психологической помощи или других специалистов, как для ребенка, так и для семьи если оказывается, то только за счет семьи.

Следующие вопросы, которые мы задавали, касались групповых занятий для родителей детей-инвалидов. Большинство респондентов (80 %) ответили, что знают о существовании таких занятий, нуждаются в них и считают их эффективными, так как они помогают родителям преодолеть чувство изоляции, сформировать уверенность в себе и включиться в социальное пространство.

Учитывая, что в современном мире становится все более популярным и доступным общение на интернетсайтах, форумах мы спросили родителей, знают ли они о существовании специальных сайтов, где общаются родители детей с ограниченными возможностями и как они оценивают эффективность такого общения. Большинство респондентов сказали, что знают о существовании таких сайтов (72 %), пользуются ими и считают их новой и эффективной формой самопомощи (84 %).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что в настоящее время различные формы взаимопомощи и самопомощи являются важной, популярной и эффективной (по мнению родителей) формой помощи родителям и оказывают положительное влияние на социальную адаптацию семей детей-инвалидов.

В тоже время, мы пришли к выводу, что семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, нуждаются в предоставлении им поддерживаемой государством квалифицированной помощи специалистов по психологии, социальной работе, которые помогут им оптимизировать социальную адаптацию, как ребенка-инвалида, так и его семьи.

Социологические науки

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Макарова В.И., Плаксина Н.Ю., Плаксин В.А., Макаров А.И.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, e-mail: arhangelsk163020@yandex.ru

В России в 2011 году выявлено 82177 детей, оставшихся без попечения родителей, что на 11629 человек меньше, чем в 2010 году. Однако общая численность детей, оставшихся без попечения родителей, учтенных к концу 2011 года, по Российской Федерации составляет беспрецедентную цифру – 654 355 детей. Из них находятся под надзором в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей 105688 человек, или 16,2 % [6]. В Архангельской области каждый год остаются без попечения родителей около 1,5 тысяч детей. В 2010 году в замещающих семьях по области воспитываются 5890 детей-сирот, в интернатных учреждениях находится 701 ребенок.

Анализ причин направления детей в учреждения закрытого типа показывает, что они связаны с падением социального престижа семьи, ее материальными и жилищными проблемами, увеличением внебрачной рождаемости, снижением стабильности брака, большим количеством детей с врожденной хронической патологией и инвалидностью, резким изменением ответственности семьи за воспитание и обучение ребенка, вынужденной миграцией семьи и т.д. [2, 3, 4, 5].

Мы провели мониторинг социального статуса детей, воспитывающихся в детских домах за 2008–2011 гг. Из большого числа причин социального сиротства в первую очередь следует выделить две основные проблемы: отказ матери от ребенка сразу после рождения (1 %) и лишение родительских прав или ограничение родителей в правах на ребенка (табл. 1).

Таблица 1

Причины направления детей в детский дом (%)

Годы	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Потеря родителей	16,3	8,6	11,5	10,5
Лишение родительских прав	74,4	76,7	78,3	80,6
Ограничение родителей в правах на ребенка	7,0	9,8	5,1	7,4
Нахождение родителей в местах заключения	2,3	4,9	5,1	1,5
Итого	100	100	100	100

Как следует из таблицы, количество истинных детей сирот, т.е. детей, чьи родители умерли, уменьшается. С другой стороны, возрастает количество детей, у которых родители либо лишены родительских прав (с 74,4 до 80,6 %), либо ограничены в них (7,0–7,4 %). Таким образом, возможность восстановления родителей в правах или возвращения ребенка в кровную семью

теоретически возрастает. Низкое социальное и экономическое положение региона формирует невысокую способность населения для взятия ребенка из приюта в семью.

Устройство ребенка в семью может происходить в следующих формах: **усыновление** – приоритетная форма семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей (согласно ст. 125 Семейного кодекса РФ усыновленные (удочеренные) дети в личных неимущественных и имущественных правах приравниваются к биологически родным); **опека** – при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (опекуны) являются законными представителями подопечных (до 14 лет) и совершают от их имени и в их интересах все юридически значимые действия; **попечительство** – при котором назначенные органом опеки и попечительства граждане (попечители) обязаны оказывать несовершеннолетним подопечным (от 14 до 18 лет) содействие в осуществлении их прав и исполнении обязанностей; **приемная семья и патронатная семьи** – это профессиональные замещающие семьи, выполняющие работу по содержанию ребенка в соответствии с договором возмездного оказания услуг, который заключается с органами опеки и попечительства. В настоящее время это наиболее распространенная форма семейного устройства в России. Различные формы устройства детей в семью представлены в табл. 2.

Таблица 2

Формы устройства детей в семью (%)

Годы	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год
Усыновление	2,3	6,2	5,1	0
Возвращение в кровную семью	2,3	4,9	2,6	1,5
Передача под опеку	4,7	8,6	10,2	9,0
Передача под патронат или в приемную семью	9,3	29,6	1,3	0
Разрешение на временное посещение	17,4	18,5	15,4	22,4
Итого	36,0	67,8	34,6	32,9

Следовательно, самым благополучным годом по устройству ребенка в семью был 2009 год, что обусловлено появлением соответствующих федеральных законов. В этот период количество детей, передаваемые на все формы семейного содержания составило 67,9 %. Следует заметить, что практически половина детей были отданы в приемные семьи или под патронат, что является материально наиболее выгодным для новой семьи, так как родители получают материальное вознаграждение за воспитание по договору возмездного оказания услуг с учреждениями опеки. В остальные годы количество детей, которые теоретически могли бы быть оформлены в семьи, составляло около трети от всех воспитанников (32,9–36 %). Количество усыновленных детей составляет от 3 до 5 детей в год, большинство из них уезжают с приемными родителями за границу. Возврат в кровную семью гораздо меньше – это 1–2 ребенка ежегодно. В 2011 году в связи с выявлением случаев смерти в США усыновленных из России детей [7], процесс международного усыновления был приостановлен.

Одним из показателей дальнейшей социализации ребенка интернатного учреждения и его независимости является наличие у него собственного жилья и денежных средств на первое время самостоятельной жизни. Анализ этих показателей подтверждает возникновение проблем в жизни ребенка сразу после ухода из интернатного учреждения. Реализация имущественных и материальных прав детей интернатных учреждений приведена в табл. 3.

Таблица 3

Имущественные и материальные права детей интернатных учреждений (%)

Годы	2007	2008	2009	2010	2011
Имеют жилье в собственности	нет данных	нет данных	нет данных	нет данных	5,9
Право на первоочередное получение жилья	12,6	11,6	12,3	14,1	14,9
Пенсия по потере кормильца или инвалидности	32,1	31,4	25,9	24,7	25,3
Право на получение алиментов	82,4	81,4	88,8	88,3	88,1
Алименты от родителей	17,8	17,1	20,8	19,1	27,1

Только с 2011 года в отчетность вошла графа, где указывается количество детей, которые являются собственниками и/или сособладателями жилых помещений. Это позволяет прогнозировать реальное владение жильем. В 2011 году 5,9 % детей были собственниками своего жилья. В предыдущие годы практически 100 % детей имели закрепленное муниципальное жилье, большая часть которого находилась в деревянном ветхом фонде на окраине города. Количество детей, имеющих право на первоочередное получение жилья, постепенно увеличивается с 12,6 до 14,9 %. Но реализация этого права идет очень медленно, так как требует больших финансовых затрат.

С 2006 года состоящим на внеочередном учете детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, и лицам из их числа мэрией предоставляются жилые помещения, приобретаемые на средства субвенции областного и федерального бюджетов. В 2006 году на эти цели было выделено 2,13 млн. рублей, в 2007-м – 4,484 млн., в 2008-м – 13,988 млн., 2009-м – 13,673 и в 2010 году – 11,4 млн. рублей. На эти средства приобретено 30 жилых помещений соответствующих санитарным и техническим требованиям. В интересах детей-сирот мэрией приобретаются преимущественно отдельные благоустроенные квартиры в районах города, имеющих развитую инфраструктуру. На 1 января 2008 года в списке на первоочередное получение жилья состояло 436 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. А в 2011 году на приобретение жилья сиротам направлено более 29 млн. рублей [8].

Получают пенсию по утере кормильца или по инвалидности 24–32 % детей. Эти социальные гарантии государством выполняются в полном объеме. Более 80 % детей имеют право на получение алиментов от их родителей. И только пятая часть детей эти алименты действительно получает. Только в 2011 году этот показатель повысился до 27,1 % в связи с активизацией работы социальных служб интернатных учреждений и службы судебных приставов.

Таким образом, после выпуска из интернатного учреждения практически 94 % подростков будут нуждаться в жилье, у 70–80 % из них не будет даже минимальных материальных запасов на первое время самостоятельной жизни.

В работе социальных служб и первичного звена здравоохранения очень важно увидеть семьи социального риска и вовремя спрогнозировать не только негативные последствия взаимодействия семьи и ребенка, но и опасность для жизни ребенка. Профилактика – это комплекс превентивных мер, проводимых путем организации общедоступной медико-психологической и социально-педагогической поддержки семьи. Вот с этого момента проблема становится мультидисциплинарной, которую должны решать медицинская служба, социальные работники, представители органов опеки и попечительства и непосредственно члены неблагополучной семьи.

Современный социальный портрет ребенка-сироты и ребенка, оставшегося без попечения родителей – это ребенок, рожденный вне брака, в неполной семье, от 2 или 3 беременности с поздней поставкой на учет в женской консультации, 2 или 3 родов, протекавших физиологически. Ребенок, как правило, после рождения имел оценку по шкале Апгар 7–8 баллов, средние показатели физического развития с тенденцией к отставанию. В период новорожденности он наблюдался у специалистов по поводу перинатального поражения ЦНС со спинальной недостаточностью, внутриутробной инфекций и гипотрофии. В течение 1 года жизни перенес осложненную форму ОРВИ, имел классические фоновые состояния, а также перинатальное поражение ЦНС. По частоте заболеваний этот ребенок в первый год жизни принципиально не отличался от сверстников, которые проживали в семьях.

На основании сравнительного анализа данных анамнеза и раннего онтогенеза были выделены факторы, имеющие наибольшую значимость для отнесения ребенка к группе риска (табл. 4).

Наиболее значимыми в прогнозировании социального сиротства являются среднее или неполное среднее образование у матери, пневмония, задержка психомоторного развития у ребенка на 1-м году жизни, наступление беременности ранее 18-летнего возраста, поздняя постановка на учет в женской консультации, недоношенная беременность, гипотрофия и незрелость новорожденного, отсутствие у матери работы и злоупотребление алкоголем. С другой стороны, имеются достаточные основания полагать, что имеются факторы, которые позволят матери воспитать своего ребенка в семье (табл. 5). В факторам, положительно характеризующим настоящую семью, относятся высшее образование матери, высокая медицинская комплаентность, регистрированный брак, длительное грудное вскармливание, хорошие показатели массы тела и индекса Кетле у новорожденного.

А.А. Барановым, В.Ю. Альбицким [1] предложена классификация семей социального неблагополучия. К таким семьям отнесены: семьи медико-демографического риска (неполные, многодетные, семьи юных и возрастнородящих матерей); социопатические семьи (один или оба родителя – алкоголики, наркоманы, токсикоманы; мать ведет асоциальный образ

жизни (проституция, тунеядство, уклонение от воспитания ребенка); родители с криминогенным поведением (один из них находится в заключении); семьи, воспитывающие инвалидов и сирот; семьи, имеющие плохие материально-бытовые условия; семьи, где жестоко обращаются с детьми. При проведении плановых патронажей участковый педиатр видит условия проживания и воспитания ребенка и может выделить семьи абсолютного социального неблагополучия, где все признаки, перечисленные выше, имеются. Однако следует выделять семьи относительного социального неблагополучия, которые в настоящий момент являются благополучными, но имеют предпосылки перейти в группу абсолютного социального риска. Например, потеря кормильца, развод родителей, потеря работы, рождение следующего ребенка, ухудшение жилищных условий, постепенная алкоголизация.

Таблица 4

Ранжирование факторов риска, характеризующих социально неблагополучную семью

Факторы	Значимость (баллы)
Неполное среднее образование матери	37,50
Пневмония на 1 году у ребенка	21,41
ЗПР на 1 году у ребенка	8,46
Недоношенность	7,64
Среднее образование матери	6,44
Возраст матери на момент беременности менее 18 лет	6,01
Отсутствие работы у матери	5,24
Наличие ЗВУР/незрелость и гипотрофия плода	5,08
Злоупотребление матери алкоголем	2,88
Поздний срок взятия на учет (после 17 нед.)	2,43
Плохие материально-бытовые условия	2,17
Неполная семья	2,03
Наличие в настоящее время более 1 ребенка	2,02
Более двух детей в семье	1,56
Более трех беременностей в анамнезе матери	1,43

Таблица 5

Ранжирование факторов, положительно характеризующих семью

Факторы	Значимость (баллы)
Высшее образование матери	51,00
Отсутствие патологии у ребенка на 1 году жизни	43,00
Физиологическое течение беременности	5,00
Постановка на учет в женской консультации до 8 недель беременности	4,93
Наличие зарегистрированного брака	4,02
Интервал между беременностями более 2-х лет	2,77
Продолжительность грудного вскармливания более 6 мес.	2,55
Наличие ОРВИ у ребенка в грудном возрасте	2,41
Наличие угрозы прерывания беременности	1,71
Масса тела новорожденного более 3,450 кг	1,14
Индекс Кетле более 67	1,10

Таким образом, при работе с семьями социального риска важно иметь представление о последствиях и оценивать риск перехода благополучной семьи в неблагополучную и информировать членов семьи об этом. Одновременно следует информировать социальную службу помощи семье и детям для организации адресной медико-социальной помощи. При адекватном поведении членов семьи это следует рассматривать как профилактику дальнейшего изъятия ребенка из семьи и помещения его в сиротское учреждение.

Список литературы

1. Концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая, Д.И. Зелинская // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Т.9. – № 5. – С. 5–9.

2. Болотников И.Ю. Медико-социальная характеристика состояния здоровья воспитанников интернатных учреждений, оставшихся без попечения родителей // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 6. – С. 40–43

3. Зелинская Д.Н. Медицинские проблемы социального сиротства // Социальная педиатрия и организация здравоохранения. – 2009. – Т. 8. – № 1. – С. 5–9.

4. Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Международный опыт профилактики болезней и укрепления здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях // Российский педиатрический журнал – 2009. – № 2. – С. 44–48.

5. Betancourt TS, Khan KT. The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience // Int Rev Psychiatry. – 2008, Jun; 20(3). – P. 317–328.

6. http://www.usynovite.ru/statistics/2011.

7. http://www.rosbalt.ru/main/2012/05/21/983197.html.

8. http://www.arhcity.ru/?page = 0/18625.