих из других регионов (37,0%), что осложняет их адаптацию к новой социально-экономической среде.

Возможности совершенствования обеспечения и организации первичной медико-санитарной помощи детям из семей неполного типа в амбулаторных условиях можно объединить в три смысловых блока: предложения организационно-правового порядка, предложения кадрового порядка, предложения, ориентированные на медико-социальную помощь детям из семей неполного типа. В частности, представляется возможным: формирование реестра печатных и электронных изданий, которым могут доверять население и медицинские работники; формирование и распространение электронных дайджестов; нормативное закрепление увеличения затрат времени на прием пациента в поликлинике; более гибкое планирование объемов медицинской помощи с учетом мониторинга демографической ситуации; уточнение показаний для консультаций специалистов; разработка методических рекомендаций для врачебного и среднего медицинского персонала по работе с неполными семьями, воспитывающими ребенка; успешное проведение профилактической и реабилитационной работы; проведение имиджевой работы по формированию положительного образа медицинских работников в глазах населения; согласование с работодателями мер социальной поддержки матерей-одиночек.

Исходя из анализа нормативно-правовых актов и научной литературы определен функционально-ролевой контент ответственности за здоровье детей в системе «семья ребенка» – «социальные институты» – «социальные группы и общественные объединения» (таблица 65) и его описание (приложение Д), включающий роли, функции и ответственность.

Таблица 65 – Функционально-ролевой контент ответственности за здоровье детей в системе межведомственного взаимодействия

Функции	ДП	ОО	ОС	ОО и О, СМИ	ОГВ, ПО
Оказание медицинской помощи	+				
Информирование (правовое, медицинское, социальное)	+	+	+	+	+
Научение здоровьесбережению, подбор средств	+	+		+	
Оказание социальной помощи			+	+	
Налаживание коммуникаций	+	+	+	+	+
Помощь медицинским работникам, социальным педагогам		+	+	+	+
Отстаивание интересов и прав ребенка	+	+	+	+	+
Контроль за условиями и качеством сохранения здоровья и безопасностью детей	+	+	+	+	+
Защита интересов и прав ребенка и семьи	+	+	+	+	+
Формирование семейных ценностей		+		+	
Разработка нормативно-правой базы, создание условий и регламентов здоровьесбережения детей			+		+

Примечания: ДП – детская поликлиника; ОО – образовательная организация; ОС – органы соцзащиты; ОО и О – общественные организации и объединения; СМИ – средства массовой информации; ОГВ – органы государственной власти; ПО – правоохранительные органы.

Организационно-функциональная модель медико-социальной поддержки семей с детьми, нуждающихся в ней, представлена на рисунке 5.



Рисунок 5 – Оптимальная схема участия органов и учреждений здравоохранения г. Раменского в охране здоровья и прав ребенка и семей с детьми на основе межведомственного подхода

Совокупность медико-организационных мероприятий включает создание на базе городской детской поликлиники «координационного совета по организации

медицинской помощи детям из неполных и неблагополучных семей» в составе: заведующая поликлиникой, заведующие отделениями, психолог, юрист, специалист по социальной работе, а также «Территориального координационного центра «Комплексной медико-социальной, медико-психологической и правовой помощи детям, воспитывающихся в неполных семьях», в задачи которого входит:

Задача 1 – Проведение мониторинга медико-социального и социально-экономического статуса детей, воспитывающихся в неполных и неблагополучных семьях, оценка риска нарушений результативности медицинской помощи детям по семейным факторам.

Задача 2 – Разработка программ и рекомендаций по работе с неполными и неблагополучными семьями, воспитывающими ребенка.

Задача 3 – Организация медико-социальной, медико-правовой помощи неполным семьям.

Задача 4 – Организация взаимодействия со стейкхолдерами и волонтерами.

Создание данного центра не предусматривает введение дополнительных должностей, а основано на формировании рабочих групп из штатных работников поликлиники по определенным функционалам (рисунок 6).

Предложена «Медико-организационная модель реализации мероприятий первичной медико-санитарной помощи детям, воспитывающимся в семье неполного типа» в условиях детской поликлиники (рисунок 7).

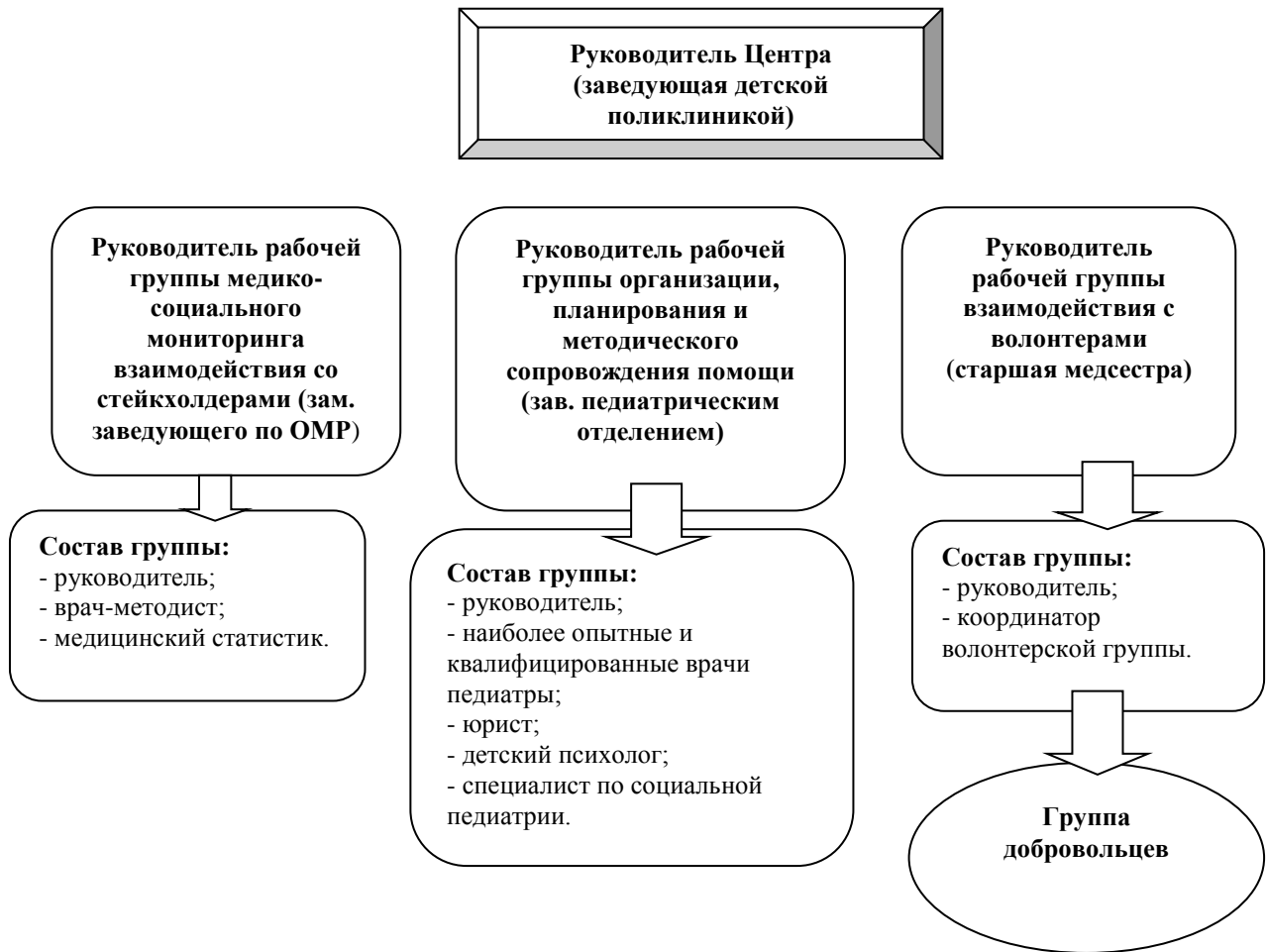


Рисунок 6 – Структурные характеристики территориального координационного центра «Комплексной медико-социальной, медико-психологической и правовой помощи детям, воспитывающимся в неполных семьях»

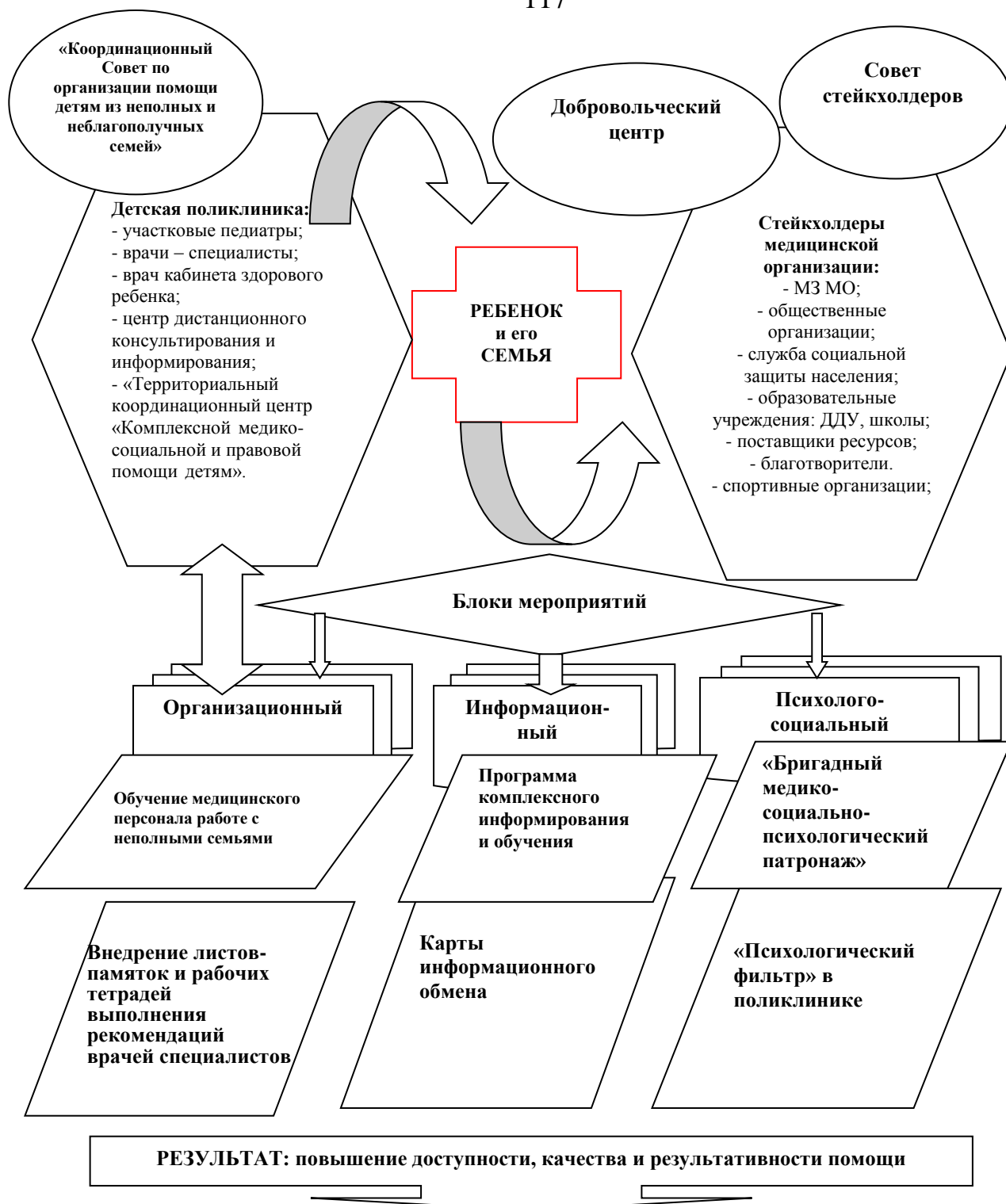


Рисунок 7 – «Медико-организационная модель реализации мероприятий первичной медико-санитарной помощи детям, воспитывающимся в неполной семье, в условиях детской поликлиники»

Предложен алгоритм организации работы врача-педиатра с неполными семьями, воспитывающими детей, включающий восемь этапов (рисунок 8).



Рисунок 8 – Алгоритм работы врачей-педиатров детских поликлиник с неполными семьями

Для совершенствования оценки результативности работы врачей-педиатров детских поликлиник с неполными семьями, воспитывающими детей, предложена модель конечных результатов (приложение Е). Предложенная модель позволяет рассчитать коэффициент достижения результата (КДР) работы врачей-педиатров детских поликлиник с неполными семьями. Алгоритм расчета КДР включает: 1. Расчет фактических значений в процентах (ФЗ). 2. Определение соответствия фактических значений нормативному в процентах и баллах: фактические значения/нормативные. 3. Суммирование оценочных значений показателей в баллах по всем критериям. 4. Расчет КДР: $КДР = \text{ОС (баллы)} / \text{НЗ (баллы)}$. КДР менее 0,75 означает низкую результативность работы врачей-педиатров детских поликлиник с неполными семьями; в диапазоне 0,75–0,95 – недостаточную эффективность; свыше 0,95 – высокую эффективность.

Поведенное исследование показало, что в условиях высокой трудовой нагрузки на врачей-педиатров участковых детских поликлиник, а также многонаправленности проблем, с которым сталкиваются неполные семьи по реализации задач сохранения и укрепления здоровья ребенка, является необходимым развитие помощи на принципах межсекторального сотрудничества и общественно-государственного партнерства. Это послужило основой для разработки соответствующего направления совершенствования помощи семьям неполного типа с детьми.

Для комплексной поддержки и согласования межсекторальных вопросов медико-социальной помощи неполным семьям сформирован «Общественный совет стейкхолдеров», в состав которого входят: представители общественных организаций пациентов, главный врач ЦРБ, представители общественных организаций медицинских работников, представители от неполных семей, организационные партнеры, инвесторы, представители ДДУ и школ города, представители службы социальной защиты, представители УВД, миграционной службы, службы занятости населения, депутаты.

Инициировать формирование фондов помощи матерям, находящимся в затруднительной ситуации, решать вопросы повышения транспортной

доступности медицинской помощи, оказывать помощь в трудоустройстве матерей вопросы, которые призваны решать стейкхолдеры медицинской организации.

Для решения практических вопросов медико-социальной помощи детям из неполных семей важно развитие системы волонтерства, как из числа молодых людей, чья профессия ориентирована на социальное служение (студенты медицинских и педагогических училищ, вузов), так и за счет формирования актива из числа социально активных матерей («контактные» матери). Волонтерские группы проходят предварительное обучение в течение месяца на базе поликлиники, которое включает: видеоуроки; решение практических задач; принципы эффективной коммуникации; «живой» вебинар, защита проекта.

Создана группа «эффективного родительства», где мамы и папы, имеющие положительный опыт ухода и воспитания детей делятся опытом с молодыми и менее опытными родителями. Создан сайт «Мамочки Раменского района» (https://taplink.cc/mamochki_rama), позволяющий матерям получать советы и помощь по различным направлениям: помощь няни, правовым вопросам и т. д.

Реализована практика бригадного медико-социально-психологического патронажа детей из семей неполного типа и создан МОУ «Центр диагностики и консультирования – «Диалог»». Формируется бригада из специалистов поликлиники: педиатра участкового, врача кабинета здорового ребенка, психолога, медицинской сестры по профилактике, логопеда. Бригада специалистов работает в цикловой форме – мероприятия проводятся циклами в три дня в группах из 10 семей и включают три блока мероприятий: информирование, медицинское и психологическое консультирование, формирование индивидуальных планов оздоровления семьи и ребенка.

МОУ «Центр диагностики и консультирования – «Диалог»» (ramdialog.edumsko.ru) оказывает диагностико-консультативную и психолого-педагогическую помощь детям и родителям. Основные задачи центра: решение проблем в поведении детей и их социальной адаптации, разрешение конфликтных ситуаций, медико-психологическое консультирование, разработка индивидуальных программ оздоровления детей, разработка индивидуальных

консультаций по сохранению здоровья детей в школе, ДДУ и дома. В рамках работы центра проведено за 2019–2020 гг. 20 вебинаров, 1652 консультации родителей и педагогов, осуществлена медико-психолого-педагогическая оценка здоровья и адаптации 5720 детей, в том числе 620 из семей неполного типа.

Одно из направлений совершенствования помощи неполным семьям с детьми – управление медико-социально-психологическими и медико-организационными факторами обеспечения эффективности оздоровительных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей из семейного порядка; коррекцию управляемых факторов (медицинской информированности, медицинской активности, образа жизни, и других).

Для отбора семей в группу риска по нарушению здоровья детей предложена разработанная в ходе исследования шкала прогноза, основу которой составили: «данные оценки достоверности различий показателя результативности нарушения здоровья детей при разных градациях факторов, расчет весовых индексов и прогностических коэффициентов по методу нормирования интенсивных показателей» (приложение Ж). При этом «за нормирующую величину определено значение результативности оздоровления длительно и часто болеющих детей в целом без учета градаций факторов». При оценке по данной шкале 18 и более баллов следует говорить о высоком уровне риска снижения эффективности оздоровления детей по медико-социальным факторам; при оценке в диапазоне 18–14 баллов – о среднем; 13 баллов и менее – о низком.

Алгоритм использования данной шкалы включает: а) выкопировку данных из опросных листов (анкет); б) определение значений каждого фактора (низкий, средний, высокий) и его частную балльную оценку; в) суммирование частных балльных оценок и определение общего уровня; г) определение уровня возможного риска нарушения эффективности оздоровительных мероприятий у детей по семейным факторам.

Предварительно проводится «комплексная медико-социально-психологическая оценка семьи и ребенка», по результатам которой все неполные семьи делятся на три группы:

1 группа – неполные семьи высокого риска снижения эффективности оздоровительных мероприятий;

2 группа – неполные семьи, находящиеся в зоне пограничного риска;

3 группа – неполные семьи, воспитывающие ребенка с благоприятным прогнозом эффективности оздоровительных мероприятий.

При определении мер коррекции факторов можно опираться на «шкалу соответствия мер коррекции по медико-социальным факторам риска снижения эффективности оздоровительных мероприятий у детей в неполной семье» (таблица 66).

Для повышения географической доступности лечебно-профилактической помощи детям из семей неполного типа достигнута договоренность с администрацией города о субсидировании бесплатного проезда на общественном транспорте матерей с детьми, находящихся в трудной финансовой ситуации, для получения помощи; согласован график движения и место остановок общественного транспорта, позволяющие повысить доступность поликлиники и удобство подъезда к ней, в том числе в темное время суток.

Таблица 66 – «Шкала соответствия мер коррекции по медико-социальным факторам риска снижения эффективности оздоровительных мероприятий у детей в неполной семье»

Фактор	Мероприятия	Показатели эффективности
«Медицинская активность матери по сохранению здоровья ребенка»	Определение медицинской активности Коррекция медицинской активности Выполнение лечебно-оздоровительных мероприятий	Повышение медицинской активности
«Приверженность матери ребенка принципам ЗОЖ»	Консультирование «о вреде неправильного образа жизни» Информирование «о возможностях оздоровления образа жизни»	Положительная оценочная динамика показателей образа жизни семьи
«Медицинская информированность матери ребенка»	Консультирование семьи по повышению информационной компетентности	Повышение уровня информированности
«Удовлетворенность матери взаимодействием с врачом педиатром участковым»	Информирование. Обсуждение проблем. Повышение доверия	Повышение уровня удовлетворенности
«Наличие психологических проблем в семье»	Консультирование, тренинги. Индивидуальный подход	Улучшение психологического климата в семье

Для повышения временной доступности лечебно-профилактической помощи детям из семей неполного типа в графике работы врачей выделены специальные часы для данной категории пациентов, а также формируются индивидуальные планы-графики посещений врачей с учетом занятости матери.

Для повышения качества медицинского информирования пациентов в условиях детской поликлиники внедрена система комплексного этапного

информирования, предусматривающая две формы получения информации пациентами: 1. Посредством печатных и электронных средств. 2. Посредством непосредственной беседы с врачом (или другими специалистами). Комплексность информирования достигается за счет направленности информации на разные стороны повышения уровня информированности пациентов: правовой, организационный, гигиенический, профилактический. В информировании выделены четыре этапа: 1. Предварительный (при первом посещении), который носит рамочный характер. 2. Коррекционное информирование, связанное с восполнением информированности пациента «по узким местам». 3. Углубленное информирование, связанное с конкретным заболеванием и его лечением или выполнением медицинских вмешательств (например, вакцинация ребенка). 4. Этапное информирование, связанное с определенными этапами оказания помощи (например, предстоящей госпитализацией). Существенное место в работе по повышению медицинской информированности матерей, воспитывающих ребенка в неполной семье, отводится интернет-консультированию и информированию. Информирование проводится также посредством инфоматов, установленных в холле поликлиники.

Для оценки подготовленности детских поликлиник к проведению медицинского информирования предлагается использовать специально разработанную «Карту оценки подготовленности детских поликлиник к медицинскому информированию» (приложение И).

Отмечено, что медицинские специалисты не воспринимают участие в решении социальных вопросов семьи ребенка как часть своих обязанностей, хотя в нормативных документах такие функции врачей прописаны. Это требует введения «карты информационного обмена» между врачами детской поликлиники и социальными службами района, которая должна носить сводный характер и отражать следующие позиции: ФИО матери (или воспитывающего лица), требующей социальной помощи; контактные данные; тип семьи; медико-социальные проблемы семьи, требующие решения; меры со стороны социальной службы, меры со стороны медицинских работников. Карта отсылается один раз в

квартал в социальную службу, а затем ее дубликат возвращается в поликлинику с информацией о проведенных мероприятиях.

В неполных семьях одной из частых проблем, влияющих на результат помощи, является снижение дисциплины и качество выполнения рекомендаций врачей и других специалистов. Для решения этого вопроса введен «Лист-памятка выполнения рекомендаций и назначений врачей и других специалистов», который находится у матери ребенка и является напоминанием о необходимости выполнения рекомендаций, дисциплинирует ее (таблица 67). На его основе формируются рабочие тетради выполнения рекомендаций врачей.

Таблица 67 – Макет листа-памятки выполнения рекомендаций и назначений врачей и других специалистов

Содержание рекомендаций, назначений	ФИО врача (или другого специалиста)	Отметка о выполнении. Причины невыполнения

В повышении качества помощи детям из неполных семей значительная роль принадлежит медицинским работникам. Для повышения профессиональной компетентности в части социально-психологического статуса неполных семей и порядка работы с ними организованы семинары и круглые столы для врачей-педиатров участковых с работниками социальных служб и психологами.

Тематический план данных занятий включает проведение лекций и решение практических ситуаций на семинарах: 1. Обзор современного законодательства в части социальной и медицинской помощи семьям, воспитывающим детей. 2. Обзор современных медико-социальных, экономических и психологических проблем неполных и неблагополучных семей. 3. Обзор современных технологий работы с неполными семьями.

Для повышения мотивации медицинского персонала к качественному оказанию лечебно-профилактической помощи детям из семей неполного типа в критерии стимулирующей части их зарплаты введены индикаторы, связанные с оценкой результатов оказания помощи данной категории пациентов.

Для профилактики конфликтных ситуаций при обращении за медицинской помощью в детской поликлинике введена практика «психологического фильтра», предусматривающая до обращения к врачам беседу с психологом и проведение скрининг-тестов по психологическому состоянию ребенка и сопровождающей его матери.

Для врачей-педиатров участковых разработана «Типовая программа комплексного информирования и обучения семей» – «STEPS-info» («Шаги») (таблица 68).

Программа основана на квест-технологии – достижении цели (здоровье и благополучие ребенка, здоровье и благополучие семьи) через преодоление трудностей (информационных, психологических, социальных, экономических), где модератором является педиатр участковый. Через этапное взаимодействие с различными специалистами решаются индивидуальные проблемы каждой семьи, повышается уровень их медицинской и правовой грамотности.

Таблица 68 – Макет «Типовой программы комплексного информирования и обучения семей неполного типа с детьми в амбулаторно-поликлинических условиях»

Мероприятия	Привлекаемые специалисты	Дата проведения
Мультимедийная лекция: «Правовые основы охраны здоровья детей», 1 час	Юрист	
Семинар: «Повышаем правовую культуру: разбор ситуаций; ответы на вопросы» – 2 часа	Юрист Социальный работник	
Мультимедийная лекция: «Основы здорового образа жизни семьи», 1 час	Врач кабинета Здорового ребенка	
Семинар: «Технологии сохранения здоровья ребенка в семье»	Врач кабинета Здорового ребенка	
«День здоровья семьи». С участием волонтеров (учащиеся медицинского и педагогического училищ) ежемесячно организуются игры и соревнования между семьями. 4 часа	Педагоги Представители общественных организаций Депутаты	

Продолжение таблицы 68

Мероприятия	Привлекаемые специалисты	Дата проведения
«Делай как Я»: мастер класс по ЗОЖ от врача педиатра участкового. 1 час	Врач кабинета Здорового ребенка	
Лекция «Правильная организация жизни ребенка в семье. Профилактика конфликтов в неполной семье. Формирование здоровьесориентированного бюджета». 1 час	Психолог Врач кабинета Здорового ребенка	
Семинар: «Планирование дня ребенка». Тренинг по решению конфликтных ситуаций. 2 часа	Психолог	
Семинар: «Семья и медицинская организация: конструктор ситуаций». 2 часа	Зав. поликлиникой Зам. главного врача	

В таблице 69 представлены формы реализации работы по оказанию лечебно-профилактической помощи детям из семей неполного типа города Раменское Московской области.

Таблица 69 – Формы реализации работы оказанию лечебно-профилактической помощи детям из семей неполного типа города Раменское Московской области

Направления работы с неполными семьями	Формы реализации
Мониторинг состояния проблем и медицинской информированности семей	Проводится анкетирование 1 раз в год
Повышение медицинской информированности и медицинской активности семей	Оповещение по смс и по телефону, через интернет – портал, социальные сети
Повышение трудовой мотивации педиатров	Предусмотрены стимулирующие выплаты за эффективность профилактической работы.
Улучшение взаимодействия с педагогами школ, соцслужбой	Формирование и согласование совместного плана сотрудничества.
Повышение качества диагностики заболеваний	Приглашение специалистов из областных Москвы на консультации.

Продолжение таблицы 69

Направления работы с неполными семьями	Формы реализации
Использование технологий социального партнерства	Организация родительских форумов. Сотрудничество с организациями матерей. Комплексная работа акушеров-гинекологов, педиатров, социальных, психологических служб. Волонтерская деятельность. Сотрудничество с епархией РПЦ. Выезд специалистов по месту жительства
Повышение психолого-педагогической компетенции педагогов, родителей, врачей	Лектории Группа психолого-педагогических консультаций
Улучшение системы межведомственного взаимодействия	Координация усилий городской, районной администрации, общественных организаций по совершенствованию «системы социально - психологической помощи семье и детям»

На базе колл-центра поликлиники организован «Центр дистанционного консультирования и информирования матерей посредством Интернета», в задачи которого входит: подбор необходимой информации для матерей детей по трем блокам (организационному – даты явки, напоминание о проводимых мероприятиях; медико-гигиеническому – рекомендации по сохранению здоровья ребенка, типовые и индивидуальные планы ухода за детьми; психологическому – рекомендации психолога; информационному – рассылка информации; обработка вопросов от матерей.

6.2. Эффективность внедрения предложений по совершенствованию организации первичной медико-санитарной помощи детям, воспитывающимся в семьях неполного типа в амбулаторно-поликлинических условиях

По результатам апробации предложений в условиях ГБУЗ МО «Раменская ЦРБ», филиал Раменская городская детская больница, г. Раменское, Московская

области, детская поликлиника в период 2019–2020 гг. была достигнута медико-социальная эффективность, выразившейся в снижении общей заболеваемости детей из семей неполного типа, повышении удовлетворенности матерей уровнем взаимодействия с педиатром участковым, предотвращении отклонений в качестве профилактической помощи, снижении случаев ВУТ матерей по уходу за ребенком и уменьшении штрафных санкций СМО, что в целом обеспечило экономическую эффективность в 1,3 рубля на каждый вложенный рубль.

Анализ динамики показателя «общая заболеваемость» среди детей из семей неполного типа показал, что по результатам проводимых мероприятий она снизилась на 9,8% (с 3968,2 на 1000 детей в 2018 году до 3580,0 на 1000 детей в 2020 году) (рисунок 9).

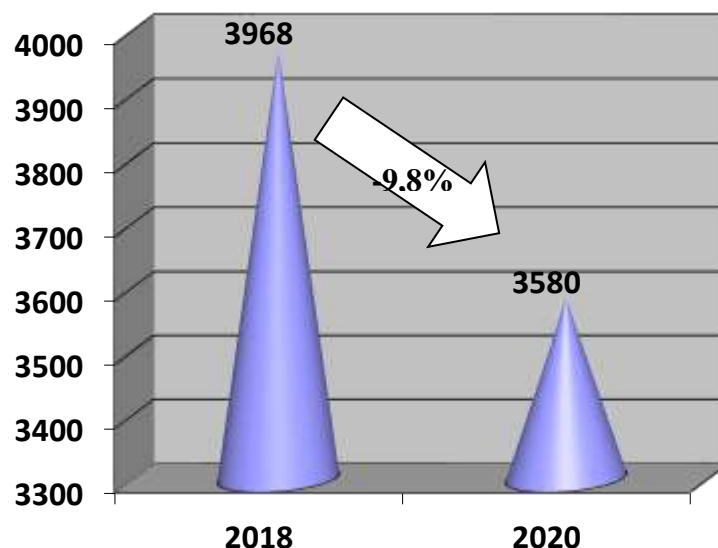


Рисунок 9 – Изменение показателя «общая заболеваемость» среди детей из семей неполного типа на фоне апробации мероприятий (2018–2020 гг.)

Анализ изменения частоты медико-социальных факторов риска снижения объема оздоровительных мероприятий в группе часто и длительно болеющих детей в неполных семьях ($n = 180$) показал (таблица 70), что внедрение предложений позволило: повысить удовлетворенность матерей уровнем взаимодействия с врачом по оказанию помощи ребенку на 12,0% (с 84% в 2018 г. до 95% в 2020 г.) ($p < 0,05$); снизить долю матерей с низкой медицинской информированностью в 3 раза (с 66,7 до 22,5%) ($p < 0,05$), уменьшить

долю матерей с низкой медицинской активностью по сохранению здоровья ребенка в 1,5 раза (с 47,3 до 25,0%) ($p < 0,05$); сократить число семей с психологической напряженностью во внутрисемейных отношениях в 2 раза (с 21,8 до 10,0%) ($p < 0,05$); с низкой приверженностью принципам ЗОЖ – в 2,2 раза (с 7,8 до 19,0%) ($p < 0,05$).

Таблица 70 – Изменение частоты медико-социальных факторов в неполных семьях с длительно и часто болеющими детьми в результате внедрения предложений (%)

Градации фактора	До внедрения n = 180	После внедрения n = 180	Достоверность разности по критерию Стьюдента
Уровень медицинской информированности матери			
Высокий	12,8	35,0	$p < 0,05$
Средний	30,5	32,5	$p > 0,05$
Низкий	66,7	22,5	$p < 0,05$
Медицинская активность матери по сохранению здоровья ребенка			
Высокий	13,8	24,0	$p < 0,05$
Средний	38,9	51,0	$p < 0,05$
Низкий	47,3	25,0	$p < 0,05$
Удовлетворенность матери взаимодействием с врачом			
Высокий	23,5	33,0	$p < 0,05$
Средний	60,6	62,0	$p < 0,05$
Низкий	15,9	5,0	$p < 0,05$
Психологический климат в семье			
Неблагоприятный	21,8	10,0	$p < 0,05$
Средний	48,7	54,5	$p < 0,05$
Благоприятный	29,5	35,5	$p < 0,05$
Приверженность матери принципам ЗОЖ			
Высокая	7,8	19,0	$p < 0,05$
Средний	47,6	57,0	$p < 0,05$
Низкая	45,6	76,0	$p < 0,05$
Итого	100,0	100,0	–

Реализация медико-организационных мероприятий позволила снизить число дефектов качества медицинского наблюдения детей из неполных семей в 2 раза (с 202 до 99 на 100 случаев) ($p < 0,05$), преимущественно за счет снижения дефектов профилактической и консультативной работы (рисунок 10).

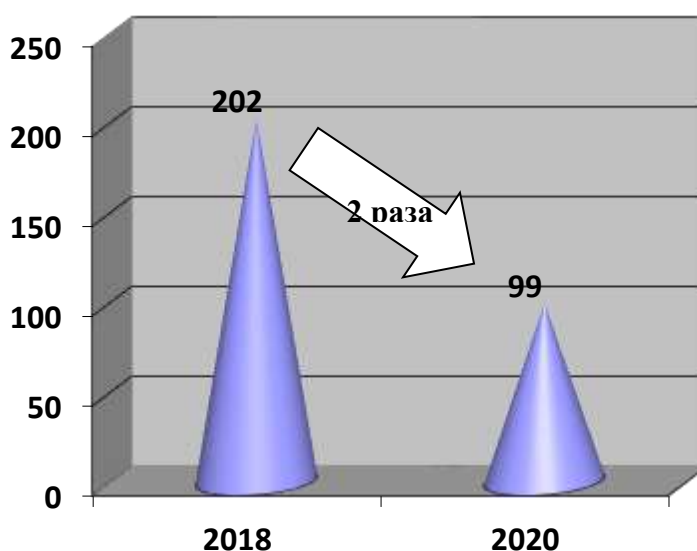


Рисунок 10 – Динамика частоты дефектов в работе врачей-педиатров участковых по медицинскому наблюдению детей из семей неполного типа, на 100 случаев (2018–2020 гг.)

Снижение уровня заболеваемости детей из неполных семей привело к уменьшению дней временной утраты трудоспособности матерей по уходу за больным ребенком на 9,7% (с 6025 в 2018 г. до 5443 дней в 2020 г.) (рисунок 11).

Снижение уровня заболеваемости с ВУТ у матерей обеспечило достижение экономического эффекта (при средней зарплате по Московской области 55 555 рублей месяц, по данным Росстата на 2019 год) $8\,803\,730 - 7\,953\,311 = 850\,419$ рублей (пособие 1461,2 рубля в день \times 6025 дней нетрудоспособности – 1461,2 рубля в день \times 5443 дней). При затратах на реализацию предложений 654 168,5 рубля, включающих затраты покупку оргтехники, печать листовок-памяток, покупку инфоматов и поддержание ресурсов сайтов, обеспечило «экономическую эффективность» в 1,3 рубля на вложенный рубль ($850\,419/654\,168,5$).

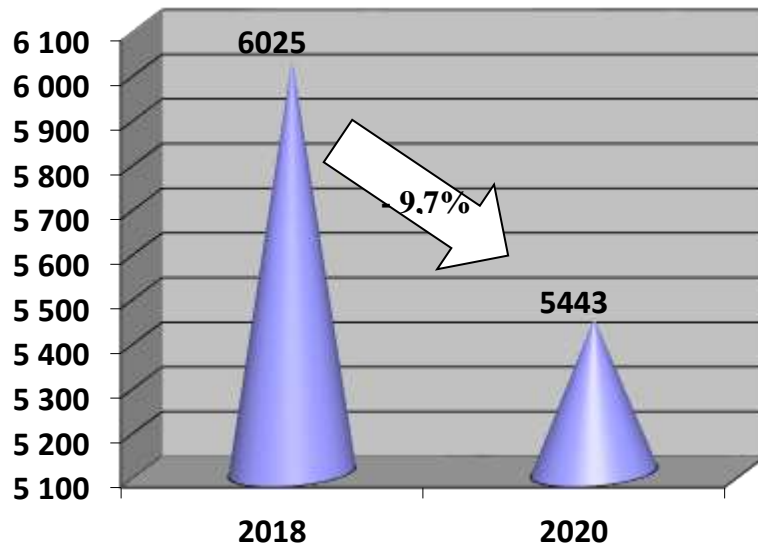


Рисунок 11 – Динамика дней временной утраты трудоспособности матерей «по уходу за больным ребенком» (2018–2020 гг.)

Резюме к главе 6

Материалы исследования позволили разработать и обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей неполного типа, которые показали свою пользу и эффективность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ данных литературы показал, что современные исследования оставляют открытым вопрос совершенствования медико-социальной помощи детям из семей разного типа. Имеется крайне мало работ, касающихся современных характеристик неполных семей, семейных и организационных факторов риска нарушения здоровья детей из семей разного типа, возможностей межведомственного взаимодействия для оказания помощи семьям с детьми. Это определило необходимость планирования и углубленного исследования данных вопросов на основе использования группы современных методов и методик.

В связи с этим проведено исследование, его с целью – научно обосновать предложения по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи детям из неполных семей. Программа исследования основывалась на использовании комплекса методов: аналитического, теоретического, экспертных оценок, выкопировки данных из первичной документации, экспертного, статистического.

Получена характеристика заболеваемости детей и распространенности факторов риска здоровью.

В популяции детей до 14 лет (17 400), закрепленных за детской поликлиникой, явившейся базой исследования, воспитываются в полных семьях 12 989 детей (74,6%), в неполных – 3030 (17,4%), в семьях смешанного типа 1381 (7,9%).

Уровень общей заболеваемости детей, воспитывающихся в неполных семьях, составляет 3968,2 на 1000 детей, накопленной – 4497,9, исчерпанной – 5674,5 на 100 детей, что в 1,5–1,7 раза выше, чем в полных семьях (соответственно 2628,1, 3071,5, 4005,0 на 1000 детей) и в среднем по РФ (соответственно 2204,9; 2362,5; 4508,7 на 100 детей). Наиболее весомые различия ($p < 0,05$) отмечены по таким классам заболеваний, как: инфекционные и паразитарные болезни (показатель общей заболеваемости в неполных семьях выше, чем в полных, на 11,1%; накопленной заболеваемости – на 11,8%; исчерпанной заболеваемости – на 29,5%);

травмы и отравления (соответственно на 49,0; 21,1 и 25,2%), болезни органов пищеварения (на 37,0; 21,6 и 22,6%). Отмечено, что у детей, воспитывающихся в неполных семьях, уровень заболеваемости выше, чем в полных семьях, во всех рассматриваемых возрастных группах детей, при этом наибольший разрыв отмечается в возрастной период 2–4 года, что связано с началом посещения ребенком детских организованных коллективов.

Данные профилактических осмотров детей свидетельствуют о том, что частота отклонений в состоянии здоровья детей, воспитывающихся в неполной семье, достоверно выше ($p < 0,05$), чем в полной, и составляет у детей от 0 до 14 лет 1938,9 против 1878,8 на 1000 обследованных детей, в том числе среди детей до 3 лет (соответственно 1863,8, против 1258,9 на 1000 обследованных детей), в возрасте 3–7 лет – 2700,7 и 1862,3, 7–14 лет – 2880,7 и 1710,2. Доля детей с I группой здоровья в полных семьях составила 37,0%, в неполных – 18,0%; со II – 52,5 и 64,5% соответственно; с III–IV – 10,5 и 17,5% ($p < 0,05$).

В неполных семьях в целом по всем возрастным группам 180 (45%) детей относятся к длительно и/или часто болеющим и нуждаются в оздоровительных мероприятиях.

Анализ частоты факторов риска здоровью детей показал, что она в 1,5 раза выше в семьях неполного типа, чем в полных, соответственно 18,5 и 12,1 на 100 детей ($p < 0,05$). Наибольшая разница отмечается по группам риска «нарушения психического здоровья» – в 1,9 раза, «нарушения репродуктивного здоровья» – в 1,8 раза, «частая заболеваемость» – 2,8 раза, «нарушения адаптации к школе» – 1,5 раза, «зубной кариес» – в 1,5 раза, «вредные привычки» – в 1,6 раза.

Получена характеристика медико-социального профиля семей неполного типа, воспитывающих ребенка, в сравнении с полными семьями.

Анализ показал наличие статически значимых различий в медико-социальном профиле неполных и полных семей. Так, анализ медико-демографического статуса выявил преобладание среди семей неполного типа мигрантов и переселенцев (69,5, против 34,5%), юных родителей (10,9 против 7,6%), родителей среднего возраста (62,4 против 27,5%), малодетных семей (70,5

против 43,5%). Оценка параметров состояния здоровья семьи показала, что в неполных семьях достоверно выше доля часто болеющих членов семьи (39,5 против 28,5%) и с хроническими заболеваниями (15,0 против 10,0%), ниже – приверженных здоровому образу жизни (30,0 против 41,5%) ($p < 0,05$). Социально-гигиенический статус неполных семей, воспитывающих ребенка, отличается большей долей родителей со средним образованием (16,0 против 2,8% в полных семьях), низким достатком (23,3 против 15,0%), высокой долей занятых на рабочих специальностях (72,0 против 65,5%) ($p < 0,05$).

Психологический климат является неременным условием реализации психологической функции семьи, способствует сохранению здоровья ее членов. В большинстве семей отмечается благоприятный психологический климат (97,3% – в неполных и 97,5% – в полных семьях) ($p > 0,05$), однако часть семей требует психологической помощи в связи с конфликтными отношениями. Оценка психологического профиля семей по методике PARI показала, что в неполных семьях достоверно выше уровень ощущений самопожертвования матери (75,9 против 53,5 на 100 опрошенных) и доминирование матери (89,0 и 43,5 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$), «излишняя концентрация на ребенке» – 65,9 и 55,2 ($p < 0,05$).

Получена характеристика условий, качества и доступности поликлинической помощи, оказываемой детям из семей полного и неполного типа.

SWOT-анализ ресурсной обеспеченности лечебно-профилактической помощи детям показал, что при наличии высокого уровня материально-технической базы (удельный вес активной части основных фондов составляет 37%, коэффициент обновления основных фондов – 15%) имеются проблемы кадрового порядка: высокая текучесть кадров (10% в год), рост нагрузки на врачей (540 посещений в смену против 320 по плану), недостаточная укомплектованность штатов (по врачам-педиатрам – 71%, по врачам-специалистам – 55,0%, по средним медицинским работникам – 56,0%), недостаточный квалификационный уровень врачей-педиатров (только 50% имеют квалификационную категорию), отставание

зарплаты медработников от средней зарплаты в частном секторе здравоохранения (на 20–70%).

Данные социологического опроса показали, что общими проблемами снижения доступности педиатрической помощи является отсутствие необходимых специалистов, длительное ожидание приема, однако для неполных семей более значимым, чем для полных, является фактор времени приема специалистов (соответственно 47,8 и 39,4%), а также «неудовлетворенность частотой проведения патронажей к детям первого года жизни» (21,3 против 15,4%) ($p < 0,05$). В структуре актуальных потребностей матерей с детьми из неполных семей в части совершенствования медицинской помощи первое место занимает повышение доступности помощи врачей-специалистов (34,5%), второе – развитие дистанционной консультативной помощи врачей посредством Интернета, системы «электронной регистратуры» (29,8%); третье – введение специальных дней приема врачами поликлиники детей из неполных семей (15,6%).

Экспертная оценка случаев наблюдения детей в группах сравнения показала, что частота дефектов в группе неполных семей была достоверно выше, чем при оказании помощи детям из полных семей (67 против 53 на 100 случаев) ($p < 0,05$) за счет таких дефектов, как «нарушение принципа индивидуального подхода» (7 и 3 дефектов на 100 случаев), а также «консультативная и профилактическая помощь» (35 и 27). Таким образом, неполные семьи являются группой повышенного медико-социального риска нарушения здоровья детей и снижения эффективности медицинской помощи.

По данным факторного анализа установлено влияние семейных и медико-организационных факторов на заболеваемость детей из неполных семей, что выражается разными значениями информативности (J): возраст матери 18–29 лет (J = 7,3), уровень образования матери низкий (среднее) (J = 7,5), высокая трудовая нагрузка матери (J = 5,9), доход семьи ниже прожиточного минимума (J = 6,5), неблагоприятный психологический климат в семье (J = 3,8), низкая медицинская информированность матери (J = 5,3), низкая приверженность матери принципам ЗОЖ (J = 4,9), низкая медицинская активность (J = 5,1), неудовлетворенность

взаимодействием с врачом ($J = 2,7$). Среди медико-организационных факторов наибольшую значимость в заболеваемости детей имеют: уровень рабочей нагрузки врача ($J = 5,7$), невыполнение технологии профилактики ($J = 4,7$), уровень квалификация врача без категории ($J = 3,3$), возраст врача до 30 лет ($J = 2,9$), стаж работы врача менее 3 лет ($J = 2,8$).

Подготовлен комплекс предложений по «совершенствованию медицинской помощи детям из неполных семей в условиях детской поликлиники».

Разработан функционально-ролевой контент ответственности за здоровье детей в системе межведомственного взаимодействия, включающий роли, функции.

SWOT-анализ позволил выделить четыре блока проблем обеспечения и организации первичной медико-санитарной помощи детям из семей неполного типа в амбулаторных условиях, а именно: правовой, медико-социальный, психологический, организационный, социального взаимодействия.

Вытекающая из материалов исследования организационно-функциональная модель медико-социальной поддержки, нуждающихся в которой семей неполного типа с детьми, включает:

1. «Организационный блок»: 1. Создание на базе городской детской поликлиники координационного совета по организации медицинской помощи детям из неполных и неблагополучных семей. 2. Организация на базе колл-центра поликлиники Центра дистанционного консультирования и информирования матерей посредством Интернета. 3. Повышение уровня подготовленности врачей-педиатров по налаживанию эффективного социального взаимодействия.

2. «Медико-психологический блок»: 1. Введение практики бригадного медико-социально-психологического патронажа детей из неполных семей. 2. Введение практики «психологического фильтра». 3. Целевое психологическое консультирование семьи (создан МОУ «Центр диагностики и консультирования «Диалог»).

3. «Медико-социальный блок»: 1. Медико-социальный мониторинг и отбор семей в группу риска снижения здоровья ребенка по семейным факторам. 2.

Комплексная медико-социально-психологическая коррекция факторов риска нарушения здоровья детей по семейным факторам.

4. «Блок социального взаимодействия»: 1. Формирование общественного Совета организационных партнеров (стейкхолдеров). 2. Развитие системы социального волонтерства (созданы интернет сайт «Мамочки Раменского района», цифровая платформа «Эффективное родительство»).

По результатам апробации предложений в условиях ГБУЗ МО «Раменская ЦРБ», филиал Раменская городская детская больница, г. Раменское Московской области, детская поликлиника в период 2019–2020 годах была достигнута медико-социальная эффективность: снижение показателя «общая заболеваемость» среди детей из семей неполного типа на 5,7% (с 3927,7 в 2017 г. до 3580,0 в 2020 г.), повышение показателя «удовлетворенность матерей оказанной их детям помощью» на 12,0% (с 84,5% в 2017 г. до 94,6% в 2020 г.), снижение показателя «частота дефектов качества медицинской помощи» на 7,8% (с 50,8 на 100 случаев в 2017 г. до 21,5 на 100 случаев в 2020 году), снижение случаев ВУТ матерей «по уходу за ребенком» на 9,7% (с 6025 в 2017 г. до 5443 в 2020 г.) и уменьшения показателя «объем штрафных санкций СМО», что в целом обеспечило экономическую эффективность 1,3 рубля на вложенный рубль.

Перспективы дальнейшей разработки темы. Внедрение в практику первичного звена здравоохранения разработанного комплекса мероприятий по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи детям из семей неполного типа позволяет: 1. Сделать работу врачей-педиатров участковых более пациентоориентированной за счет учета установленных и дальнейшего уточнения внутрисемейных факторов риска снижения эффективности профилактики заболеваемости детей. 2. Повысить готовность медицинских организаций (детских поликлиник) к оказанию медицинской помощи детям из неполных семей за счет преодоления установленных в ходе SWOT-анализа «слабых мест», возможностей и угроз в их деятельности. 3. Реализовывать и развивать технологии общественно-государственного партнерства и межведомственного взаимодействия.

ВЫВОДЫ

1. Исследование показало, что состояние здоровья детей в возрасте до 14 лет во многом определяется медико-демографическим полным и неполным типом семьи, в которой они воспитываются. В неполных семьях, по сравнению с полными, уровень заболеваемости выше в 1,5–1,7 раза, распространенность факторов риска нарушения здоровья – в 2 раза, доля длительно и/или часто болеющих – в 1,5 раза, что определяет приоритетность проведения профилактической и медико-коррекционной работы именно с неполными семьями.

2. Установлено, что медико-социальный профиль неполных семей, воспитывающих детей, имеет свои особенности по сравнению с полными семьями: преобладание юных родителей, малодетных семей, мигрантов и переселенцев, родителей со средним образованием, низким достатком и занятых на рабочих специальностях, а также членов семьи, часто болеющих, страдающих хроническими заболеваниями и не приверженных здоровому образу жизни. При этом в психологическом профиле неполных семей по сравнению с полными семьями достоверно выше уровень ощущений самопожертвования и доминирование матери, «излишней концентрации на ребенке».

3. Существующие медико-организационные и медико-социальные технологии оказания медицинской помощи детям в детской поликлинике не в полной мере учитывают потребности и запросы неполных семей, воспитывающих детей, в отношении обеспечения доступности и качества медицинской помощи, что доказано данными экспертной оценки (частота дефектов – 67 на 100 случаев) и социологического опроса родителей (не удовлетворены помощью 47,8%). Согласно SWOT-анализу имеет место: высокая текучесть кадров и недоукомплектованность штатов, рост нагрузки на врачей, недостаточный квалификационный уровень врачей-педиатров, отставание зарплаты медработников от средней зарплаты в частном секторе здравоохранения.

4. Успешность профилактики заболеваемости детей из неполных семей определяется на 65,0% семьей (уровень образования, возраст и медицинская информированность матери, медицинская активность, приверженность здоровому образу жизни, психологический климат семьи, взаимопонимание с врачом) и на роль медицинских работников (уровень рабочей нагрузки, соблюдение технологии лечения, профессиональная квалификация, возраст, стаж работы) приходится 35,0%.

5. Результаты исследования позволили теоретически обосновать и разработать организационные, медико-социальные, медико-психологические и медико-правовые мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи детям из семей неполного типа в детской поликлинике. Их применение в ГБУЗ МО «Раменская ЦРБ» в 2019–2020 годах показало медико-социальную эффективность: снижение общей заболеваемости детей из неполных семей, повышение удовлетворенности матерей уровнем взаимодействия с педиатром участковым, уменьшение числа дефектов качества оказанной медицинской помощи и случаев временной утраты трудоспособности матерей «по уходу за ребенком». Экономическая эффективность составила 1,3 рубля / на вложенный рубль.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне (Государственная Дума РФ): внести изменения в действующий федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (ст. 1. Понятия, используемые в настоящем Федеральном законе), дополнив перечень «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации» позицией «дети из неполных семей».

На уровне управления местным здравоохранением и детскими поликлиниками:

1. В первоочередном порядке рассмотреть вопрос о создании отделения медико-социальной помощи при детских городских поликлиниках.

2. Включить в программы совершенствования медицинской помощи детям неполные семьи, воспитывающие детей в возрасте до 14 лет, как группу, требующую повышенного внимания.

3. Проводить ежегодный мониторинг статистических данных о заболеваемости детского населения, дополненный сведениями, дифференцированными по типу родительской семьи, и социологическим исследованием родительских семей на основе организационно-методического подхода, разработанного по результатам исследования.

4. Предусмотреть дополнительные возможности дистанционного консультирования и информирования матерей посредством Интернета для повышения доступности информации в семьях, воспитывающих детей.

5. Создать общественный совет организационных партнеров (стейкхолдеров) и развивать волонтерство для комплексной поддержки и согласования межсекторальных вопросов медико-социальной помощи неполным семьям.

6. Разработать комплексную региональную программу привлечения, закрепления, стимулирования и повышения профессионального развития медицинских кадров для повышения укомплектованности педиатрической службы специалистами.

Врачам-педиатрам участковым:

1. Использовать разработанную по результатам исследования шкалу прогноза снижения эффективности оздоровительных мероприятий по семейным факторам для отбора семей в группу риска нарушения здоровья детей.

2. Формировать на регулярной основе реестры печатных и электронных изданий с достоверной и научно обоснованной информацией, которым может доверять население, распространять электронные дайджесты.

Организациям высшего и среднего медицинского профессионального образования:

1. Разработать методические рекомендации по работе с неполными семьями, воспитывающими ребенка, для врачебного и среднего медицинского персонала.

2. Разработать тематические планы и организовать тренинги и семинары с психологами по обучению налаживанию эффективных межличностных коммуникаций с матерями. Провести для врачей-педиатров участковых, врачей-специалистов семинары и круглые столы по обсуждению социальных проблем их решения в неполных семьях с работниками социальных служб.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АТПК – акушерско-терапевтическо-педиатрический комплекс

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЗОЖ – здоровый образ жизни

НИЗ – неинфекционные заболевания

СМИ – средства массовой информации

ЦЗ – центр здоровья

ЦФО – Центральный федеральный округ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абраменко, И. М. Использование технологии «дети-волонтеры» в образовательной деятельности с детьми старшего дошкольного возраста / И. М. Абраменко, Н. В. Сорокина, Л. Е. Карачарова // Молодой ученый. – 2020. – № 12(302). – С. 249–252.
2. Айзман, Р. И. Методологические принципы и методические подходы к организации мониторинга здоровья обучающихся и здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций / Р. И. Айзман // Вестник педагогических инноваций. – 2019. – № 1(53). – С. 5–13.
3. Аквазба, Е. О. Современные неполные семьи: социальный аспект / Е. О. Аквазба, Н. И. Скок // Russian Economic Bulletin. – 2020. – Т. 3, № 6. – С. 235–238.
4. Александрова, О. Ю. Роль современных демографических тенденций в совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения / О. Ю. Александрова, С. М. Смбатян, Т. П. Васильева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 1. – С. 5-11.
5. Аликова, З. Р. Профилактическое направление в области охраны здоровья детей: исторические приоритеты / З. Р. Аликова, Л. А. Анаева, К. К. Фидарова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 3. – С. 1–4.
6. Антипова, Е. В. Формирование культуры здоровья у детей и подростков в школьном спортивном клубе / Е. В. Антипова, В.А. Антипов, Д. В. Черкашин // Научный журнал Дискурс. – 2017. – № 11(13). – С. 7–20.
7. Антонова, Е. В. Здоровье российских подростков 15–17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Антонова Екатерина Викторовна. – Москва, 2011. – 46 с.

8. Ахмадуллина, Х. М. Здоровье детей как высший приоритет государства / Х.М. Ахмадуллина, У.З. Ахмадуллин, А. И. Иванюта // Вестник ВЭГУ. – 2019. – № 1(99). – С. 7–15.
9. Балаева, Ш. М. Заболеваемость детско-подросткового населения Азербайджана / Ш. М. Балаева // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2019. – № 3. – С. 5–11.
10. Бантьева, М. Н. Динамика заболеваемости и хронизации патологии у детей в Российской Федерации / М. Н. Бантьева, Е. М. Манюшкина, Т. А. Соколовская // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – Т. 5, № 3. – С. 29–37.
11. Бантьева, М. Н. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0-14 лет в Российской Федерации / М. Н. Бантьева, Е. М. Манюшкина, Т. А. Соколовская, Э. Н. Матвеев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65. – № 5. – С. 10.
12. Бантьева, М. Н. Тенденции заболеваемости и хронизации патологии у юношей в Российской Федерации / М. Н. Бантьева, Е. М. Манюшкина, В. П. Кузнецова // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – Т. 5, № 3. – С. 38–44.
13. Баранов, А. А. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий // Казанский медицинский журнал. – 2018. – Т. 99. – № 4. – С. 698-705.
14. Баранов, А. А. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Н. В. Устинова // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 3. – С. 4–6.
15. Бахтина, С. В. Представления о семье и браке у подростков из полных и неполных семей / С. В. Бахтина, А. Н. Жирова // Научный электронный журнал Меридиан. – 2020. – № 9(43). – С. 180–182.
16. Безенков, К. Е. Влияние компьютерной зависимости на здоровье и социализацию детей и подростков / К. Е. Безенков // Инновационное развитие. – 2017. – № 11(16). – С. 124–125.

17. Бичева, И. Б. Педагогические условия формирования культуры здоровья у детей дошкольного возраста / И. Б. Бичева // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета. – 2018. – № 2(26). – С. 259–270.
18. Боголюб, Л. В. Психологическое здоровье современного ребёнка в детском саду / Л. В. Боголюб // Вопросы дошкольной педагогики. – 2017. – № 1(7). – С. 16–19.
19. Богомолова, И. К. Состояние здоровья детей и подростков по результатам профилактических медицинских осмотров / И. К. Богомолова, В. В. Бобрович, О. В. Дегтярева, А. Н. Жарникова // Забайкальский медицинский вестник. – 2018. – № 2. – С. 7-13.
20. Ботнар, Д. Ю. Концепция волонтерской деятельности в России / Д. Ю. Ботнар, Г. О. Даракчян // Экономика и социум. – 2020. – № 6(73). – С. 421–424.
21. Бубликова, А. А. Сотовая связь и здоровье детей / А. А. Бубликова, Н. Ю. Черных // Молодежный инновационный вестник. – 2018. – Т. 8, № 3. – С. 19.
22. Бурлуцкая, А. В. Состояние здоровья (заболеваемость и инвалидность) подростков в Краснодарском крае / А. В. Бурлуцкая, А. В. Статова, Е. С. Гурина // Кубанский научный медицинский вестник. – 2019. – Т. 26, № 2. – С. 130–139.
23. Бурова, С. Н. Неполная семья в Беларуси: социологический анализ / С. Н. Бурова // СОТИС – социальные технологии, исследования. – 2020. – № 2(102). – С. 7–21.
24. Вавилова, В. П. Часто болеющие дети: особенности состояния сердечно-сосудистой системы и психо-эмоционального фона / В. П. Вавилова, А. М. Вавилов, И. А. Нечаева [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2019. – № 3(78). – С. 32-36.
25. Васильева, Т. П. О состоянии и путях внедрения системы акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов в Ивановской области / Т. П. Васильева, В. Н. Городков, Р. Р. Шилев: Информационное письмо для акушеров-гинекологов, педиатров и организаторов здравоохранения Ивановской области. – Иваново, 1986. – 23 с.

26. Васильева, Т. П. Социально-гигиенический портрет современной молодой семьи / Т. П. Васильева, М. В. Кулигина, О. В. Кулигин // Медико-социальные проблемы молодой семьи. – 2012. – № 1. – С. 19–21.
27. Вегеря, А. А. Конфликты в семьях с разным количеством детей / А. А. Вегеря // Вестник науки. – 2021. – Т. 4, № 2(35). – С. 14–23.
28. Ведерникова О. Б. Использование комплекса оздоровительных мероприятий в режиме дня дошкольников / О. Б. Ведерникова, Н. Е. Клещенкова, А. С. Ушаков, Е. Б. Перельман // Человек. Спорт. Медицина. – 2019. – Т. 19. – № S1. – С. 137-142.
29. Веселова, Н. Ю. Волонтерское движение – социальный проект современной России: проблемы и пути их решения / Н. Ю. Веселова, Н. П. Бычкова // Экономика и предпринимательство. – 2020. – № 1(114). – С. 916–919.
30. Власова, О. В. О развитии медицинской помощи детскому населению в Курской области / О. В. Власова // Региональный вестник. – 2019. – № 16(31). – С. 3–4.
31. Ворошилова, В. М. Значение детского дошкольного учреждения для формирования культуры здоровья детей в интересах устойчивого развития / В. М. Ворошилова, Т. А. Новикова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 12. – С. 87–89.
32. Гаврикова, О. Ю. Информированность и особенности использования школьниками младших классов сети Интернет и мобильной связи / О. Ю. Гаврикова, А. Н. Приешкина // Омский научный вестник. – 2015. – № 1(135). – С. 102–104.
33. Гаврюшина, Е. С. Особенности формирования здоровья детей и подростков школьного возраста / Е. С. Гаврюшина, К. А. Овезова, И. В. Трехлебова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 7, № 6. – С. 1112–1113.
34. Герасимова, В. С. Особенности общения детей младшего школьного возраста в условиях современного мира / В. С. Герасимова, А. Ф. Грачева, В. Е. Пичугина // Форум молодых ученых. – 2021. – № 1(53). – С. 75–78.

35. Герасимова, С. Л. Роль игрушки в жизни ребёнка / С. Л. Герасимова // Наука и образование сегодня. – 2020. – № 1(48). – С. 64–65.
36. Головкин, Т. И. Социально-культурные технологии работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья / Т. И. Головкин, Е. И. Мурзина // Мир науки, культуры, образования. – 2018. – № 4(71). – С. 33–35.
37. Голубева, Е. В. Представления о семье детей младшего школьного возраста из полных и неполных семей / Е. В. Голубева // Научные исследования и разработки. Социально-гуманитарные исследования и технологии. – 2020. – Т. 9, № 2. – С. 7–12.
38. Горбунова, Г. Д. Влияние трудовой миграции родителей на состояние здоровья детей Молдовы / Г. Д. Горбунова, К. П. Ецко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 1. – С. 30–34.
39. Горских, Н. В. Особенности формирования традиций празднования в семьях с детьми / Н. В. Горских // Актуальные исследования. – 2021. – № 8(35). – С. 26–29.
40. Гредасова, Е. М. Роль семьи и ДОО в подготовке детей к школе / Е. М. Гредасова, Т. П. Бескорвайная // Вестник научных конференций. – 2021. – № 1(65). – С. 30–32.
41. Гринина, О. В. Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья семьи / О. В. Гринина // Советское здравоохранение. – 1981. – № 12. – С. 5–9.
42. Гундаров, И. А. Неоднородность региональной заболеваемости в России – принципы оценки и прогноза / И. А. Гундаров, Э. И. Пильгуй // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 3(37). – С. 16–21.
43. Гут, Ю. Н. Влияние типа семьи на развитие тревожности у детей младшего школьного возраста / Ю. Н. Гут, М. В. Ланских, Н. Н. Доронина // Вестник Вятского государственного университета. – 2020. – № 3(137). – С. 136–145.

44. Демидко Д. Л. Формирование модели государственной идеологии в управлении гуманитарной сферой страны в контексте национальной безопасности / Д. Л. Демидко // Polish Journal of Science. – 2020. – № 23. – С. 59–62.

45. Демченко, В. И. Состояние здоровья детей по результатам профилактических медицинских осмотров / В. И. Демченко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 62, № 4. – С.126.

46. Дергунова, Е. А. Здоровье детей дошкольного возраста: объективные и субъективные факторы / Е. А. Дергунова, Ю. А. Крикунова // Научно-методический электронный журнал Концепт. – 2017. – № 14. – С. 1–6.

47. Джабраилова, Л. Х. Анализ проблем организации взаимодействия семьи и школы/ Л. Х. Джабраилова, С. А. Астамиров // Известия Чеченского государственного педагогического института. – 2020. – Т. 27, № 1(29). – С. 69–74.

48. Долгушина, Н. А. Оценка показателей состояния здоровья и адаптационных возможностей организма детей города Магнитогорска / Н. А. Долгушина, И. А. Кувшинова, Н. А. Антипанова [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2019. – № 5. – С. 80-85.

49. Доценко, Т. М. Здоровье детей и вакцинопрофилактика / Т. М. Доценко [и др.] // Университетская клиника. – 2017. – Т. 13, № 2. – С. 203–205.

50. Дроздова, Д. П. Современные исследования проблемы страхов у детей младшего школьного возраста / Д. П. Дроздова // Инновации. Наука. Образование. – 2021. – № 26. – С. 539–543.

51. Дымова, И. А. Медицинская активность семьи, ее значение в управлении здоровьем детей первого года жизни / И. А. Дымова, А. А. Кароян // Вестник ИжГТУ им. М.Т. Калашникова. – 2017. – Т. 20, № 1. – С. 121–124.

52. Дьяченко, Е. В. Влияние неполной семьи на адаптацию ребенка в социуме / Е. В. Дьяченко // Вестник магистратуры. – 2020. – № 2–6(101). – С. 44–46.

53. Егорова, М. С. Динамическая оценка групп здоровья детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения / М. С. Егорова, Э. Р.

Ханбикова, Н. Н. Пичугина // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 6. – С. 64–69.

54. Елизарова, Е. Б. Ценностные ориентации подростков в полных и неполных семьях с различными стилями семейного воспитания / Е. Б. Елизарова, В. В. Онуфриева // Глобальный научный потенциал. – 2020. – № 4(109). – С. 26–28.

55. Елисеева, Ж. М. Детско-отцовские отношения и самооценка детей в полных и неполных семьях / Ж. М. Елисеева // Молодой ученый. – 2020. – № 15(305). – С. 280–282.

56. Жукова, Л. А. Волонтерство в контексте формирования здорового образа жизни / Л. А. Жукова, Н. А. Кетова, Д. Р. Монастырева, Т. А. Дроздова // Коллекция гуманитарных исследований. – 2020. – № 2(23). – С. 56-62.

57. Журавлёва, И. В. Социальная обусловленность здоровья подростков во временном аспекте / И. В. Журавлёва, Н. В. Лакомова // Социологическая наука и социальная практика. – 2019. – Т. 7, № 2(26). – С. 132–152.

58. Зайцева, И. А. Волонтерство как актуальное общественное движение современной молодежи / И. А. Зайцева // Человек. Социум. Общество. – 2020. – № 1. – С. 50–53.

59. Здравоохранение в России. 2019 Статический сборник / Росстат. – Москва, 2019. – 170 с. [Электронный ресурс]. – URL: <https://resursor.ru/statisticheskij-sbornik-zdravooxranenie-v-rossii-2019-polnaya-versiya/zdorovye-naseleniya-deti/>

60. Зудин, А. Б. Основы реформирования здравоохранения в России. – Москва: Шико, 2017. – 280 с.

61. Иванов, А. В. Опыт реализации программы по формированию навыков здорового образа жизни среди школьников / А. В. Иванов, Е. А. Тафеева, В. В. Васильев // Гигиена и санитария. – 2015. – Т. 94, № 7. – С. 55–57.

62. Иванова, О. И. Особенности копинг-стратегий старших подростков из неполных семей / О. И. Иванова, О. Р. Бусарова // Психология и право. – 2020. – Т. 10, № 1. – С. 103–115.

63. Инглик, Т. Н. Изучение мотивации подростков к табакокурению / Т. Н. Инглик, Н. М. Чернявская, Л. Б. Айбазова // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. – С. 273.

64. Исаева, Е. А. Механизмы стимулирования вовлечения граждан в институт добровольчества в регионах России / Е. А. Исаева // Вестник Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. – 2020. – № 1(51). – С. 66–71.

65. Кантемирова, Г. А. Влияние типа семейной структуры на состояние здоровья и социализацию детей / Г. А. Кантемирова // Вестник Северо-Осетинского государственного университета имени Коста Левановича Хетагурова. – 2018. – № 3. – С. 93–98.

66. Капизова, Л. Г. Территория сотрудничества семьи и ДООУ по формированию у детей основ физической культуры и здоровья / Л. Г. Капизова // Молодой ученый. – 2017. – № 11(145). – С. 459–462.

67. Капранов, С. В. Формирование здорового образа жизни – важное звено системы управления здоровьем детей и подростков / С. В. Капранов, Г. В. Капранова // Естественные и математические науки в современном мире. – 2017. – № 2(49). – С. 28–36.

68. Картавых, А. К. Исследование уровня осведомленности родителей по вопросам вакцинопрофилактики / А. К. Картавых, Е. А. Петрухина, А. Ю. Спиваковская // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2019. – Т. 9, № 8. – С. 333.

69. Карташова, Е. С. Здоровье ребёнка как цель совместных усилий школы и семьи / Е. С. Карташова, Ю. В. Одинцова, О. В. Павлова // Вестник научных конференций. – 2018. – № 12(40). – С. 85–86.

70. Касьянов, В. В. Волонтерская деятельность как ресурс повышения социального здоровья российской молодежи / В. В. Касьянов, А. Т. Латышева, Н. Х. Гафиатулина // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2020. – № 2. – С. 61–66.

71. Киряева, Д. А. Социально-экономические проблемы современных российских полных и неполных семей: социологический анализ / Д. А. Киряева // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – 2020. – № 1(4). – С. 310–318.
72. Киселёва, Ю. С. Неполные семьи как социальная проблема современности / Ю. С. Киселёва, М. А. Ильина // Modern Science. – 2020. – № 1. – С. 239–241.
73. Кича, Д. И. Методология комплексных социально-гигиенических исследований различных групп населения и семей (памяти профессора О. В. Грининой) / Д.И. Кича, В.С. Нечаев, С.М. Степанова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 328–332.
74. Климук, Л. М. Спорт в жизни ребёнка как залог его здоровья / Л. М. Климук // Преемственность в образовании. – 2018. – № 18. – С. 210–215.
75. Ковальжина, Л. С. Профилактическое поведение населения как фактор формирования здорового поколения / Л. С. Ковальжина // Общество: социология, психология, педагогика. – 2016. – № 11. – С. 29–31.
76. Коджаспиров, А. Ю. Технологии психологической поддержки подростка из неполной семьи / А. Ю. Коджаспиров, С. А. Логинов // Аллея науки. – 2020. – Т. 2, № 4(43). – С. 197–200.
77. Кожина, Е. В. Самосохранительное поведение старших школьников в системе факторов здорового образа жизни: репродуктивный аспект / Е. В. Кожина // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2014. – № 4(60). – С. 85–90.
78. Козлова, Т. А. Игра как социокультурная практика социализации детей / Т.А. Козлова // Вестник государственного университета Дубна. Серия: Науки о человеке и обществе. – 2020. – № 3. – С. 46–51.
79. Козырева, Ф. Т. Сущность добровольческой деятельности / Ф. Т. Козырева // StudNet. – 2020. – Т. 3, № 9. – С. 81–85.
80. Комова, Т. Г. Здоровье детей в школе / Т. Г. Комова, В. С. Устинова // Вестник научных конференций. – 2017. – № 2(18). – С. 43–45.

81. Кондакова, Н. А. Оценка здоровья детей Вологодской области за 1995–2019 гг.: метод когортного анализа / Н. А. Кондакова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, № 6. – С. 5.
82. Конова, С. Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук :14.02.03 / Конова Светлана Романовна. – Москва, 2007. – 55 с.
83. Коньшина, Ю. Е. Исследование отношения современных детей к здоровью и здоровому образу жизни / Ю. Е. Коньшина, Ю. В. Ивановский // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2017. – № 2. – С. 154–159.
84. Коротько, О. С. Результаты исследования проявления тревожности и агрессивности у детей младшего школьного возраста из полных и неполных семей / О. С. Коротько // Научный электронный журнал Меридиан. – 2020. – № 12(46). – С. 153–155.
85. Корякина, Т. Г. Взаимодействие семьи и начальной школы по формированию педагогической культуры родителей / Т. Г. Корякина, М. М. Прокопьева, Е. Д. Карпова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9, № 3(32). – С. 130–134.
86. Костанов, Д. Р. Игровой метод в профилактике стоматологических заболеваний у детей / Д. Р. Констанов // Вестник современных исследований. – 2021. – № 1–4(39). – С. 31–34.
87. Кочepasова, А. Ю. Социально-демографическая политика в современной России: теоретические ожидания и реальная эффективность / А. Ю. Кочepasова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2020. – № 2(70). – С. 61–63.
88. Кочкина, Д. Д. Развитие приходского попечения о детях в первой четверти XXI века / Д. Д. Кочкина // Нива Господня. Вестник Пензенской Духовной Семинарии. – 2020. – № 4(18). – С. 28–35.

89. Кравченко И. А. Изучение особенностей семьи с ребенком дошкольного возраста / И. А. Кравченко, Н. В. Полунина, В. С. Полунин // Российский медицинский журнал. – 2019. – Т. 25, № 2. – С. 104–107.
90. Крестьянцева, М. М. Неблагополучный ребёнок или ребёнок из неблагополучной семьи / М. М. Крестьянцева // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2020. – Т. 15, № 2. – С. 1062–1065.
91. Кузнецова, Е. В. Проявление лидерских качеств подростков, воспитывающихся в условиях неполной семьи / Е. В. Кузнецова // Вопросы педагогики. – 2020. – № 3. – С. 125–134.
92. Кузьминский, Е. Г. Исследование эмоциональной сферы подростков, воспитывающихся в неполных семьях / Е. Г. Кузьминский, Д. А. Редков, П. А. Побокин // Ярославский психологический вестник. – 2020. – № 2(47). – С. 22–24.
93. Куликова, Т. И. Совпадающее поведение как фактор успешной адаптации подростков из неполных семей в социуме / Т. И. Куликова, К. С. Шалагинова // Научный потенциал. – 2020. – № 1(28). – С. 44–46.
94. Кучеренко, П. А. Добровольчество и волонтерство как инструмент профилактики девиантного поведения подростков / П. А. Кучеренко, Д. Г. Коровяковский, Н. В. Антонова [и др.] // Психология и право. – 2020. – Т. 10. – № 2. – С. 51–63.
95. Кучма, В. Р. Научные исследования по гигиене и охране здоровья детей и подростков в 2017 г.: достижения и перспективы / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, М. А. Поленова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2018. – № 2. – С. 4–12.
96. Лавинский, Х. Х. Риски здоровью детей в «цифровой среде». Направления профилактики / Х. Х. Лавинский, Н. А. Грекова, И. В. Арбузов, Ю. Н. Полянская // Здоровье и окружающая среда. – 2017. – № 27. – С. 71–74.
97. Латыговская, О. Н. Диагностика культуры здоровья детей младшего дошкольного возраста / О. Н. Латыговская // Пралеска. – 2017. – № 5(309). – С. 8–14.

98. Лебедева, Е. В. Город, дружелюбный для детей и подростков: критерии оценки, механизмы создания / Е. В. Лебедева // СОТИС – социальные технологии, исследования. – 2020. – № 2(102). – С. 23–34.
99. Леонтьева, А. С. Неполные семьи как фактор социализации личности / А. С. Леонтьева // Инновации. Наука. Образование. – 2020. – № 15. – С. 439–442.
100. Линденбратен, А. Л. Актуальные проблемы российского здравоохранения / А. Л. Линденбратен // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 60–71.
101. Лисицин, Ю. П. Здоровый образ жизни ребенка / Ю. П. Лисицин, Н. В. Полунина. – Москва: Знание РСФСР, 1984. – 40 с.
102. Лучанинова, В. Н. Состояние здоровья детей и подростков и факторы, влияющие на его формирование / В. Н. Лучанинова, М. М. Цветкова, Л. В. Веремчук [и др.] // Гигиена и санитария. – 2017. – Т. 96. – № 6. – С. 561-568.
103. Лучкова, А. А. Готовность школьников к ведению здорового образа жизни / А. А. Лучкова // Актуальные проблемы науки и образования: сборник научных статей / под общей ред. С. А. Ляшко. – Балашов, 2017. – С. 38–39.
104. Макан, А. А. Study of the dominant of russian culture at school / А. А. Макан // Теория и практика современной науки. – 2018. – № 6(36). – С. 765–768.
105. Мамедова, А.О. Волонтерская деятельность в период пандемии COVID-19 / А. О. Мамедова, П. В. Быкова, А. А. Сысоев, Д. В. Гергокова // Образование и наука в России и за рубежом. – 2020. – № 5(69). – С. 103-108.
106. Мамедова, Л. В. Развитие культуры здоровья во внеурочной деятельности у детей первого класса / Л. В. Мамедова // Педагогический журнал. – 2018. – Т. 8, № 1. – С. 106–114.
107. Маркова, А. И. Социально-гигиенический аспект культуры питания школьников / А. И. Маркова, А. В. Ляхович, Л. М. Медведь // Вопросы детской диетологии. – 2007. – Т. 5, № 5. – С. 59–62.

108. Мартынова, Н. А. Родительский клуб как форма психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья / Н. А. Мартынова, Е. В. Скворцова // Вестник факультета управления СПбГЭУ. – 2017. – № 1–2. – С. 438–642.

109. Марченко, И. Н. Комплекс ГТО как основа физического воспитания школьников / И. Н. Марченко, В. К. Шлыков // Физическое воспитание и спортивная тренировка. – 2017. – № 3(21). – С. 120–130.

110. Матыгина, К. К. За здоровье в ответе и родители, и дети / К. К. Матыгина // Пралеска. – 2017. – № 6(310). – С. 21–27.

111. Медведева О. В. Медико-социальные особенности современной семьи и научное обоснование совершенствования региональной семейной политики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Медведева Оксана Викторовна. – Рязань, 2010. – 46 с.

112. Миргородская, О. В. Заболеваемость детского населения в Российской Федерации в 2012–2018 гг. и ее региональные особенности / О. В. Миргородская, В. О. Щепин, Л. П. Чичерин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 6. – С. 1240–1246.

113. Насурова, З. А. Социально-психологические особенности детей из неполных семей / З. А. Насурова, Т. В. Ибрагимова // Известия Чеченского государственного университета. – 2020. – № 3 (19). – С. 77–81.

114. Нечаев, В. С. К методологии изучения организационных технологий здоровьесбережения / В. С. Нечаев, И. А. Петрова // Главврач. – 2021. – № 8. – С. 6–15.

115. Никишин, Б. А. Жизнь детей в блокадном Ленинграде / Б. А. Никишин // Наука без границ. – 2021. – № 2(54). – С. 5–10.

116. Овсий, В. В. Молодежное волонтерство как объект социологического исследования / В. В. Овсий // Гуманитарий Юга России. – 2020. – Т. 9, № 1. – С. 198–209.

117. Овсянникова, Е. А. Проблемы адаптации ребенка к обучению в школе из полных и неполных семей / Е. А. Овсянникова, И. В. Михалец // Актуальные

научные исследования в современном мире. – 2020. – № 5(61). – С. 79–82.

118. Огнева, Е. Ю. Формирование нового менеджмента в работе детской поликлиники на основе анализа проблем здоровья детей и независимой оценки качества оказания услуг / Е. Ю. Огнева, А. Н. Гуров, И. В. Давронов // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 7. – С. 36–44.

119. Орел, В. И. Здоровье детей Санкт-Петербурга / В. И. Орел, В. М. Середа, А. В. Ким [и др.] // Педиатр. – 2017. – Т. 8. – № 1. – С. 112-119.

120. Островский, И. М. Здоровье детей по результатам анкетирования родителей / И. М. Островский, Е. В. Прохоров, М. Ю. Нарижный // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 62, № 3. – С. 105–111.

121. Отпущенникова, Т. В. Роль педиатра в формировании репродуктивного здоровья детей и подростков / Т. В. Отпущенникова, Л. А. Дерюгина, И. В. Горемыкин // Лечащий врач. – 2018. – № 1. – С. 52.

122. Пастбина, И. М. Пути сохранения детского здоровья / И. М. Пастбина, Е. А. Кригер, О. В. Самодова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – Т. 65, № 4. – С. 6–14.

123. Пац, Н. В. Некоторые аспекты медико-социального портрета подростков и молодежи из неполных семей / Н.В. Пац, Д. А. Редькин, О. В. Пац // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2020. – № 1(17). – С. 60–75.

124. Петрякова, К. А. Стили родительского воспитания и их влияние на психическое здоровье детей / К. А. Петрякова, А. Ю. Сероштан, Т. В. Волкодав // Научный электронный журнал Меридиан. – 2020. – № 3(37). – С. 390–392.

125. Поздеева, Т. В. Комплексное социально-гигиеническое исследование детей из неполных семей, проживающих в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Поздеева Татьяна Вячеславовна. – Москва, 1994. – 21 с.

126. Попова, Т. В. Специфика правового просвещения школьников в современных условиях / Т. В. Попова, Н. В. Быстрова, О. Д. Коротеева // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – № 58. – С. 197–200.

127. Потупчик, Т. В. Волонтерство как фактор формирования социальной ответственности будущих медицинских работников / Т. В. Потупчик, И. Л. Белых, П. Ю. Лебедева // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 3. – С. 6–11.

128. Прокопьева, М. М. Изучение психологических особенностей социализации детей младшего школьного возраста из неполных семей / М. М. Прокопьева, О. А. Семёнова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9, № 4(33). – С. 388–390.

129. Прокофьева, Л. М. Неполные семьи с детьми в России: масштабы распространения и материальная поддержка / Л. М. Прокофьева, И. И. Корчагина // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2020. – № 9–1 (48). – С. 172–179.

130. Разгоняева, Е. А. Факторы риска формирования частой респираторной заболеваемости у детей / Е. А. Разгоняева, А. Ю. Лавлинский // Российский педиатрический журнал. – 2019. – Т. 22, № 5. – С. 299.

131. Рожкова, Е. В. Государственно-общественное партнёрство как инструмент повышения уровня общественного здоровья в условиях кризиса / Е. В. Рожкова, О. В. Качагина, В. В. Кнапп // Успехи современной науки и образования. – 2017. – Т. 3, № 2. – С. 95–97.

132. Романов, В. Г. Здоровоохранение и состояние заболеваемости населения Забайкальского края: маркер социального неблагополучия / В. Г. Романов, И. В. Романова // Вестник Забайкальского государственного университета. – 2019. – Т. 25, № 10. – С. 62–83.

133. Рослова, З. А. Научное обоснование модели медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях детской поликлиники: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Рослова Зинаида Александровна. – Санкт–Петербург, 2019. – 260 с.

134. Рыков, М. Ю. Система поддержки принятия врачебных решений как элемент повышения качества медицинской помощи: новая эра информатизации здравоохранения / М. Ю. Рыков // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2019. – Т. 6, № 1. – С. 42–43.

135. Савельев, В. Н. Влияние уровня доходов семьи на уровень здоровья детей и посещаемость ими детских дошкольных учреждений / В. Н. Савельев, Г. Э. Закирова, Т. Э. Яйцева, Э. Г. Константинова // Студенческий вестник. – 2018. – № 8-2(28). – С. 11-12.
136. Салчак, А. М. Особенности образа отца у подростков из неполных семей в республике Тыва / А. М. Салчак // Вестник Тувинского государственного университета. – 2020. – № 2(63). – С. 32–41.
137. Семенова, О. А. Волонтерство в профессии врача: обязательное или желаемое / О. А. Семенова // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – № 64. – С. 150–153.
138. Сидорова, И. Г. Педагогические условия воспитания основ культуры здоровья у детей дошкольного возраста / И. Г. Сидорова // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – № 58. – С. 228–232.
139. Ситникова, Л. Н. Влияние физической культуры на здоровье детей начальной школы / Л. Н. Ситникова, Л. П. Кирьянцева // Постулат. – 2018. – № 4(30). – С. 43.
140. Словарь терминов, определений и показателей по вопросам охраны здоровья семьи / под ред. акад. И. Н. Денисова и проф. Т. П. Васильевой – Иваново: МИК, 2011. – 164 с.
141. Смирнова, Е. В. Формирование родителями нравственного отношения ребёнка к своему здоровью / Е. В. Смирнова // Вестник научных конференций. – 2017. – № 9–3(25). – С. 185–186.
142. Соколовская, Т. А. Здоровье детей: основные тенденции и возможные пути его сохранения / Т. А. Соколовская // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4. – С. 15.
143. Соколовская, Т. А. Роль семьи в формировании «модели здоровья» у детей / Т. А. Соколовская, М. В. Монахов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 3. – С. 45–56.
144. Сокольская, Л. В. Формы поощрения волонтеров, закрепленные в нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации / Л. В. Сокольская

// Право и государство: теория и практика. – 2020. – № 6(186). – С. 19–20.

145. Сологубова, П. А. «Я и мое здоровье»: памятка для детей 5–8 лет / П. А. Сологубова // Дошкольное воспитание. – 2018. – № 7. – С. 62–64.

146. Сорокина, Н. В. Особенности организации событийного волонтерства с детьми старшего дошкольного возраста / Н. В. Сорокина, Л. Е. Карачарова // Молодой ученый. – 2020. – № 13(303). – С. 234–236.

147. Старовойтова, Е. Л. Санологическая культура родителей как основа стоматологического здоровья детей / Е. Л. Старовойтова, А. А. Антонова, Н. В. Стрельникова, О. В. Лемещенко // Здоровье и образование в XXI веке - Москва. – 2017. – № 10. Том 19. – С.157–162.

148. Степанова, Е. В. Анализ состояния здоровья детей первого года жизни с помощью метода главных компонент / Е. В. Степанова // Экономика и менеджмент инновационных технологий. – 2017. – № 2(65). – С. 27–31.

149. Стручкова, Ю. В. Социальная адаптация детей из неполных семей / Ю. В. Стручкова, Т. Г. Корякина // Современное образование: традиции и инновации. – 2020. – № 3. – С. 219–221.

150. Сукманова, Е. Н. Как сохранить здоровье ребёнка на уроках / Е. Н. Сукманова // Развитие современного образования: теория, методика и практика. – 2017. – № 1(11). – С. 123–125.

151. Татарина, Ж. А. Формирование культуры здоровья детей на основе искусства эвритмии / Ж. А. Татарина // Научный альманах. – 2017. – № 3–2(29). – С. 198–201.

152. Тимошина, Е. О. Изучение состояния здоровья детей при поступлении в школу по результатам медицинских осмотров / Е. О. Тимошина, Е. С. Ломова, Е. С. Цуканова // Молодежный инновационный вестник. – 2017. – Т. 6, № 2. – С. 81–84.

153. Толмачев, Д. А. Заболеваемость детей дошкольного возраста в детском саду / Д. А. Толмачев, А. Ю. Лукашова, Г. А. Минигареева // Синергия наук. – 2019. – № 34. – С. 548–553.

154. Томгорова, Г. Н. Представления о семейных ролях в межпоколенных отношениях в полных и неполных семьях / Г. Н. Томгорова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2020. – № 11(79). – С. 82–87.

155. Турдубаева, Э. К. Организация волонтерской деятельности с населением третьего возраста в период пандемии COVID-19 / Э. К. Турдубаева // Вестник филиала федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский государственный социальный университет» в г. Ош Киргизской Республики. – 2020. – № 1(21). – С. 118–122.

156. Тюлюнова, В. В. Образ семьи в современном российском кинематографе в оценках экспертов / В. В. Тюлюнова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2020. – № 2(58). – С. 134–142.

157. Федоров, А. Ф. К вопросу о проблеме неполной семьи, где воспитанием занимается одинокая мать / А. Ф. Федоров // Глобальный научный потенциал. – 2020. – № 11(116). – С. 132–134.

158. Фелик, С. В. Состояние здоровья детей как отражение полноценного питания / С. В. Фелик, Т. А. Антипова, А. Ю. Золотин [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 5-1. – С. 149-153.

159. Феррара, П. Роль педиатров в охране здоровья детей, проживающих в семьях нового типа / П. Феррара, Д. Корселло, А. Сбордине [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2017. – Т. 14. – № 3. – С. 210-212.

160. Филипова, А. Г. Здоровье и образование детей в российских регионах: от кластеризации к имитационному моделированию / А. Г. Филипова, А. В. Высоцкая // Региональные проблемы. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 107–116.

161. Филипова, А. Г. Оценка влияния региональных показателей на здоровье детей / А. Г. Филипова, А. В. Еськова // Ойкумена. Регионоведческие исследования. – 2017. – № 4(43). – С. 124–132.

162. Филиппова, Н. В. Психическое здоровье детей и подростков в Саратовской области в 2000-2014 гг / Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник,

А. Ф. Парашенко, Е. А. Бойко // Психическое здоровье. – 2017. – Т. 15. – № 2(129). – С. 30-41.

163. Хабриев, Р. У. Государственные гарантии медицинской помощи: монография / Р. У. Хабриев, В. М. Шипова, В. С. Маличенко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 232 с.

164. Хмельницкая, Е. А. Комплексная оценка состояния здоровья детей / Е. А. Хмельницкая, П. Ф. Кику, С. Н. Бениова, К. М. Сабирова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2017. – № 4(56). – С. 22-27.

165. Хорунжий, Н. В. Состояние здоровья детей по результатам диспансеризации детского населения / Н. В. Хорунжий // Педиатр. – 2017. – Т. 8, № 1. – С. 34–35.

166. Чедов, К. В. Взаимодействие учреждений общего и дополнительного образования с семьей по вопросам формирования культуры здоровья детей / К. В. Чедов // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – № 1. – С. 44–48.

167. Челнокова, Е. А. Волонтерство как социальное явление / Е. А. Челнокова, С. В. Булганина, А. С. Челноков [и др.] // Russian Economic Bulletin. – 2020. – Т. 3. – № 1. – С. 211-216.

168. Чепрасов, В. В. Распространенность факторов риска здоровья школьников 5-х, 9-х, 11-х классов в г. Ростове-на-Дону / В. В. Чепрасов, И. К. Рапопорт // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2018. – № 2. – С. 39–44.

169. Чернявский, Н. И. Корпоративное волонтерство / Н. И. Чернявский // Студенческий форум. – 2020. – № 22-2(115). – С. 82–83.

170. Чичерин, Л. П. К вопросу усиления медико-социального раздела первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам в России / Л. П. Чичерин, В. О. Щепин, М. В. Никитин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2020. – № 2(66). – С. 18–24.

171. Чорный, О. В. Формирование модели государственной политики здравоохранения в управлении социо-гуманитарной сферой на современном этапе

развития общества / О. В. Чорный // Polish Journal of Science. – 2020. – № 30(30). – С. 24–27.

172. Шабунова, А. А. Условия жизни семей с новорожденными детьми и факторы формирования здоровья в детстве / А. А. Шабунова, Н. А. Кондакова // Социологические исследования. – 2017. – № 3(395). – С. 106–114.

173. Шавалиев, Р. Ф. Состояние здоровья и приверженность здоровому образу жизни современных школьников / Р. Ф. Шавалиев, Р. А. Файзуллина, И. Х. Вильданов // Вопросы детской диетологии. – 2018. – Т. 16, № 1. – С. 18–25.

174. Шапкина, Е. А. Доверие как основа государственно-общественного партнерства в информационном обществе / Е. А. Шапкина // Гражданское общество в России и за рубежом. – 2019. – № 4. – С. 20–25.

175. Шахгиреева, М. Р. Прогнозирование нарушений здоровья детей в педиатрии / М. Р. Шахгиреева, А. Б. Махтиева, Л. Б. Гацаева // Новая наука: теоретический и практический взгляд. – 2017. – Т. 1, № 3. – С. 16–20.

176. Шер, С. А. Охрана здоровья детей в странах Европы и США в начале XX века / С. А. Шер, Т. В. Яковлева // Российский педиатрический журнал. – 2017. – Т. 20, № 6. – С. 382–384.

177. Шефер, Е. С. Психологические тесты // Е. С. Шефер, Р. К. Белл, Т. В. Неццетт. – М., 2001. – Т. 2. – С. 130–143.

178. Шмелёв, А. Е. Педагогическая культура родителей: заботимся о физическом воспитании и здоровье детей вместе / А. Е. Шмелёв // Наука, образование и культура. – 2018. – № 4(28). – С. 67–68.

179. Щепин, В. О. Межведомственность в деле охраны здоровья детей и подростков: рекомендации ВОЗ и реалии России / В. О. Щепин, Л. П. Чичерин, В. И. Попов, И. Э. Есауленко // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76. – № 1. – С. 93–102.

180. Щепин, О. П. Пути совершенствования народного здравоохранения / О. П. Щепин // Советское здравоохранение. – 1980. – № 1. – С. 3–10.

181. Adler, N. E. Socioeconomical Status and Health: the challenge of gradient / N. E. Adler, T. Boyce, M. A. Chesney [et al.] // *Am. Psychol.* – 2003. – № 49. – P. 15–24.
182. Akimova, L. A. Safe educational environment as an object of pedagogical design / L. A. Akimova, I. V. Chikeneva // *Humanities and Social Sciences Reviews.* – 2019. – Vol. 7, № 5. – C. 510–515. DOI: <http://dx.doi.org/10.18510/hssr.2019.7558>.
183. Alemán-Díaz, A. Y. Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of servic / A. Y. Alemán-Díaz, S. Backhaus, L. L. Siebers [et al.] // *The Lancet Child & Adolescent Health.* – 2018. – Vol. 12, № 2. – P. 891–904. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30286-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30286-4).
184. Alsaqri, S. The Prevalence of Symptoms of Shift Work Disorder (SWD) among Nurses in the Northwestern Region, Saudi Arabia / S. Alsaqri, J. Llego, Petelyne Pangket [et al.] // *International Journal of Medical Research & Health Sciences.* – 2020. – № 9(1). – P. 20–26.
185. Andreev, E. M. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia / E. M. Andreev, V. Shkolnikov, E. Varavikova [et al.] // *International Journal of Epidemiology.* – 2013. – № 32. – P. 437–446.
186. Asthana, S. The demographic and social class basis of inequality in self-reported morbidity: an exploration using the Health Survey for England / S. Asthana // *JECH.* – 2014. – № 58. – P. 303–307.
187. Bagrow, J. P. Information flow reveals prediction limits in online social activity / J. P. Bagrow, L. Xipei, M. Lewis [et al.] // *Nature Human Behaviour.* – 2019. – № 2. – P. 122–128. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41562-018-0510-5>.
188. Berg-Nielsen, T. S. Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature / T. S. Berg-Nielsen, A. Vikan, A. A. Dahl // *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* – 2012. – Vol. 7. – P. 529–532.
189. Binu, A. Sociodemographic profile of speech and language delay up to six years of age in Indian children / A. Binu, S. Raj // *Int. J. Med. Res. Health Sci.* – 2014. – № 3(1). – P. 98–103.

190. Blakely, T. No association of income inequality with adult mortality / T. Blakely, J Atkinson, D O’Dea // *J. Epidem. Community Health*. – 2003. – № 57. – P. 279–284.

191. Boshra A. Arnout. The effects of corona virus (COVID-19) outbreak on the individuals’ mental health and on the decision makers: a comparative epidemiological study / A. Arnout. Boshra // *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. – 2020. – № 9(3). – P. 26–47.

192. Boshra, A. Arnout. Almoied Enjoying Life and Health Status among Young Adults and Elderly: A Comparative Study in Light of the Globalization Effects on the Human Being of the 21st Century / A. Arnout Boshra, A. Almoied Ayed // *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. – 2020. – № 9(3). – P. 18–25.

193. Cakiroglu, U. Gamifying an ICT course: Influences on engagement and academic performance / U. Cakiroglu, B. Başibüyük, M. Gler [et al.] // *Computers in human behavior*. – 2017. – Vol. 69. – P. 98–107. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.chb.2016.12.018>.

194. Carroll, K. Prevalence and management of coronary heart disease in primary care: population-based cross-sectional study, using a disease register / K. Carroll, A. Majeed, C. Firth, J. Gray // *J. Publ. Health Medicine*. – 2003. – № 2. – P. 29–35.

195. Chang, Q. Cyberbullying and suicide ideation among Hong Kong adolescents: the mitigating effects of life satisfaction with family, classmates and academic results / Q. Chang, Jianli Xing, Rainbow T. H. Ho [et al.] // *Psychiatry research*. – 2019. – Vol. 274. – P. 269–273. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.054>.

196. Chen, M. Improving website structure through reducing information overload / M. Chen // *Decision Support Systems*. – 2018. – Vol. 110. – P. 84–94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dss.2018.03.009>.

197. Crowther, S. Crafting stories in hermeneutic phenomenology research: a methodological device / S. Crowther, P. Ironside, D. Spence, L. Smythe // *Qualitative*

Health Research. – 2017. – Vol. 27 (6). – P. 826–835.
DOI: <http://dx.doi.org/doi:10.1177/1049732316656161>.

198. Dahl, E. Social mobility and Health: Cause or effect? / E. Dahl // *BMJ*. – 2006. – № 313. – P. 435–436.

199. Dargahi, H. Determining the Relation between General Health and Educational Progress among Paramedical Faculty's Students of Tehran Medical University / H. Dargahi, Z. Jalilian, S. Hosseini [et al.] // *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. – 2016. – № 5. – P. 132–141.

200. Darras, K. E. Developing the evidence base for M-learning in undergraduate radiology education: identifying learner preferences for mobile apps / K. E. Darras, Jeroen J. G. van Merriënboer, M. Toom [et al.] // *Canadian Association of Radiologists Journal*. – 2019. – Vol. 70, Iss. 3. – P. 320–326. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.carj.2019.03.007>.

201. Datu, J. A. The triarchic model of grit is linked to academic success and well-being among Filipino high school students / J. A. Datu, M. Yuen, G. Chen // *School Psychology Quarterly*. – 2018. – Vol. 33, № 3. – P. 428–438. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/spq0000234>.

202. Ganimian, A. J. Improving education in developing countries: lessons from rigorous impact evaluations / A. J. Ganimian, R. J. Murnane // *Educational Research Review*. – 2016. – Vol. 3. – P. 719–755. DOI: <http://dx.doi.org/10.3102/0034654315627499>

203. Hamidi, H. Essential factors for the application of education information system using mobile learning: a case study of students of the university of technology / H. Hamidi, M. Jahanshaheefard // *Telematics and Informatics*. – 2019. – Vol. 38. – P. 207–224. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tele.2018.10.002>.

204. Hofoss, D. Physicians and the mass media. Opinion of physicians on the coverage of medicine, health policy and the medical profession by the mass media / D. Hofoss, E. Falkum // *Tidsskr Nor Laegeforen*. – 2006. – Vol. 116, № 2. – P. 270–274.

205. Hollman, A. K. Information technology pathways in education: interventions with middle school students / A. K. Hollman, T. J. Hollman, F. Shimerdla [et al.] // *Computers and Education*. – 2019. – Vol. 135. – P. 49–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.02.019>
206. Kapral, M. K. Effect of socioeconomic status on treatment and Mortality / M. K. Kapral, H. Wang, M. Mamdani [et al.] // *Stroke*. – 2002. – № 33. – P. 268–270.
207. Kennedy, B. P. Income distribution, socioeconomic status and self-rated Health in the United States / B. P. Kennedy, I Kawachi, R. Glass, D. Prothrow-Stith // *BMJ*. – 2008. – Vol. 317, № 10. – P. 20–23.
208. Kennedy, B. P. The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis / B. P. Kennedy, I. Kawachi, E. Brainerd // *World Development*. – 2008. – Vol. 26, № 1. – P. 2029–2043.
209. Khaled Freeh Aoudah Alnawaimiss. Physical Activities among Adults with a Special Focus in Saudi Arabia // *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. – 2018. – № 7(8). – P. 114–121.
210. Kim, S. Y. The associations between internet use time and school performance among Korean adolescents differ according to the purpose of internet use / S. Y. Kim, Min-Su Kim, B. Park [et al.] // *PloS one*. – 2017. – Vol. 12, № 4. DOI: <http://doi.org/e0174878>.
211. Kim, Y. J. Ideas rise from chaos: Information structure and creativity / Y. J. Kim, C.-B. Zhong // *Organizational behavior and human decision processes*. – 2017. – Vol. 138. – P. 15–27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2016.10.001>.
212. Kizilcec, R. F. Closing global achievement gaps in MOOCs / R. F. Kizilcec, A. J. Saltarelli, J. Reich, G. L Cohen // *Science*. – 2017. – Vol. 355, № 6322. – P. 251–252. DOI: <http://doi.org/10.1126/science.aam5331>.
213. Kopp, T. When cognitive fit outweighs cognitive load: redundant data labels in charts increase accuracy and speed of information extraction / T. Kopp, M. Riekert, S. Utz // *Computers in Human Behavior*. – 2018. – Vol. 86. – P. 367–376. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.04.037>.

214. Krawczyk, D. C. Future directions in reasoning: emerging technology and cognitive enhancement / D. C. Krawczyk // Reasoning: The Neuroscience of How We Think. – Elsevier, 2018. – P. 313–337. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809285-9.00013-2>.
215. Leahy, S. M. The digital frontier: envisioning future technologies impact on the classroom / S. M. Leahy, C. Holland, F. Ward // Futures. – 2019. – Vol. 113. – P. 102422. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.futures.2019.04.009>.
216. Leppink, J. Cognitive load theory: practical implications and an important challenge / J. Leppink // Journal of Taibah University Medical Sciences. – 2017. – Vol. 12, Iss. 5. – P. 385–391. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2017.05.003>
217. Lu, W. Adolescent depression: national trends, risk factors, and healthcare disparities / W. Lu // American Journal of Health Behavior. – 2019. – Vol. 43, № 1. – P. 181–194. DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.1.15>.
218. Marmot, M. Social determinants of health / M. Marmot, R. Wilkinson // Oxford UP. – 2004. – № 57. – P. 37–39.
219. Michal, F. Impact of the environment on reproductive health: executive summary / F. Michal, K. Grigor, M. Negro-Villar [et al.] // Environ. Health Perspect. – 2003. – № 7. – P. 159–167.
220. Mohd, S. Life Style as a Risk Factor of Disease: An Awareness of Immunological Disease / S. Mohd, A. Alqunun // International Journal of Medical Research & Health Sciences. – 2020. – № 9(1). – P. 72–83.
221. Murray, C. J. L. Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study / C. J. L. Murray, A. D. Lopez // Environ. Health Perspect. – 2004. – № 6. – P. 150–157.
222. Namazova-Baranova, L. S. COVID-19 and children / L. S. Namazova-Baranova, A. A. Baranov // Russian Pulmonology. – 2020. – T. 30, № 5. – C. 609–628.
223. Pelargos, P. E. Utilizing virtual and augmented reality for educational and clinical enhancements in neurosurgery / P. E. Pelargos, D. T. Nagasawa, C. Lagman [et al.] // Journal of Clinical Neuroscience. – 2017. – Vol. 35. – P. 1–4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2016.09.002>.

224. Saurabh, S. Modelling and statistical analysis of YouTube's educational videos: a channel owner's perspective / S. Saurabh, S. Gautam // *Computers and Education*. – 2019. – Vol. 128. – P. 145–158. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2018.09.003>.

225. Şehrinaz, P. The Management Strategies used for Conflicts Resolution: A Study on the Chief Physician and the Directors of Health Care Services / P. Şehrinaz // *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. – 2017. – № 6(8). – P.105–110.

226. Seraji, M., Evaluation of the Effect of Educating Self Care Behavior of Heart failure Patients on Economy of Health / M. Seraji, F. Rakhshani // *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. – 2016. – № 5. – P. 279–284.

227. Shamoan, N. Stress: A Public Health Concern for Progression of Neurodegeneration and Cognitive Decline in Pakistani Population / N. Shamoan, A. Sadaf // *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. – 2019. – № 8(4). – P. 167–174.

228. Shen, C. Behavioural intentions of using virtual reality in learning: perspectives of acceptance of information technology and learning style / C. Shen, J. Ho, P. T. Ly, T. Kuo // *Virtual Reality*. – 2019. – Vol. 23, Iss. 3. – P. 313–324. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10055-018-0348-1>.

229. Shoufan, A. What motivates university students to like or dislike an educational online video? A sentimental framework / A. Shoufan // *Computers and Education*. – 2019. – Vol. 134. – P. 132–144. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.02.008>

230. Siegrist, V. The influence of information structuring and health literacy on recall and satisfaction in a simulated discharge communication / V. Siegrist, W. Langewitz, R. Mata [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2018. – Vol. 101, Iss. 12. – P. 2090–2096. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.008>.

231. Socioeconomic status and Health / M. A. Winkleby, T. Boyce, M. Chesney [et al.] // *Am J. Pub. Health*. – 2002. – № 82. – P. 816–820.

232. Startield, B. Is USA Health Really the Best in the World? / B. Startield // JAMA. – 2000. – № 3. – P. 483–485.
233. Stolaki, A. The creativity challenge game: an educational intervention for creativity enhancement with the integration of Information and communication technologies (ICTs) / A. Stolaki, A. A. Economides // Computers and Education. – 2018. – Vol. 123. – P. 195–211. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2018.05.009>.
234. Weissman, M. M. What research suggests for depressed women with children / M. M. Weissman, P. Jensen // Journal of Clinical Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, № 7. – P. 641–647.
235. Whiffen, V. E. Comparison of postpartum and non-postpartum depression: Clinical presentation, Psychiatric history, and psychosocial functioning / V. E. Whiffen, I. H. Gotlib // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2003. – Vol. 61. – P. 485–494.
236. Yakobus, Siswadi. Cultural Competence of Nursing Faculty in Indonesia Siswadi Yakobus // International Journal of Medical Research & Health Sciences. – 2018. – № 7(8). – P. 97–102.
237. Yiu, V. Relationships between birthweight and blood pressure in childhood / V. Yiu, S. Buka, D. Zurakowski [et al.] // Am J. Kidney Dis. – 2009. – № 33(2). – P. 253–260.

Приложение А. Анкета для родителей ребенка

Уважаемые родители! Просим Вас принять участие в социологической опросе, результаты которого лягут в основу разработки мер по совершенствованию организации помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях. Вам необходимо ответить на ниже поставленные вопросы совместно с Вашим ребенком. Мы гарантируем полную конфиденциальность сообщенных Вами данных. Ф. И. ребенка _____

1. Общий медико-социальный статус ребенка

1. Возраст ребенка: 1 - до 3 лет; 2- 3-6 лет; 3 – 7-14 лет. **2. Пол:** 1. м.; 2. ж.

3. Социальный статус: 1- находится на домашнем воспитании (подчеркните с кем: с мамой, с бабушкой, с родственниками, с няней), 2 - посещает ДДУ; 3- учится в средней школе; 4- учится в специализированной школе (укажите в связи с чем: _____); 5 – учится на дому.

2. Анамнестические данные о развитии ребенка

1. Имелись ли нарушения в состоянии здоровья ребенка при рождении: 1. да (укажите какие: недоношенный, низкая масса тела, врожденная патология, др _____)

2. Заболевания, перенесенные ребенком

3. Самооценка мамой здоровья ребенка, медицинской активности

1. Какое хроническое заболевание имеет ребенок: (вписать) _____

2. Продолжительность сна ребенка: 1. менее 6 часов; 2. 6-8 часов 3. более 8 часов 4. когда как

3. Есть ли определенный режим дня у Вашего ребенка: 1. да 2. нет 3. затрудняюсь ответить

4. Как часто Вы обращаетесь с ребенком к врачам в течение года с профилактической целью? 1. не обращаюсь 2. 2-3 раза 3. обращаюсь часто.

5. Что мешает выполнению назначений врача: 1. не хватает времени; 2. не хватает денег на лекарства и другие лечебные мероприятия; 3. даются не четкие, противоречивые рекомендации; 4. не верю врачам, надеюсь только на себя; 5. трудно убедить ребенка выполнять в полной объеме выполнять рекомендации.

6. Состоит ли Ваш ребенок на диспансерном учете в связи с заболеванием? 1. не состоит 2. состоит в связи (указать заболевание) _____

7. Приглашались ли Вы с ребенком в течение последнего года на диспансеризацию? 1. да 2. нет;

8. Если приглашались, то прошли ли Вы ее в полном объеме? 1. да 2. нет 3. частично 4. не прошел;

9. Имеется ли у ребенка психотравмирующие обстоятельства ? 1. нет 2. редко 3. постоянно;

10. Качество сна Вашего ребенка: 1. спит всегда спокойно; 2. спит иногда беспокойно; 3. спит всегда беспокойно

11. Сколько раз в день питается ваш ребенок? 1. 4 раза и более 2. 3 раза в день 3. 1-2 раза в день 4. когда как

4. Семейный статус

1. Ваше семейное положение: 1. замужем 2. не замужем 3. вдова; 4. разведена

2. Вместе с вами проживают: 1. жена 2. муж 3. бабушка, дедушка (возраст -) 4. другие ваши дети (количество и возраст

3. Средний месячный доход на одного члена семьи: _____

4. Как Вы оцениваете материальную обеспеченность семьи: 1. хорошая 2. удовлетворительная 3. плохая

5. Бытовые условия Вашей семьи: 1. плохие (не соответствуют гигиеническим нормам) 2. удовлетворительные; 3. хорошие.

7. Что является причиной конфликтов в Вашей семье? 1. материальные проблемы 2. злоупотребление алкоголем (кого) _____ 3. отсутствие работы у одного из супругов 4. появление ребенка 5. воспитание детей 6. проблемы со здоровьем (кого) _____ 7. ревность одного из супругов 8. отсутствие взаимопонимания 9. отсутствие взаимопонимания с родителями одного из супругов 10. неудовлетворенность в сексуальной жизни 11. организация домашних дел 12. организация досуга 13. разные отношения к людям, событиям 14. что-то другое _____

8. Уровень образования: Ваше (1. высшее, 2. среднее-специальное, 3. среднее); Мужа (1. высшее, 2. среднее-специальное, 3. среднее).

9. Сколько времени Вы лично в среднем уделяете ребенку в течение дня: 1. более 5 час.; 2. 3-5 час.; 3. 1-2 час.; 4. менее часа.

10. Сколько времени Вы тратите на работу в течение дня (с проездом): 1. не работаете; 2. менее 4 час.; 3. 4-8 час.; 4. 9-12 час.; 5. более 12 час.

11. Вы говорите со своим ребенком о том, что надо делать, чтобы быть здоровым и не болеть: 1. да, часто; 2. иногда, при случае; 3. нет времени.

12. Кто преимущественно осуществляет воспитание ребенка: 1. только Вы; 2. бабушка (дедушка, др.).

Приложение Б. Мнение родителей детей из неполных и полных семей о доступности, качестве и результативности медицинской помощи

Уважаемые родители! Просим Вас принять участие в социологической опросе, результаты которого лягут в основу разработки мер по совершенствованию организации помощи детям в амбулаторно-поликлинических условиях. Вам необходимо ответить на ниже поставленные вопросы совместно с Вашим ребенком. Мы гарантируем полную конфиденциальность сообщенных Вами данных. Ф. И. ребенка _____

1. Какое ваше мнение о помощи, оказываемой вашему ребенку

Критерии оценки	Педиатр участковый	Другие специалисты	Врач ДДУ, школы
Доступность помощи	1. высокая; 2. средняя; 3. низкая Что Вас не устраивает: 1. неудобный график приема; 2. длительное ожидание приема; 3. неудобные условия ожидания приема; 4. отказ в приеме (укажите причину:); 5. нарушение взаимопонимания с врачом, недоверие	1. высокая; 2. средняя; 3. низкая Что Вас не устраивает?: 1. неудобный график приема; 2. длительное ожидание приема; 3. неудобные условия ожидания приема; 4. отказ в приеме (укажите причину); 5. нарушение взаимопонимания с врачом, недоверие	1. высокая; 2. средняя; 3. низкая
Качество	1. высокое; 2. среднее; 3. низкое Что Вас не устраивает в качестве услуг? 1. объем, 2. доступность, 3. безопасность, 4. невнимательность и (или) низкая квалификация персонала	1. высокое; 2. среднее; 3. низкое Что Вас не устраивает в качестве услуг? 1. объем, 2. доступность, 3. безопасность, 4. невнимательность и (или) низкая квалификация персонала	1. высокое; 2. среднее; 3. низкое Что Вас не устраивает в качестве услуг?: 1. объем, 2. доступность, 3. безопасность, 4. невнимательность и (или) низкая квалификация персонала

Результат	1. низкий; 2. недостаточный; 3. оптимальный	1. низкий; 2. недостаточный; 3. оптимальный	1. низкий; 2. недостаточный; 3. оптимальный
Условия	1. отличные; 2. хорошие; 3. Удовлетворительные	1. отличные; 2. хорошие; 3. удовлетворительные	1. отличные; 2. хорошие; 3. удовлетворительные
Информационная поддержка	1. отличная информационная поддержка, 2. недостаточно хорошая информационная поддержка; 3. низкая	1. отличная информационная поддержка, 2. недостаточно хорошая информационная поддержка; 3. низкая	1. отличная информационная поддержка; 2. недостаточно хорошая информационная поддержка; 3. низкая
Правовая поддержка	1. отличная; 2. средняя; 3. низкая	1. отличная ; 2. средняя; 3. низкая	1. отличная ; 2. средняя; 3. низкая
Социальная поддержка, в том числе со стороны органов соцзащиты	1. отличная; 2. средняя; 3. низкая	1. отличная; 2. средняя; 3. низкая	1. отличная; 2. средняя; 3. низкая
Психологическая поддержка	1. отличная; 2. средняя; 3. низкая	1. отличная; 2. средняя; 3. низкая	1. отличная; 2. средняя; 3. низкая

Ваши предложения:

2. С желанием ли Вы и ваш ребенок идет на прием к врачам:

– к педиатру: 1. да, поскольку ощущает доброе и внимательное отношение; 2. не всегда; 3. с трудом приходится заставлять (укажите, с чем это связано: _____);

– к другим врачам-специалистам: 1. да, поскольку ощущает доброе и внимательное отношение; 2. не всегда; 3. с трудом приходится заставлять (укажите, с чем это связано: _____).

3. Способствует ли школа, в которой учится ваш ребенок, сохранению его здоровья:

1. да; 2. нет.

Если нет, то что на ваш взгляд, мешает в условиях школы сохранению здоровья вашего ребенка: 1. плохая организация медицинского наблюдения; 2. не учитываются учителями особенности ребенка, наличие у него заболевания; 3. повышенная учебная нагрузка и завышенные требования; 4. плохие гигиенические условия – мебель, освещение, питание и др.; 4. плохой уровень информирования учителями и медицинскими работниками школы родителей о состоянии здоровья ребенка в ходе учебы.

4. Из каких источников Вы получаете информацию о принципах лечения и оздоровления вашего ребенка, насколько вы им доверяете:

Источники информации	Полнота использования	Степень доверия
Педиатр участковый	Часто получаю полную интересующую информацию, редко получаю интересующую меня информацию не получаю необходимую информацию	Доверяю полностью Доверяю частично Не доверяю
Другие врачи-специалисты	1 2 3	1 2 3
Школьный врач	1 2 3	1 2 3
Знакомые медицинские работники	1 2 3	1 2 3
Родственники, знакомые	1 2 3	1 2 3
Знахари, экстрасенсы	1 2 3	1 2 3
Журналы, газеты (укажите какие)	1 2 3	1 2 3
Телевидение, радио (укажите передачи)	1 2 3	1 2 3

8. Укажите, в какой медицинской и социальной помощи Вы и ваш ребенок нуждаетесь.

Благодарим за участие в опросе

**Приложение В. «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи
детям в условиях детской поликлиники»**

Медицинская карта № _____ ФИО пациента _____ Возраст _____

Диагноз основной:

Сопутствующая патология:

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Вид помощи (мероприятий)	Оценка	Установленные недостатки
Полнота проведения профилактических мероприятий	1. Полностью; 2. частично; 3. имеются нарушения в технологии	
Полнота проведения диагностических мероприятий	1. Полностью; 2. частично; 3. имеются нарушения в технологии	
Полнота проведения консультативных мероприятий	1. Полностью; 2. частично; 3. имеются нарушения в технологии	
Полнота выполнения патронажей, мероприятий по формированию навыков ухода, пропаганде грудного вскармливания	1. Полностью; 2. частично; 3. имеются нарушения в технологии	
Полнота проведения психокоррекционных мероприятий	1. Полностью; 2. частично; 3. имеются нарушения в технологии	

Экспертные выводы	
Соответствие объема лечебных мероприятий стандарту	Соответствуют – 1 не соответствуют – 2
Соответствие объема диагностических мероприятий стандарту	Соответствуют – 1 не соответствуют – 2
Соответствие объема профилактических мероприятий стандарту	Соответствуют – 1 не соответствуют – 2
Соответствие объема консультативной помощи стандарту	Соответствуют – 1 не соответствуют – 2
Соответствие технологии лечения и диагностики стандарту	Соответствует – 1; отклоняется - 2
Соответствие результата помощи стандарту	Соответствует – 1; отклоняется – 2
Медицинская помощь выполнена без задержки и перерывов	Да – 1; нет – 2
Взаимодействие и координация между подразделениями (сотрудниками) в процессе оказания услуги	не нарушена – 1; нарушена – 2
Врачебная тактика привела к возникновению осложнений и нежелательных последствий для больного	Да – 1; нет – 2
При оказании помощи учитывались ли индивидуальные особенности больного	Да – 1; нет – 2
Итоговая оценка:	

Какие факторы, на ваш взгляд, повлияли на снижение результативности медицинской помощи и определите их вес значимости: 1. дефицит ресурсов (медикаментов, оборудования) 1 2 3 4 5 баллов; 2. тяжесть патологии, особенности течения 1 2 3 4 5 баллов; 3. недоукомплектованность штатов, повышенная нагрузка на персонал, низкая мотивация медработников 1 2 3 4 5 баллов; 5. недостаточные знания и умения медицинского персонала по вопросам использования современных технологий 1 2 3 4 5 баллов; 6. дефекты в уходе, сестринской помощи 1 2 3 4 5 баллов; 7. недостатки в организации помощи 1 2 3 4 5 баллов.

Дата проведения экспертизы _____

Подпись экспертов _____

**Мнение экспертов о возможных направления, формах и средствах совершенствования
медико-социальной помощи детям из неполных семей**

Статус эксперта _____

Направления	Недостатки существующей системы	Предложения по улучшению
Правового характера		
Организационного характера		
Медицинского характера		
Социального характера		
Экономического характера		
Психологического характера		
Взаимодействие		

Подпись эксперта _____

Приложение Г. Основные недостатки (слабые места) обеспечения и организации первичной медико-санитарной помощи детям из неполных семей в амбулаторных условиях, возможности ее совершенствования (SWOT–анализ)

Направления	Недостатки существующей системы	Возможности совершенствования
Правового характера	<ul style="list-style-type: none"> - частые изменения в нормативной базе здравоохранения. - отсутствие правовой и медицинской оценки достоверности различных источников медицинской информации; - низкая компьютерная грамотность населения и медицинских работников, не умение пользоваться компьютерной базой нормативных документов; - низкая доступность периодической и монографической литературы для медицинских работников; - нормативно закрепленное время на прием пациентов в поликлинике, ограничивающее возможность полноценного общения с пациентом, матерью 	<ul style="list-style-type: none"> - правовая оценка существующих нормативных документов с позиции их актуальности, применимости в современных условиях; - формирование реестра печатных и электронных изданий, которым могут доверять население и медицинские работники; - повышение компьютерной грамотности медицинских работников и населения, обеспечение доступности современной компьютерной техники и технологии; - расширение доступности периодической литературы для медицинских работников, формирование и распространение электронных дайджестов; - нормативное закрепление увеличения затрат времени на прием пациента в поликлинике

<p>Организационного характера</p>	<ul style="list-style-type: none"> - изменение мощности учреждений здравоохранения не успевает за увеличением численности населения - отсутствие четких рекомендаций по показаниям консультативной помощи. Отсутствие стандартов помощи по многим нозологиям педиатрического профиля - отсутствие дифференцированного подхода к организации помощи детям из полных и неполных семей. 	<ul style="list-style-type: none"> - более гибко осуществлять планирование объемов медицинской помощи с учетом мониторинга демографической ситуации - уточнение показаний для консультаций специалистов - разработать методические рекомендации для врачебного и среднего медицинского персонала по работе с неполными семьями, воспитывающих ребенка.
<p>Кадрового характера</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Недостаток специалистов (все уезжают в Москву) - «Постарение» медицинских кадров - Низкая трудовая активность медицинских сестер - Низкая «реакция медработников» на стимулы (нежелание аттестоваться на квалификационную категорию); - Устаревшие технологии работы медицинских работников; - Снижение авторитета врача. 	<ul style="list-style-type: none"> - восстановление практики «распределения» молодых специалистов после окончания вузов и колледжей, формирование региональной программы поддержки молодых специалистов; - Повышение качества отбора кадров в педиатрическую службу; - повышение уровня стимулирующих выплат за квалификационные категории, успешное проведение профилактической и реабилитационной работы; - Повышение квалификации участковых педиатров с расширением возможностей

		<p>выезда на конференции, семинары;</p> <p>- проведение имиджевой работы по формированию положительного образа медицинских работников в глазах населения - создание в поликлиниках стендов, а так же публикация статей в местных изданиях, где рассказывалось бы о положительных случаях исцеления больных и высокопрофессионального отношения медицинских работников, вывешивались бы благодарности пациентов.</p>
<p>Социального характера</p>	<p>- социальная и правовая незащищенность медицинских работников;</p> <p>- низкая социальная защищенность матерей-одиночек, проблемы с трудоустройством и «высвождением» матери от работы для выполнения медицинской функции по оздоровлению ребенка.</p>	<p>- формирование нормативной базы по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников;</p> <p>формирование региональных программ социальной поддержки медицинских работников, находящихся в затруднительной ситуации совместно с профсоюзными организациями и профессиональными ассоциациями;</p> <p>- Согласование с работодателями мер социальной поддержки матерей-одиночек: гибкого графика работы,</p>

		<p>приоритетное устройство в ДДУ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Борьба с безработицей, создание новых рабочих мест; - законодательная инициатива создания «прерывистого» декретного отпуска матери.
Экономического характера	<ul style="list-style-type: none"> - Большой разрыв в зарплате медработников; - Здание поликлиники построено по проекту советского времени и не соответствует современным запросам; - Низкая обеспеченность участковой службы автомобилями. 	<ul style="list-style-type: none"> - совершенствование системы оплаты труда медицинских работников, критериев оценки и распределение ФОТ; - включение в сметы расходов предстоящего периода модернизацию здания поликлиники; - ходатайство перед администрацией района о выделении дополнительных финансовых средств на обновление автомобильного парка педиатрической службы.
Психологического характера	<ul style="list-style-type: none"> - Напряженность в работе медперсонала, низкая мотивация; - Неблагоприятный психологический климат в медицинских коллективах; - Снижение этики медицинских работников. - высокая распространенность депрессивных состояний и фрустрационных реакций среди матерей детей, неумение их справляться с стрессовыми ситуациями, вымещение 	<ul style="list-style-type: none"> - Профилактика профессионального выгорания медицинских работников - Подбор медицинских кадров по индивидуальной психологической совместимости; - формирование этических стандартов (кодексов) профессиональной деятельности, использование практики этических судов, морального и материального наказания; совершенствование

	негативных эмоций на медицинских работниках.	профессионального отбора медработников. - создание системы «психологического фильтра»
Взаимодействие	- Разобщенность поликлинического и стационарного звена помощи в комплексном лечении и реабилитации больных с хронической патологией; - нарушение организационного взаимодействия между структурными подразделениями поликлиники; - излишняя автономизация деятельности	- обмен специалистами между стационаром и поликлиникой, проведение совместных конференций - разработка и внедрение организационных алгоритмов и технологий работы; - обмен положительным опытом работы с соседними городами

**Приложение Д. Функционально-ролевой контент ответственности за
здоровье детей в системе межведомственного взаимодействия «семья ребенка
– социальные институты - социальные группы и общественные
объединения»**

Роли	Функции	Контент ответственности
1. Субъект системы – семья		
<ul style="list-style-type: none"> - родителя; - воспитателя; -наставника; - правозащитника и референта (правопредставителя); - носителя и транслятора социокультурных образцов поведения, традиций 	<ul style="list-style-type: none"> - забота о ребенке; - здоровьесбережение; - воспитание; - развитие; - создание гигиенических микросоциальных условий для сохранения здоровья. 	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение прав ребенка; - обеспечение правильного питания ребенка; - обеспечение высокой медицинской активности; - обеспечение формирования гигиенических навыков; - предотвращение факторов риска здоровью; - обеспечение безопасности ребенка.
2.Субъект системы – социальные институты (медицинские организации)		
<ul style="list-style-type: none"> - производителя медицинских услуг; - эксперта; - наставника; - правозащитника и правопредставителя; - координатора; - информирующего лица. 	<ul style="list-style-type: none"> - оказание медицинской помощи; - медицинское информирование; - посредническая помощь в решение вопросов, связанных со здоровьем; - научение технологиям здоровьесбережения; - индивидуальный подбор оптимальных средств для здоровьесбережения ребенка в семье 	<ul style="list-style-type: none"> - сохранение и укрепление здоровья ребенка; -мониторинг показателей здоровья ребенка; - обеспечение достаточной медицинской информированности родителей и ребенка; - обеспечение реализации прав ребенка на получение медицинской и медико-социальной помощи; - обеспечение информацией о возможностях получения медицинской помощи.

Субъект системы – социальные институты (образовательные организации, учреждения детского дошкольного образования)		
<ul style="list-style-type: none"> - производителя образовательных услуг; - эксперта; - наставника; - правозащитника; - координатора; - информирующего лица. 	<ul style="list-style-type: none"> - оказание образовательных услуг; - информирование; - посредническая помощь; - отстаивание интересов и прав ребенка. 	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение безопасности ребенка; - обеспечение условий для здоровьесбережения при воспитании и обучении; - обеспечения формирования у ребенка и семьи, его воспитывающей, мотивации к здоровьесбережению; - формирование базового уровня знаний о здоровье, методах его сбережения, негативных факторах, влияющих на здоровье.
Субъект системы – социальные институты (организации соцзащиты)		
<ul style="list-style-type: none"> - производителя социальных услуг; - эксперта; - правозащитника; - координатора; - информирующего лица. 	<ul style="list-style-type: none"> - оказание социальной помощи; - социальное и правовое информирование; - посредническая помощь в решение вопросов, связанных с социальной помощи 	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение условий для безопасности ребенка; - целевая помощь семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации; - целевая помощь детям с ограничением возможностей
Субъект системы – социальные группы и общественные объединения, средства массовой информации		
<ul style="list-style-type: none"> - производителя информационных услуг; - помощника; - коммуникатора; - правозащитника; - замещающая; - общественного аудитора; 	<ul style="list-style-type: none"> - оказание информационных услуг; - помощь семье, медицинским работникам; - налаживание эффективных коммуникаций; 	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение семьи и ребенка достоверной и полной информации о факторах, влияющих на здоровье, возможностях получения медицинской помощи; - обеспечение реализации потребностей семьи и ребенка,

<p>-спонсора (благотворителя).</p>	<p>-отстаивание интересов и прав ребенка; - замещение функций других субъектов; - общественный контроль за условиями и качеством сохранения здоровья и безопасностью детей</p>	<p>касающихся жизни и здоровья, получения медицинской помощи; - обеспечение контроля за состоянием факторов среды, уровнем безопасности для семьи и ребенка; - обеспечение помощи в налаживании эффективных коммуникаций между субъектами системы; - обеспечение защиты прав ребенка и семьи; - обеспечение целевой финансовой и материальной помощи семье с ребенком, медицинской организации.</p>
<p>Субъект системы – органы государственной власти, органы правоохранительной система</p>		
<p>- правозащитника; -правообеспечаящая; - законотворчество; - аудитора.</p>	<p>- разработка нормативно-правой базы, условий и регламентов здоровьесбережения детей; - государственный контроль за соблюдением прав ребенка и семьи; - защита интересов прав ребенка и семьи</p>	<p>- обеспечение полноты нормативно-правового регулирования реализации прав ребенка и семьи при оказании медицинской и медико-социальной помощи; - создание условий для сохранения и укрепления здоровья детей во всех местах их пребывания и жизнедеятельности.</p>

**Приложение Е. Модель конечных результатов работы врачей-педиатров
детских поликлиник в части работы с неполными семьями, воспитывающих
детей**

Критерии оценки	Нормативное значение (НЗ) в %/баллах	Фактическое значение (ФЗ)	Оценка соответствия (ОС) в баллах
1. Число прикрепленных неполных семей с детьми, охваченных оценочно-диагностическим патронажем (в%)	100/3		Полное соответствие (100%) – 3 балла; Не полное соответствие (75-99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%) – 1 балл
2. Число прикрепленных неполных семей с детьми, охваченных коррекционным патронажем (в%)	100/3		Полное соответствие (100%) – 3 балла; Не полное соответствие (75–99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%) – 1 балл
3. Число прикрепленных неполных семей с детьми, с высоким уровнем медицинской информированности (в %)	100/3		Полное соответствие (100%) – 3 балла; Не полное соответствие (75–99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%) – 1 балл
4. Число прикрепленных неполных семей с детьми, с высоким уровнем удовлетворенности помощью (в%)	100/3		Полное соответствие (100%) – 3 балла; Не полное соответствие (75–99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%)

5. Число прикрепленных детей из неполных семей охваченных профилактическими прививками (в %)	100/3		Полное соответствие (100%) – 3 балла; Не полное соответствие (75–99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%)
6. Число прикрепленных детей из неполных семей охваченных оздоровительными мероприятиями (в %)	100/3		Полное соответствие (100%) – 3 балла; Не полное соответствие (75–99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%)
7. Число прикрепленных детей из неполных семей редко болеющих (не более 2 раз в год) (в %)	100/3		Полное соответствие (100%) – 3 балла; Не полное соответствие (75–99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%) – 1 балл
8. Число прикрепленных детей из неполных семей охваченных психологической помощью (в%)	100/3		Полное соответствие (100%) – 1 балла; Не полное соответствие (75–99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%) – 1 балл
9. Число прикрепленных детей из неполных семей охваченных социальной помощью (в%)	100/3		Полное соответствие (100%) – 3 балла; Не полное соответствие (75–99%) – 2 балла; Низкое соответствие (менее 75%) – 1 балл
Итого	9 баллов		

**Приложение Ж. Распределение факторов риска снижения эффективности
оздоровительных мероприятий у детей по семейным факторам**

Градации фактора	Прогностический коэффициент	Уровень риска	Оценка в баллах	Фактическая оценка
Возраст матери				
18–29 лет	2,9	Высокий	3	
30–39 лет	1,4	Низкий	1	
40–49 лет	2,5	Средний	2	
Уровень образования матери ребенка				
Высшее	1,2	Низкий	1	
Среднее специальное	1,8	Средний	2	
Среднее	2,9	Высокий	3	
Трудовая нагрузка (занятость) матери				
Высокая (более 8 часов в день)	2,5	Низкий	1	
Средняя (6–8 часов в день)	1,3	Средний	2	
Низкая (менее 6 часов в день)	2,2	Высокий	3	
Уровень дохода семьи				
Выше прожиточного минимума	1,6	Низкий	1	
На уровне минимума	2,3	Средний	2	
Ниже прожиточного минимума	2,6	Высокий	3	
Уровень медицинской информированности матери ребенка				
Высокий	0,9	Низкий	1	
Средний	1,3	Средний	2	
Низкий	1,5	Высокий	3	

**Приложение II. Карта оценки подготовленности детских поликлиник к
медицинскому информированию**

Параметры оценки	Критерии оценки	Фактическая средняя оценка
1. Наличие плана в целом по организации	Плана нет – 1 балл План имеется, но низкого качества, не конкретный – 3 балла Имеется полноценный, развернутый план – 5	
2. Наличие плана у каждого врача	Плана нет – 1 балл – 5	
3. Прохождение руководителями поликлиники обучения по правовым и медико-организационным вопросам МИ	не проводилось –1 проводилось более чем 3 года назад – 3 проводилось в течение последнего года –5	
4. Прохождение медицинскими работниками обучения по правовым, психологическим и методическим вопросам МИ	не проводилось –1 проводилось более чем 3 года назад – 3 проводилось в течение последнего года –5	
5. Наличие информационных материалов на внешней стороне здания (при входе)	не видно – 1 выполнены на бумажном носителе, имеют неприглядный вид, расположены не на видном месте – 3 стандартные, яркие, объемные, выполнены на виниловом носителе, расположены на видном месте – 5	
6. Наличие информационных материалов во внутренних помещениях	не видно – 1 выполнены на бумажном носителе, имеют неприглядный вид,	

	расположены не на видном месте – 3 стандартные, яркие, объемные, выполнены на виниловом носителе, расположены на видном месте – 5	
7. Наличие наглядных материалов (стендов) в холлах поликлиники	Стендов не видно – 1 Стенды выполнены на бумажном носителе, имеют неприглядный вид, расположены не на видном месте – 3 яркие, объемные, – 5	
8. Наличие наглядных материалов (альбомов, муляжей) в кабинетах врачей поликлиники для проведения медицинского информирования	Материалов нет – 1 Материалы выполнены на бумажном носителе, имеют неприглядный вид, не систематизированы – 3 яркие, объемные – 5	
9. Блок-папки для проведения индивидуального и группового консультирования в кабинетах врачей поликлиники	Материалов нет – 1 Материалы выполнены на бумажном носителе, имеют неприглядный вид, не систематизированы – 3 Используются систематизированные, яркие, интересные материалы – 5	
10. Наличие плана взаимодействия врачей с социальными службами, другими учреждениями, родителями по вопросам МИ	Плана нет – 1 балл План имеется, но низкого качества, не конкретный – 3 балла Имеется полноценный, развернутый план - 5	
Общая оценка		