ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ПОПАВШИМ В ТРУДНУЮ ЖИЗНЕННУЮ СИТУАЦИЮ

Т.Л. Кураева¹, А.В. Карпушкина², Е.А. Андрианова¹, И.М. Валькова², Т.В. Яковлева²,
А.О. Емельянов¹, Ж.Г. Безрукова³, Е.Б. Храмова⁴, Я.В. Гирш⁵, Я.В. Гунбина⁶

¹ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

²Фонд КАФ

³ГБУЗ «Вологодская областная детская клиническая больница»

⁴БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа

«Сургутский государственный университет», г. Сургут

⁵Тюменский государственный медицинский университет

⁶ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница»

Исследования, проводимые в РФ и других странах, свидетельствуют о негативном влиянии социальных проблем на контроль сахарного диабета 1 типа (СД1) у детей и подростков. В доступных нам источниках не найдено исследований, описывающих влияние оказываемой социальной помощи на контроль СД1 у детей в семьях с факторами социального риска.

ЦЕЛЬ — в семьях детей и подростков с СД1 с выявленными в процессе опроса родителей факторами социального риска оценить эффективность предоставленной им медико-социальной помощи — по динамике гликированного гемоглобина (HbA_{1c}).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в эндокринологических отделениях детских стационаров и отделениях медико-социальной помощи детских поликлиник в 4 регионах — Вологодской, Тюменской, Челябинской области и в Ханты-Мансийской автономном округе с использованием разработанных Протокола исследования, единого для всех регионов, и Анкеты для опроса родителей ребенка. По направлению детского эндокринолога социальный работник больницы или педиатр отделения медико-социальной помощи детской поликлиники проводит скрининг социальных факторов риска. При выявлении факторов, требующих социального обслуживания, родителями заполняется бланк заявления для обращения за социальной помощью. Контроль HbA_{1c} проводился исходно и через 3 мес. Всего в исследовании приняло участие 325 респондентов, разделенных на 3 группы: 1 гр. — со стажем СД у детей > 1 г. и HbA_{1c} > 7,5% (n=195); 2 гр. — со стажем СД1 у детей > 1 г. и HbA_{1c} < 7,5% (n=60); 3 гр. — стаж СД1 у детей < 1 г независимо от уровня HbA_{1c} (n=73).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В общей группе динамика уровень HbA_{1c} исх. и через 3 мес. составляла 9,1–8,5%, в 1 гр. — 9,8–9,3%, во 2 гр. — 6,6–6,6%, в 3 гр. — 9,3–7,9% соответственно.

Во всех 3 гр. самыми популярными были запросы о следующих видах помощи: финансовой, психологической, улучшении жилищных условий и правовой, что говорит об универсальности факторов риска, с которыми сталкивается семья. Данные о динамике ср. HbA_{1c} в зависимости от вида полученной помощи показывают достоверное снижение этого показателя на 0,6–0,9%. При анализе ср. HbA_{1c} существенная разница была обнаружена по психологической (–0,7%) и правовой (–0,9%) помощи — по сравнению с группой, не получившей эту помощь (–0,3%). Анализ динамики ср. HbA_{1c} в зависимости от объема полученной помощи показал достоверное снижение во всех группах (p<0,05), при этом в семьях, где помощь оказывалась комплексно (по 3 и более направлениям), улучшение контроля диабета было более существенным.

Основной особенностью семей с большим стажем СД1 у детей, у которых не удается взять заболевание под контроль, является в большинстве случаев хронический характер социальных проблем.

Во 2 гр. не выявлено существенного улучшения динамики ср. HbA_{1c} в зависимости от вида или объема полученной помощи — он оставался примерно на том же уровне (в пределах целевого) до и после оказания помощи: при сравнении показателей разница составляла не более 0,2%. Однако, следует помнить, что в зависимости от каждого индивидуального случая целью социальной

поддержки может быть не только решение определенной проблемы, но также снижение негативных последствий какого-либо фактора риска и профилактика ухудшения ситуации в семье с ребенком с тяжелым заболеванием.

В 3 гр. статистически достоверное снижение ($p < 0,05$) ср. HbA_{1c} обнаружено при оказании финансовой (–2,4%) и психологической (–1,8%) помощи. В этих же группах динамика HbA_{1c} была больше, чем в группах, не получавших помощи: –2,5 против –0,9%, –2 против –0,5% соответственно. Динамика HbA_{1c} в зависимости от объема полученной помощи подобна таковой в 1 гр.: ни одного вида помощи — 0,5%, 1 вид — 2,0, 3 вида и > — 2,4%. Исследование показало, что для семей с недавно выявленным у ребенка СД1, помимо психологического стресса немаловажную роль приобретают финансовые затраты. Кардинальное изменение уклада жизни, перераспределение бюджета и обязанностей внутри семьи, страх за жизнь и будущее ребенка, обилие новой информации, необходимости приобретать новые навыки — все это требует огромного количества ресурсов и энергии и способно поколебать даже социально благополучную семью. Поэтому очень важно «подхватить» ситуацию и предоставить необходимую помощь семье с заболевшим ребенком как можно раньше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оказываемая семье помощь должна быть комплексной и направленной на решение не только сиюминутной проблемы, но на долгосрочные изменения. Например, при низком доходе нужна не только одноразовая материальная помощь, но и помощь в трудоустройстве. В «Консенсусе ISPAD» отмечается, что среди факторов, влияющих на результаты лечения СД1, наиболее важными являются психосоциальные факторы, а социальные работники и психологи должны входить в междисциплинарные группы терапии. Для комплексной помощи семье необходимо привлекать общественные организации и пациентские сообщества, которые могут предоставлять дополнительную поддержку, не заменяя собой ответственные за социальную помощь государственные службы.

Таблица. Динамика среднего уровня HbA_{1c} в зависимости от объема полученной помощи

Количество видов полученной помощи	Количество респондентов	Средний уровень HbA_{1c} (1 опрос)	Средний уровень HbA_{1c} (2 опрос)	Динамика HbA_{1c}
Ни одного вида помощи	81	10,1	9,6	0,5
1 вид помощи	58	10,3	9,8	0,5
2 вида помощи	32	10,0	9,6	0,4
3 вида помощи	13	9,2	8,4	0,8
4 вида помощи	7	10,4	9,5	0,9
5 видов помощи	1	13,1	10,7	2,4
ВСЕГО	192			