

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРМСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Ханова Наталья Александровна

**РАЗВИТИЕ, ЗДОРОВЬЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ИЗ
ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ**

14.01.08 – педиатрия

Д и с с е р т а ц и я

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,

профессор

Аверьянова Наталья Ивановна

Пермь, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11
1.1. Сиротство как медико-социальная проблема.....	11
1.2. Развитие и здоровье детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.....	16
1.3. Развитие института замещающих семей в России и за рубежом и организация медицинского сопровождения детей из этих семей..	21
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	26
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СИРОТ ПЕРМСКОГО КРАЯ	37
3.1. Организация медицинского сопровождения сирот.....	37
3.2. Диспансеризация пребывающих в стационарах детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проведенная в Пермском крае в 2009 году.....	41
ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ И МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАМЕЩАЮЩИХ РОДИТЕЛЕЙ	46
4.1. Медико-социальные факторы, влияющие на здоровье детей, лишенных родительской опеки.....	46
4.2. Социальный портрет и некоторые аспекты медицинского обслуживания воспитанников замещающих семей.....	51
ГЛАВА 5. РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ УСЛОВИЯХ, В ДИНАМИКЕ ОБУЧЕНИЯ С 1 ПО 3 КЛАСС	
5.1. Динамика физического развития детей.....	60
5.2. Динамика нервно-психического развития и оценка личностного психологического статуса детей.....	66
5.3. Динамика здоровья детей.....	73
5.4. Заключение.....	80

ГЛАВА 6. РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ УСЛОВИЯХ	82
6.1. Физическое развитие подростков.....	82
6.2. Нервно-психическое развитие, особенности социализации, школьная успеваемости и личностного психологического статуса подростков.....	87
6.3. Состояние здоровья подростков.....	92
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	99
ВЫВОДЫ	111
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	112
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	115

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БС	биологическая семья
ГР	группа здоровья
ДД	детский дом
ДОПР	дети, оставшиеся без попечения родителей
ЗС	замещающая семья
ЗП	законный представитель
ЗР	замещающий родитель
ЛПМОК	личный психологический модифицированный опросник Кеттелла
МПСС	медико-психолого-социальное сопровождение
НПР	нервно-психическое развитие
ОС	опекунская семья
ПС	приемная семья
СП	социальный портрет
СФУ	семейные формы устройства
ФР	физическое развитие

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

В России на протяжении многих лет отмечается рост числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (ДОПР), по данным Росстата на 1 февраля 2014 года их число составляет около 670 000 человек. При этом ни в одном из образовательных учреждений, куда помещаются сироты, невозможно создать необходимые условия для их гармоничного роста и развития. Общеизвестен факт, что внесемейное воспитание и длительное пребывание детей-сирот в детских учреждениях крайне негативно сказываются на их развитии и здоровье, жизненных установках, способности гармоничной интеграции в общество после выпуска из детских домов [38, 40, 44, 47, 57]. Сиротство, и как ведущий фактор - материнская депривация, разрушают эмоциональные связи ребенка с окружающей социальной средой и вызывают глубокие вторичные нарушения физического, психического и социального развития [7, 9, 20, 35, 58, 242, 248].

В Пермском крае, как и во многих других регионах страны, наметилась четкая тенденция к постепенному отказу от воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях детских учреждений [68, 108]. Семейным кодексом РФ введены следующие формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей: усыновление, опека, приемная семья, учреждение для детей, оставшихся без попечения родителей (детский дом, дом ребенка, интернат) [67, 68, 108, 109, 162, 165, 172]. Кроме форм, закрепленных семейным кодексом, существуют и другие: патронатное устройство, семейные детские дома, детские деревни, православные пансионы семейного типа [80, 83, 146, 153, 157]. Согласно данным Министерства социального развития Пермского края, на 1 января 2014 года в регионе проживает 17100 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них 16005 (93,6%) детей помещены в семейные формы устройства (СФУ), в том числе, в опекунские семьи – 8801 (54,5%), в приемные семьи – 5190 (32,4%), усыновлены – 1351 (7,9%), в семейно-

воспитательных группах и патронатных семьях – 663 (3,9%) и в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей – 1095 (6,4%) [91].

Большинство исследователей проблемы сиротства сходятся во мнении, что до настоящего времени существует дефицит информации о развитии и здоровье воспитанников замещающих семей (ЗС) [20, 91, 99, 100, 184, 189, 246]. С одной стороны, бытует точка зрения, согласно которой дети из детских домов (ДД) и замещающих семей ничем не отличаются от растущих в биологических семьях (БС), с другой считается, что эти дети имеют высокую соматическую и психическую заболеваемость, вызывающую некорректируемые отклонения в здоровье [3, 18, 24, 34, 64, 69, 71, 109, 166]. При этом все авторы признают, что замещающие семьи являются прогрессивным способом жизнеустройства детей-сирот [2, 8, 20, 35, 38, 103, 110, 125].

Проблема медико-психолого-социальной реабилитации сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, нова для России, в то время как за рубежом накоплен колоссальный опыт и законодательно внедрена система комплексного сопровождения воспитанников замещающих (фостеровских) семей [8, 123, 124, 167, 176, 183, 185, 199, 247]. Отечественные исследователи признают приоритет семейного воспитания ребенка, но при этом уточняют, что требуется научно обоснованный подход к внедрению в России медицинской составляющей сопровождения замещающих семей, которая до сих пор в нашей стране не закреплена нормативными документами, в отличие от юридического, психологического и социального патронажа семей, осуществляемого сотрудниками Центра сопровождения опекаемых [2, 35, 48, 109, 127, 128, 129].

Согласно статистическим данным, наибольшее развитие в России получили приемные семьи (ПР) (20-30%), как правило, многодетные, где ребенок воспитывается некровным приемным воспитателем, и опекуны семьи (ОС) (50-70%), в которых воспитание и уход за сиротой осуществляют его биологические родственники, чаще бабушки и дедушки [40, 60, 61, 62, 98, 104, 126]. Диспансеризация воспитанников замещающих семей и медицинское сопровождение осуществляется на педиатрическом участке по месту жительства

семьи без учёта социального статуса ребёнка, особенностей анамнеза, развития и здоровья [2, 78, 79, 95, 106]. Между тем, бесспорно, что воспитанники замещающих семей, имеющие отягощенный жизненный и биологический анамнез, нуждаются в специализированном медицинском сопровождении [77, 213, 224, 229, 236, 245]. При этом надо учитывать, что отклонения в здоровье у этих детей – это не только результат отягощенной наследственности, но и влияние воспитания в условиях детского дома [1, 8, 24, 28, 30, 41, 43, 49, 56, 107, 113, 116, 174, 182, 195, 205]. Поэтому актуальным представляется изучение особенностей развития и здоровья воспитанников замещающих семей в условиях динамического наблюдения, с особым акцентом на изучение удовлетворенности замещающих родителей (ЗР) качеством медицинского обслуживания и возможных путей повышения его эффективности [4, 12, 22, 218, 227, 237, 244].

Цель исследования: изучить здоровье и развитие детей из замещающих семей и провести анализ удовлетворенности замещающих родителей качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Задачи исследования:

1. Оценить медицинское сопровождение детей-сирот Пермского края и провести углубленный анализ результатов диспансеризации пребывавших в стационаре детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проведенной в 2009 году в Пермском крае по учётной форме 08/Д/с.
2. Провести сравнительную оценку физического, нервно-психического развития, структуру заболеваемости детей в зависимости от формы устройства в динамике с 1 по 3 класс обучения.
3. Оценить физическое, нервно-психическое развитие и структуру заболеваемости у подростков 14-16 лет в зависимости от формы устройства.
4. Провести анализ социального статуса замещающих семей и оценить удовлетворенность замещающих родителей качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Этическая корректность исследования

Исследование было проведено на основании информированного, добровольного согласия законных представителей (ЗП) (приемных воспитателей, опекунов, директоров детского дома, биологических родителей) детей согласно пунктам п. 4.6.1. приказа № 163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) МЗ РФ. В ходе выполнения исследования соблюдались принципы: информированность, конфиденциальность, безопасность, добровольность.

Научная новизна исследования

Впервые проведено научное исследование медицинского сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в Пермском крае, изучен их социальный и биологический анамнез, показано, что большинство из них находится в семейных формах устройства и не включено в ежегодную диспансеризацию детей-сирот.

Впервые составлен социальный портрет современных замещающих семей и проведен анализ влияния условий проживания в них на развитие и здоровье воспитанников.

Показана неудовлетворенность замещающих родителей качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Проведена оценка форм устройства детей-сирот как фактора, влияющего на их физическое и нервно-психическое развитие и заболеваемость.

Показана значимость оценки личностного психологического статуса ребенка для успешной его реабилитации в условиях замещающей семьи и налаживания доверительных отношений в триаде «замещающий родитель – ребенок – врач».

Практическая и теоретическая значимость работы

Полученные данные обосновывают необходимость раннего устройства детей, лишенных родительской опеки, в семейные формы устройства.

Показана роль углубленного исследования нервно-психического развития и личностного психологического статуса ребенка из замещающей семьи для своевременной коррекции когнитивных и личностных отклонений, а также оценки влияния условий жизни на школьную успеваемость, психо-

эмоциональный комфорт ребенка и его социализацию. Обоснована необходимость ежегодного осмотра детей из замещающих семей детским неврологом, психиатром и детским психологом.

Выявлены особенности развития и здоровья воспитанников замещающих семей и показано, что эти дети занимают промежуточную позицию между воспитанниками детского дома замещающих семей.

Положения, выносимые на защиту

Положение 1

93,6% (16 005) сирот Пермского края проживает в замещающих семьях, при этом большинство из них не участвуют в ежегодной диспансеризации сирот. Результаты диспансеризации сирот расходятся с данными углубленных когортных исследований здоровья и развития детей этой категории.

Положение 2

В динамике наблюдения в замещающих семьях у детей 7-9 лет происходит улучшение показателей физического и нервно-психического развития, более выраженное, чем в детском доме, но менее значительное, чем в биологических семьях. В структуре заболеваемости в замещающих семьях к 3 классу в 2 раза возрастает патология нервной и костно-мышечной системы, психические расстройства и болезни органов пищеварения, в 3 раза – болезни крови (анемия).

Положение 3

Подростки из замещающих семей сопоставимы по уровню физического развития с подростками из биологических семей, а по уровню нервно-психического развития, структуре хронической патологии воспитанники замещающих семей ближе к сверстникам из детского дома. При длительном пребывании в детском доме у 38% подростков формируется низкорослость. Уровень хронической патологии и отклонений в нервно-психическом развитии подростков ассоциирован с возрастом сирот при помещении их в замещающие семьи.

Положение 4

Преобладающими формами семейного устройства на территории Пермского края являются опекунические и приемные семьи. Каждый второй замещающий родитель

испытывает трудности с воспитанником в связи с его отягощенным анамнезом и проблемами в здоровье. Большинство опекунов и приемных родителей не удовлетворено качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в медицинское сопровождение детей из замещающих семей, проживающих на территории Кишертского и Осинского муниципального районов. Намечены пути совершенствования медицинского сопровождения воспитанников замещающих семей. С результатами проведенной работы ознакомлены специалисты Министерства здравоохранения Пермского края, служб Центра сопровождения опекаемых, Детских домов.

Апробация работы

Основные положения работы доложены и обсуждены на VII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых-педиатров (Томск, 2009 г.), XVI Съезде педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2009), X, XI, XII Российском Конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» (Москва, 2010, 2011, 2012 г), XX, XXI Всероссийском конгрессе педиатров в рамках конкурса молодых ученых (Москва, 2013, 2014 г). По материалам диссертации опубликовано 19 работ, в том числе 3 – в рецензируемом ВАК журналах.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 136 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, четырех глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 205 отечественных и 68 зарубежных источников. Диссертация иллюстрирована 8 таблицами и 38 рисунками.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Сиротство как медико-социальная проблема

В современной России наблюдается рост числа детей-сирот и ДОПР [33, 37, 44, 50, 53, 66]. По данным Росстата на 1 января 2014 года в России зарегистрировано 670 000 этих детей. Наибольшее число детей-сирот и ДОПР проживает в Москве, Санкт-Петербурге, Кемеровской, Челябинской, Московской, Свердловской, Иркутской областях, Приморском крае (показатель – от 1000 до 1700 человек в год) [113, 114, 118]. В среднем в настоящее время ежегодно около 100 000 детей получают статус сироты [7, 112, 117, 125] .

Среди факторов, обуславливающих это явление, большинство авторов называют социально-экономические проблемы семьи, прогрессирующие тенденции разрушения нравственных устоев общества и семьи, распространение таких негативных явлений как наркомания, алкоголизм, половая распущенность и разрушение эффективного функционирования системы образования, здравоохранения, государственных структур социальной направленности [167, 169, 190, 197, 208, 222, 239, 243] .

Проблема сиротства не нова. Но в последние годы она приобрела характерные черты в связи с распространением такого явления как социальное сиротство [149, 156, 166, 168, 175, 241]. До 90% всех детей, лишенных родительской опеки, имеют живых родителей, которые в силу различных причин (асоциальный образ жизни, алкоголизация, наркомания, криминальное поведение и др.) не могут выполнять обязанности по уходу за собственными детьми [3, 5, 19, 25, 29, 46, 155, 240]. При этом в образовательных учреждениях, куда помещаются сироты, невозможно создать условия для их гармоничного роста и развития [38, 45, 55, 67, 70, 117, 126, 134, 143]. Общеизвестно, что внесемейное воспитание и длительное пребывание детей в интернатных учреждениях крайне негативно сказывается на их здоровье, жизненных установках, и что особенно важно, на способности гармоничной интеграции в общество после выпуска из детских

домов [6, 13, 15, 142, 148]. Сиротство и, как доминирующий фактор, материнская депривация разрушают эмоциональные связи ребенка со взрослым и детским окружением и вызывают глубокие вторичные нарушения физического, психического и социального развития [148, 204, 212, 221, 235, 238]. По данным И.Б. Назарова (2011) «в течение первых трех лет после выхода из детского дома 30% выпускников вступают в контакт с правоохранительными органами из-за асоциального поведения, 8% - совершают уголовно наказуемые преступления, 32% - принимают участие в уличных драках, и только оставшаяся треть выбирает «благополучный жизненный сценарий».

Россия в последние годы охотно использует зарубежный опыт в вопросах оптимального решения проблемы сиротства [177, 181, 186, 191]. Сегодня подавляющее число российских детей-сирот проживает в ЗС, а большая часть бывших ДД перепрофилированы в центры сопровождения опекаемых или закрыты [2, 18, 32, 41]. .

В настоящее время в Российской Федерации в соответствии с Семейным кодексом существуют следующие формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей: усыновление, опека, приемная семья, учреждение для детей, оставшихся без попечения родителей (детский дом, дом ребенка, интернат) [36, 68, 71, 72, 75]. Кроме форм, закрепленных семейным кодексом, существуют и другие: патронатное устройство, семейные детские дома, детские деревни, православные пансионаты семейного типа [72, 76, 80].

Истоки заботы государства о сиротах берут начало в глубокой древности [84, 87, 97]. При римских императорах Траяне и Александре Севере существовали особые учреждения для попечения сирот [101, 108, 198, 234]. Сиротские дома, в которых сироты получали воспитание и образование, начинают возникать в XVI веке в нидерландских и немецких городах [179, 220] . В это же время возник спор о преимуществах воспитания сирот в

приемных семьях сравнительно с воспитанием их в сиротских домах [108, 118, 131].

Сегодня в большинстве развитых стран Европы, Америки, Юго-Восточной Азии и Австралии согласно стандартам, утвержденным Советом Европы, государство обязано учитывать приоритет оставления ребенка в биологической семье и реализовывать меры по сохранению семьи для ребенка, а если это невозможно, то должны быть приняты меры, направленные на семейное устройство ребенка [161, 178, 192].

В США приюты имеют право содержать детей не более 30 дней, а в странах Шенгенского соглашения, Скандинавии, Южной Кореи, Австралии, на Филиппинах детский дом не может опекать более 5-10 детей [193, 201, 206]. Это связано с научно обоснованным негативным эффектом длительного содержания детей в учреждениях в условиях отсутствия единичной привязанности и эмоциональной связи со значимым взрослым [39, 42, 203]. В ряде международных исследований было показано, что при нахождении детей в детских учреждениях закрытого типа в первые три года жизни происходит недоразвитие лобных отделов и коры головного мозга, прогрессирует задержка психического развития, а также наблюдается формирование социально-педагогической запущенности, агрессивности, невротизации детей при длительном содержании в детских домах в более старшем возрасте [180, 187, 226].

В настоящее время в странах Европы и США до 90% детей-сирот и ДОПР проживают в ЗС [103, 214, 237]. Начиная с середины 90-х годов, подобный процесс происходит в странах Восточной Европы, Китае, Южной Америке, странах бывшего СССР [61]. К настоящему времени в Румынии, Венгрии, Чехии, Словакии, Польше процесс закрытия большинства ДД практически завершен [188, 192, 228]. До 80% детей находятся на воспитании в ЗС или усыновлены, развиты проекты групповых ДД (имеющих до 5 детей), семейных групп в оставшихся учреждениях для подростков (Польша) [194]. В Болгарии, странах бывшей Югославии, Украине, Молдавии,

Армении, Киргизии, Казахстане, Монголии разработаны национальные программы деинституционализации, используются программы подготовки замещающих семей [207, 215, 233] .

У истоков появления ПС в России стояла императрица Екатерина Великая [194] . Ознакомившись с докладом Московского опекунского совета о смертности сирот в воспитательных домах, Екатерина в 1768 году издала Указ о раздаче воспитанников в семьи [68]. Функцию наблюдателей за качеством ухода за детьми в семьях, согласно Указу, выполняли так называемые «объезжие надзиратели», среди которых были и земские врачи [68]. Они следили за тем, «кормят ли младенцев, как ухаживают за ними, отдают ли в учение». Интересен опыт участковых городских попечительств Москвы, создававших особые приюты – так называемые «искусственные семьи». Первый из них был организован в 1910 году. Искусственная семья состояла из матери и троих детей в возрасте до 10 лет [76] .

В годы Великой Отечественной войны был возрожден институт опеки, отмененный в первые годы советской власти [79]. С 1941 по 1945 гг было принято в семьи 278 000 детей-сирот. В 60-е гг по распоряжению Н.С. Хрущева профессиональная ЗС прекратила свое существование как форма решения проблемы сиротства, широкое развитие снова получили детские учреждения закрытого типа, а в конце 80-х гг наметилась новая волна роста интереса к воспитанию детей в СФУ [73]. В Томилино под Москвой открылась семейная деревня. С 1992 года многие регионы вошли в пилотный проект по закрытию ДД и переводу большинства детей-сирот и ДОПР в ЗС [118].

ЗС, согласно определению И.П. Терновой (2013), - форма жизнеустройства ребенка, который утратил связи с БС, приближенная к естественным условиям жизнедеятельности и воспитания, обеспечивающая наиболее благоприятные условия для его индивидуального развития и социализации, приобретения опыта семейной жизни [128, 146] .

Как отмечено выше, в Пермском крае доминирующими формами устройства детей-сирот являются ОС и ПС [91, 128]. Главное отличие их друг от друга заключается в том, что в ПС воспитываются чужие (небиологические) дети, а в ОС чаще всего ребенка воспитывают его биологические родственники [79].

Воспитателями ПС и ОС могут быть совершеннолетние лица обоего пола, имеющие жилье, без вредных привычек, судимости, инвалидности I группы, прошедшие отбор, обследование, курс обучения по программе «Воспитатель замещающей семьи» [129].

Опека и попечительство — форма устройства детей-сирот и ДООП в целях их содержания, воспитания и образования, а также для защиты их прав и интересов. Опека устанавливается над детьми, не достигшими возраста 14 лет; попечительство устанавливается в возрасте от 14 до 18 лет. (Федеральный закон № 159-ФЗ от 21 декабря 1996 года "О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей" в ред. Федеральных законов от 08.02.1998 г. № 17-ФЗ, от 07.08.2000 г. № 122-ФЗ). Органы опеки обязаны осуществлять регулярный контроль за условиями содержания, воспитания и образования ребенка. Опека может быть назначена на определённый срок или без срока. Часто опека используется как промежуточная форма к усыновлению [151].

Приемная семья - форма устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на основании договора о передаче ребенка (детей) на воспитание в семью между органом опеки и попечительства и приемными родителями (супругами или отдельными гражданами, желающими взять детей на воспитание в семью), утверждена законодательно в 1995 г. При этом орган опеки не только содействует созданию ПС, но и оказывает им необходимую помощь, осуществляет наблюдение за условиями жизни и воспитания ребенка. Устройство детей в ПС не влечет за собой возникновения алиментных и наследственных правоотношений. Эта особенность правового статуса приемного ребенка обнаруживает сходство

между ПС и устройством ребенка под опеку. Однако есть очевидная разница между устройством ребенка в ПС и в ОС. В последнем случае ребенок остается под опекой до своего совершеннолетия. В ПС он передается на срок, предусмотренный договором. В ПС он юридически свободен и может быть усыновлен. На содержание каждого ребенка ПС выплачиваются ежемесячно денежные средства на питание, обувь и одежду, коммунальные услуги. Оплачивается труд приемных родителей, им оказывается помощь в развитии самозанятости. Вознаграждения опекунам за пребывание ребенка-сироты в их семье не предусмотрено (если опекун является биологическим родственником опекаемого). Общее число детей в ПС, включая родных и усыновленных, не должно превышать 8 человек [151]

За детьми, поступившими на воспитание в ЗС, осуществляется патронат социальными работниками и детскими психологами [154]. Это закреплено законодательными нормами и контролируется службой опеки и попечительства, детским учреждением закрытого типа и иными государственными институтами. Специального медицинского сопровождения воспитанников замещающих семей не предусмотрено. С 25 марта 2014 года в Пермском крае вступил в силу приказ №216 н «О порядке диспансеризации детей, проживающих в замещающих семьях» [152].

1.2. Развитие и здоровье детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Многочисленные исследования показали, что дети, испытывающие негативное влияние социальных факторов, в особенности дети – сироты и ДОПР. характеризуются высокой заболеваемостью и широким распространением у них отклонений в развитии и поведении [143, 155, 158, 159, 174, 230. 245]. При этом большинство исследователей сходятся во мнении, что до настоящего времени существует дефицит информации о состоянии здоровья сирот, помещенных в ЗС [141, 217]. И.Ю. Болотников (2008) отмечает, что в подходе к проблеме сирот

имеются две крайности. Мнения исследователей противоречивы: одни считают, что дети из ДД ничем не отличаются от растущих в БС, а другие свидетельствуют об низком уровне развития и здоровья [24] .

В литературе, посвященной проблеме сиротства, почти полностью отсутствуют сведения о здоровье и развитии воспитанников ЗС, при этом очень много исследований, посвященных социальным, психологическим и юридическим аспектам функционирования этих семей [10] .

Исследователи свидетельствуют, что среди детей-сирот почти полностью отсутствуют дети и подростки с нормальным физическим и психическим развитием и нормальным уровнем функционирования организма [17, 23, 27] . Число детей с 1 группой здоровья (ГЗ) составляет до 2%, со 2 - до 18% [27, 54]. По данным Е.В. Огрызко, изучавшей здоровье воспитанников ДД динамику, уровень заболеваемости детей в 2006 году составил 5172,9 случая на 1000 детей [114] .

В литературных данных неоднократно звучит единодушное мнение о том, что имеется высокая степень прямой взаимосвязи неблагоприятных внешних факторов, в частности, воспитания вне семьи, с ростом и ФР ребёнка [23, 36, 92, 114, 133, 179, 187, 190]. Так, В.Н. Рассказова, обследовавшая 300 детей раннего возраста из дома ребенка г. Владивостока, указывает на то, что большинство из них имели значительные отклонения в физическом развитии (59,9% детей в возрасте от 0 до 1 года, 53,9% детей с 1 года до 2 лет, 39,5% детей от 2 до 3 лет), она отмечает, что с возрастом дети из дома ребенка, помещенные в семьи усыновителей, догоняли по ФР своих сверстников, воспитывающихся в семьях с рождения [92]. Анализ публикаций позволяет сделать вывод о том, что неблагоприятные факторы анте- и постнатального периодов онтогенеза и воздействия негативных социальных моментов вызывают лишь временную задержку развития ребенка-сироты, которая в дальнейшем может быть компенсирована. Важным фактором нормального ФР, по мнению исследователей, является как можно более раннее помещение детей в СФУ [170, 171, 225].

По данным Е.Д. Басмановой и Н.К. Перевощиковой (2009), изучавших особенности ФР детей 7-16 лет в школах разного типа, 20% воспитанников интернатов и ДД имеют низкое или очень низкое физическое развитие, в основном за счет низкорослости [18]. При этом максимально выраженные отставания в росте регистрируются у мальчиков в период ростовых скачков, что, по мнению авторов, связано не с генетической программой индивидуального развития, а с воздействием неблагоприятных факторов в значимый для ребенка период развития. В то же время В.И. Горемыкин и А.В. Хижник (2007) доказали, что у детей с задержкой роста неблагоприятные биосоциальные факторы встречаются в три раза чаще, чем у их сверстников нормального роста [54]. Е.Д. Басманова показала, что у воспитанников ДД и интернатов становление пубертата запаздывает на 1-2 эпикризных срока, по её данным, даже к моменту окончания школы (к 17 годам) у 3% подростков отсутствовали вторичные половые признаки [18].

Целый ряд публикаций о сиротстве указывает на то, что в детских учреждениях закрытого типа, прежде всего, в домах ребенка, в большей мере страдает НПР, чем ФР [16, 21, 25, 179, 223]. Так, Т.В. Бородулина (2012) отмечает, что с возрастом в доме ребенка увеличилась доля детей с гармоничным морфофункциональным статусом и уменьшилось количество детей с нервно-психическим развитием, соответствующим возрасту [36]. Аналогичные выводы делают и другие авторы, отмечая, что уровень интеллекта детей, проживающих в детском доме, оказывается в противоречии с динамикой физического развития [84, 86, 140, 173]. Чем раньше дети поступали в интернатные учреждения, тем заметнее было запаздывание развития их интеллекта, зато наблюдалась благоприятная динамика ФР, связанная с рациональным питанием в этих учреждениях.

В литературе содержатся очень неоднозначные данные о состоянии здоровья детей-сирот и ДОПР. Данные о структуре хронической патологии сирот зависят от способа изучения состояния здоровья этой категории детей, т.е. официальная статистика отлична от локальных когортных исследований. Так, по данным Е.В.

Огрызко, в структуре заболеваемости подростков, лишенных родительской опеки (n=14 440), 1-ое место занимают болезни органов дыхания (30,6%), 2-е – болезни органов пищеварения, 3-е – болезни нервной системы (11,5%), структура заболеваемости подростков, проживающих в семьях, практически схожа с таковой у воспитанников ДД [113, 114].

По данным И.Ю. Болотникова (2008), в структуре заболеваемости у детей из ДД (n=1040) на 1 ранговое место выходят психические расстройства (44,7%), на 2 место – болезни нервной системы (27,5%), на 3 место – инфекционные заболевания (9,8%) и на 4-е - болезни костно-мышечной системы (4,2%) [34]. Н.В. Мажура (2001), изучавшая состояние здоровья детей (n=150), лишенных родительской опеки и находившихся в социально-реабилитационном центре, выявила, что в структуре заболеваемости на 1-е место выходят инфекционные болезни (56,7%), на 2-е – болезни нервной системы (46,7%), на третье место – болезни крови (анемия) (36%), болезни органов пищеварения (35%) и болезни костно-мышечной системы (38%) [104].

Низкий уровень здоровья сирот коррелирует со способностью детей к умственной деятельности, и, в частности, к обучению [230]. Анкетирования детей школьного возраста из детского дома, проведенные М.И. Буяновым (1998), И.Ю. Болотниковым (2008), В.Н. Рассказовой (2010), показали, что 70-90% детей из ДД не желают учиться и испытывают трудности при освоении учебного материала [34, 38, 133]. Среди причин этого явления авторы называют слабую готовность к школе, дисгармоничность психофизического развития, недоразвитие мотивационной сферы, высокую хроническую заболеваемость, наследственную отягощенность и др.

Нервная система и психика ребенка являются тем слабым звеном, на которое в первую очередь влияет разлучение ребенка с матерью (материнская депривация) [216]. Ещё одной причиной широкой распространенности болезней нервной и психической сфер является отягощенный наследственный и социальный анамнез сирот [102, 139]. По данным М.К. Бардышевской (1995), Т.А. Басиловой (2010), Н.Riedle (2008), W.Stewart (2012), 66,1%-82,3%

биологических матерей сирот в период беременности не наблюдаются в женской консультации, достоверно чаще эти дети рождаются от вторых и последующих родов, от матерей, имевших отягощенный акушерский анамнез и даже прибегавших к попыткам криминального избавления от беременности [25, 26, 219, 231]. Большинство этих женщин имеют маркеры заболеваний, передающихся половым и гематогенным путем: ВИЧ-инфицированные, больные сифилисом, гепатитами С и В. Матери сирот, как правило, характеризуются вредными привычками: никотиновой зависимостью (65-95%), героиновой зависимостью (40%), алкоголизмом (25-68%), различными сочетаниями вредных привычек (30%) [36, 104, 211] .

В раннем возрасте число детей с отставанием в НПП в домах ребёнка не имеет тенденции к снижению, и даже дети, имевшие НПП, соответствующее возрасту, за время пребывания в доме ребёнка начинают отставать, что связано, по мнению исследователей, не только с проявлением факторов социального и биологического риска, но и влиянием пребывания в доме ребёнка, т.е. с однообразной окружающей обстановкой, отсутствием индивидуального общения со взрослыми, отсутствием разнообразных внешних раздражителей [26, 32, 209]. В ряде публикаций отмечено, что жизнь в детских учреждениях закрытого типа устроена так, что эта среда в принципе не требует интеллектуальных усилий со стороны воспитанников [36, 38] . Чешские ученые для обозначения психических особенностей воспитанников ДД используют термин «деривационная ретардация» [210] .

Анализируя здоровье детей-сирот и ДОПР, Н.И. Аверьянова, О.Б. Бахматова, О.А. Погадаева (2009) показали, что пятая часть детей этой категории имеют инвалидность, причинами которой являются: умственная отсталость, заболевания глаза и его придаточного аппарата, заболевания уха, врожденные аномалии развития нервной и костно-мышечной системы, системы кровообращения, последствия перинатального поражения ЦНС, детский церебральный паралич.

В настоящее время нельзя считать изученным развитие и здоровье детей из ЗС, в литературе преобладают сведения о детях-сиротах, проживающих в ДД, и

имеются лишь одиночные сведения о развитии и здоровье детей из ЗС и эта проблема требует дальнейшего исследования.

1.3. Развитие института замещающих семей в России и за рубежом и организация медицинского сопровождения детей из этих семей

В последние годы остро стоит не только вопрос сиротства и семейного устройства детей-сирот, но и проблема кризиса семьи как ячейки общества, одной из важнейших функций которой является воспитание детей [33]. Формирование ЗС как института, призванного со временем полностью заменить детские учреждения закрытого типа, происходит в условиях наднациональных тенденций нравственного разложения семьи и смены ценностей.

Рассматривать проблемы ЗС в отрыве от трансформационных процессов в семейных отношениях и размываний границ семьи было бы ошибочно, так как здоровье детей, а тем более детей с отягощенным жизненным анамнезом, формируется под влиянием многих факторов, в том числе и социальных [132, 200]. Другими словами, СП семьи, здоровье и образ жизни родителей, их материальное положение, уровень образования, психологический климат семьи оказывают непосредственное влияние на здоровье детей. Неслучайно исследователи данной проблемы призывают использовать для ее решения междисциплинарный подход, включающий клинические, психологические, социологические и экологические методы и исследовать их влияние на здоровье воспитанников ЗС [99, 102, 228] .

Что же происходит с современной семьей и как это может влиять на институт замещающих семей? На X Конференции Европейской социологической ассоциации, прошедшей в 2012 году в Женеве, широко обсуждались проблемы современной семьи, а именно ее кризис. Поднимались такие вопросы, как возможность замены традиционных «мама» и «папа» на гендерно нейтральные понятия «Parent 1» и «Parent 2», широкое распространение движения «childfree» («свободные от детей»), гиперэмансипацию женщин, феминизацию мужчин и др. Исследователи из Французского национального института демографических

исследований отмечают смену в обществе стереотипов репродуктивного поведения (установки на рождение детей и родительство) [202]. В Европе и США, по данным этого института, происходит снижение суммарного показателя коэффициента рождаемости (среднего числа детей на женщину репродуктивного возраста) (соответственно 1,52 и 2,01) и повышение его в странах Африки (4,38) и Азии (2,29), т.е. в западных странах суммарный коэффициент рождаемости опустился намного ниже значения 2,1 – границы простого воспроизводства населения [196, 202]. В то же время в развитых странах и в России широкое распространение получило так называемое «социальное» (т.е. замещающее) родительство, трактуемое за рубежом как «передача детей из неблагополучных семей в благополучные». В некоторых европейских странах, например, в Бельгии легализовано помещение сирот в замещающие семьи, где оба родителя придерживаются нетрадиционной половой ориентации (например, являются гомосексуалистами). Важно отметить, что в нашей стране на фоне семейно-демографических трансформаций сохраняется ориентация россиян и, в частности, потенциальных замещающих родителей на традиционную семью и родительство [13].

Специального медицинского сопровождения ОС и ПС в нашей стране не существует. Исключение составляют патронатные семьи и семейно-воспитательные группы. Воспитанники этого вида ЗС юридически относятся к ДД или дому ребенка, в котором находились до поступления в СФУ и поэтому ежегодно проходят диспансеризацию по месту прикрепления и ежеквартально осматриваются педиатром детского дома и при необходимости «узкими» специалистами.

Таким образом, на смену устоявшейся системе воспитания детей в закрытых учреждениях с хорошо изученными и внедренными механизмами сопровождения и реабилитации в Россию пришла новая система семейного устройства, функционирование которой (в том числе и медицинское сопровождение) находится пока в стадии разработки. Несомненно, что важнейшей задачей служб сопровождения является создание условий для оптимального развития и

эффективной реабилитации детей в ЗС. Для этого врачам, осуществляющим медицинское сопровождение, необходимо детальное знание анамнеза, полное представление о состоянии здоровья и развития каждого ребенка, определяемого в ЗС, чтобы сформулировать и дать ЗР наиболее полные рекомендации по воспитанию, оздоровлению и социальной адаптации ребёнка.

Важным аспектом успешной разработки медицинского сопровождения является образовательный, социальный и культурный уровень ЗР, психологический климат в семье и знание проблем ЗР. В исследованиях последних лет говорится о том, что степень удовлетворенности родителей качеством оказываемой их ребенку педиатрической помощи является важной составляющей экспертной оценки деятельности системы здравоохранения [51]. Это позволяет выявить проблемные зоны, принять меры для улучшения ситуации. В случае с медицинским сопровождением замещающей семьи опросы могут помочь разработать алгоритм наблюдения, который будет максимально отвечать потребностям этих семей. По данным Т.А. Гасиловской (2009), почти половина (42,7%) всех ЗП детей считают, что помочь в воспитании и улучшить состояние здоровья детей может проведение обучающих семинаров или даже организация специальных школ для замещающих родителей в поликлинике по месту жительства. Опрос родителей позволил выявить существующие проблемы в медицинском обслуживании: высокую стоимость лекарств, увеличение объема платной и малодоступной педиатрической помощи, недостаточное оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений [108, 125, 127].

По данным А.А. Модестова, Д.Ю. Лебедева, А.А. Ивановой (2011), даже биологические дети из бедных сельских семей являются группой медико-социального риска и нуждаются в адресных профилактических и гигиенических мероприятиях по сохранению и укреплению здоровья на уровне семьи [108]. Отдельную проблему представляют дети из сельских опекунских семей, проживающие с бабушками и дедушками в условиях недостаточного уровня образования опекунов.

В настоящее время в связи с всеобщей компьютеризацией рабочих мест существует возможность междисциплинарного взаимодействия служб, обеспечивающих сопровождение ЗС. Б.А. Кобринский (2009) утверждает, что обмен данными между специализированными системами и интеграция различных регистров, в том числе на межведомственном уровне, позволит перейти к комплексной оценке медико-социальных показателей в отношении каждого ребенка и детской популяции в целом [93]. Такой обмен информацией активно используется при сопровождении ЗС в странах Европы, некоторых странах СНГ (Казахстан, Армения), США [135, 144, 199].

По замечанию психолога И.А. Ослон (2009), которая многие годы изучает эффективность воспитания детей в СФУ, для оптимального функционирования ЗС требуются законодательно подкрепленные инициативы и создание негосударственных организаций, которые бы представляли права ЗР и их детей в различных государственных институтах [118]. Примером может служить система сопровождения семей в Германии, где создан специальный союз, объединяющий представителей различных служб, с которыми сталкивается семья (здравоохранение, образование, социальные службы и др). Один раз в 4 года руководство этого союза анализирует результаты функционирования этих служб, результаты социологического опроса родителей и выносит на обсуждение законодательной и исполнительной власти страны свои инициативы. Это позволяет своевременно реагировать властям на нужды семей и принимать соответствующие меры [244].

В настоящее время в нашей стране сироты и воспитанники ЗС признаются особой категорией детского населения, нуждающейся в повышенном внимании со стороны всех государственных институтов. В указе президента РФ от 02.02.2013 «О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», перечислены мероприятия, призванные усовершенствовать оказание помощи детям-сиротам и ДОПР. Особый акцент сделан на медицинское обслуживание детей и оказание им в случае необходимости специализированной, в том числе высокотехнологичной,

медицинской помощи, необходимость контроля качества медицинских осмотров, диспансеризация детей-сирот и ДООПР, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. Пристального внимания требует медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся создать ЗС. По мнению президента, необходима научно обоснованная законодательная база, которая будет способствовать позитивному восприятию института ЗС и позволит расширить мероприятия по их обслуживанию.

Анализ литературных данных показал, что несмотря на то, что институт ЗС получил в России широкое распространение, многие стороны медико-психолого-педагогического сопровождения их не проработаны. Практически отсутствуют сведения о преимуществах семейных форм устройства детей перед детскими учреждениями закрытого типа и влиянии семейных условий на здоровье и развитие детей, проживавших ранее в детском доме или в социопатических семьях. Медицинское сопровождение детей-сирот меняется в сторону снижения медицинского контроля над детьми из замещающих семей, контактов между врачом и замещающим родителем, что очевидно, приводит к невозможности объективной оценки развития и здоровья детей этой категории.

ГЛАВА 2

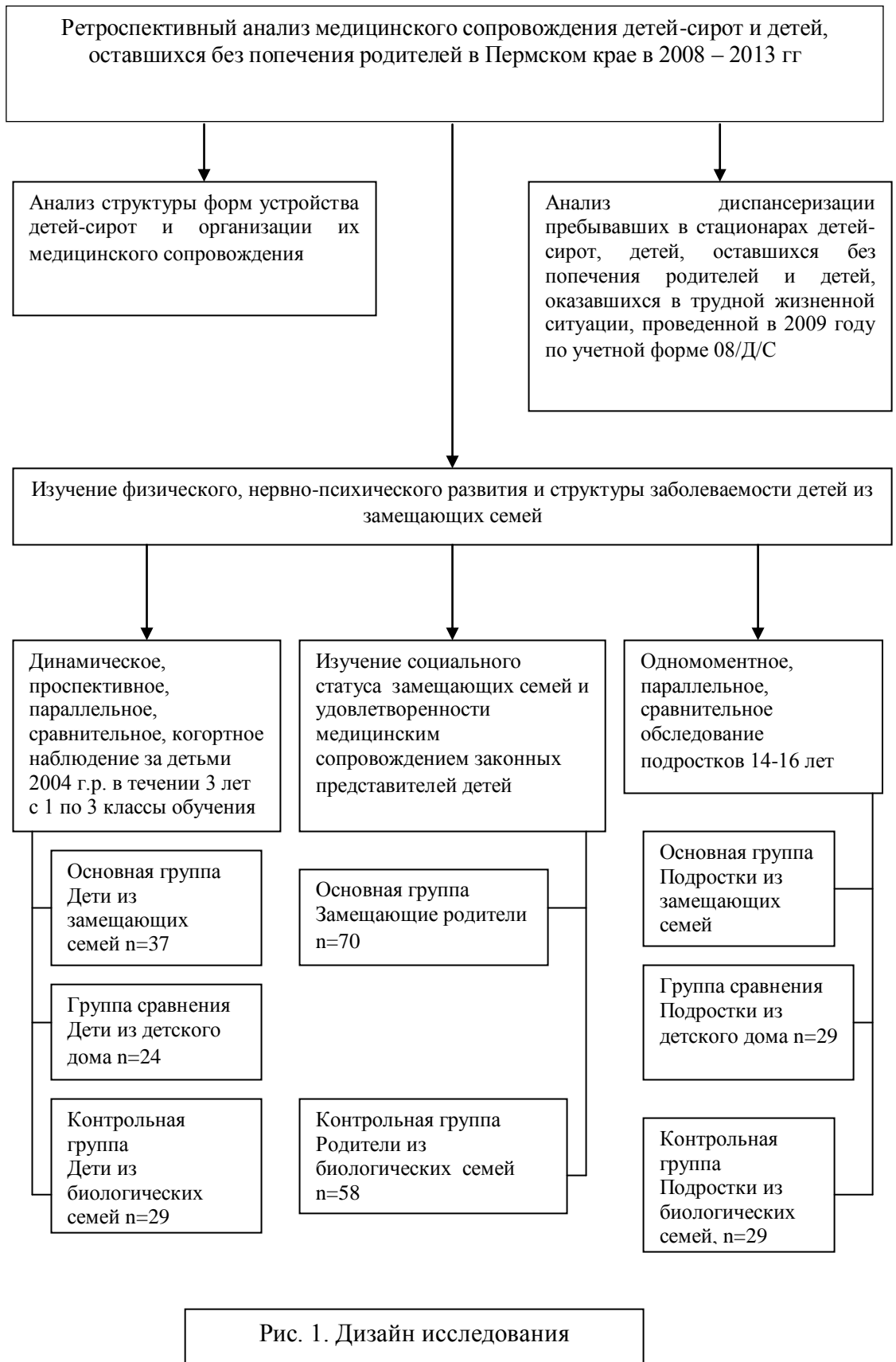
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России в период с 2008 по 2013 гг. Дизайн исследования представлен на рис. 1.

Первый этап работы заключался в ретроспективном анализе медицинского сопровождения детей-сирот в Пермском крае в 2008-2013 году, изучении законодательной базы и в анализе результатов диспансеризации пребывавших в стационарах детей – сирот и детей, лишенных родительской опеки и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проведенной в 2009 году по учетной форме 08/Д/С. Работа проведена совместно с Министерством здравоохранения Пермского края при содействии главного педиатра края О.Б. Бахматовой. Изучены результаты диспансеризации 6219 детей; 3562 (57,3%) находились в детских интернатных учреждениях, 2052 (32,9%) - в детских домах, 317 (5,1%) - в домах ребенка, 288 (4,7%) – в социально-реабилитационных центрах. Гендерный состав: 2736 (43,9%) - мальчики и 3483 (56,1%) - девочки. Распределение по возрастам: 224 (3,6%) ребенка раннего возраста (от 5 мес до 3 лет), 665 (10,7%) - дошкольники (4-6 лет), 1555 (25,0%) - младшие школьники, 1505 (24,2%) детей среднего школьного возраста (11-13 лет) и подростки (14-18 лет) составили самую многочисленную группу – 2270 (36,5%).

На втором этапе, на основании результатов диспансеризации, был разработан алгоритм наблюдения воспитанников замещающих семей, который включал:

1. Документальный раздел (изучение личной документации воспитанников замещающих семей, карт развития ребенка, другой сопутствующей документации).
2. Клинический раздел (расспрос, осмотр, антропометрия, оценка физического и нервно-психического развития, выявление патологических симптомов, консультирование узкими специалистами, определение группы здоровья).



3. Лабораторно-диагностический раздел (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз, УЗИ, ЭКГ, ЭЭС и другие инструментальные методы обследования по показаниям).
4. Патронажный раздел (оценка условий проживания ребенка, состав семьи и статус семьи, характер родственных связей в семье, образование законных представителей ребенка, наличие вредных привычек).
5. Анкетно-диагностический раздел (анкетирование ребенка по модифицированному вопроснику Кеттелла, тесту тревожности Спилбергера, рисунок семьи).
6. Анкетирование законных представителей по анкетам родительско-детских отношений, анкетам для оценки удовлетворенностью медицинским сопровождением.

Третий этап работы состоял из двух независимых исследований. Клинический набор материала осуществлялся в районах Пермского края, где проживало на тот момент больше всего детей из замещающих семей (Кишерский и Осинский), осмотр этих детей проводился на базе Центральной районной больницы г. Оса, Центральной районной больницы Кишертского муниципального района. Группа сравнения набрана из числа детей, проживающих в ГКУЗ СО «Детский дом №3» г. Перми. Группа контроля набрана из числа учащихся школы №24 г. Перми.

Первое исследование является динамическим проспективным параллельным сравнительным когортным наблюдением в течение 3 лет за 3 группами детей 2004 г.р. с 1-го по 3-й класс обучения из разных условий проживания (ЗС, ДД, БС), осмотры проводились ежегодно в сентябре с привлечением детского психолога и студентов-педиатров.

Второе исследование характеризовалось как одномоментное параллельное сравнительное обследование трех групп подростков 14-16 лет из разных условий проживания (ЗС, ДД, БС).

Критерии включения в группу динамического наблюдения:

- возраст на момент исследования 7 ± 6 мес

- отсутствие грубых пороков развития и некомпенсированной хронической патологии
- для семейных форм устройства: проживание в замещающей семье более 1 года и проживание в Кишертском и Осинском районах Пермского края

Критерии исключения:

- возраст до 6 лет 6 мес и старше 7 лет 6 мес
- наличие инвалидности по соматическому или психическому заболеванию

Характеристика групп динамического наблюдения:

1 группа (основная)– дети из замещающих семей (57,0% опекунские семьи и 43,0% приемные семьи). Средний возраст помещения в семью составил $2,01 \pm 1,42$ года (от 6 мес до 5 лет). Среднее количество лет, проведенных в семье, – $4,59 \pm 0,84$ (от 1 года до 6 лет).

2 группа (сравнения) – дети из детского дома. Средний возраст помещения в детский дом – $5,73 \pm 0,59$ (от 2 до 7 лет). Среднее количество лет, проведенных в детском доме составило, $1,7 \pm 0,9$ (от 6 мес до 4 лет).

3 группа (контрольная) – дети из биологических семей. В первый год наблюдения обследованным детям было 7 лет (от 7 лет до 7 лет 6 мес), во второй год – 8 лет (от 8 лет до 8 лет 6 мес) и в третий год – 9 лет (от 9 лет 0 мес до 9 лет 6 мес). 3П детей подтвердили согласие на осмотр их воспитанников в письменном виде после объяснения им в доступной форме целей и задач обследования.

За 3 года из исследования исключено 15 человек. Из основной группы выбыло 15 детей: 5 из них были возвращены в биологические семьи, столько же (5 человек) были изъяты из одной замещающей семьи и помещены в другую, 3 детей выбыли из-за переезда замещающих родителей на другое место жительства, 1 ребенок был возвращен в детский дом, 1 - усыновлен. Из группы сравнения выбыло 6 детей: 3 были возвращены в биологическую семью; 2 детей были усыновлены иностранными гражданами из Франции и Италии и 1 ребёнок был переведен из детского дома общего типа в школу – интернат для детей с

умственной отсталостью. Наполняемость контрольной группы осталась без изменений.

Во втором исследовании принял участие 91 подросток.

Критерии включения в группы одномоментного наблюдения:

- возраст на момент исследования 14-16 лет
- проживание в Кишертском и Осинском районах Пермского края
- отсутствие грубых пороков развития и некомпенсированной хронической патологии
- для семейных форм устройства: проживание в замещающей семье более 1 года и проживание в Кишертском и Осинском районах Пермского края

Критерии исключения:

- возраст младше 14 лет и старше 16 лет
- наличие инвалидности по соматическому или психическому заболеванию

Характеристика групп одномоментного наблюдения:

В первую группу (основную) вошло 33 подростка из ЗС (33% - из приемных, 67% - из опекунских семей) в возрасте 14-16 лет, из них 16 (48%) - юношей и 17 (52%) - девушек. Средняя продолжительность нахождения в ЗС составила $7,4 \pm 1,3$ года, средний возраст помещения в семью - $7,7 \pm 1,3$ года. До помещения в ЗС 48% воспитанников находились в ДД, остальные проживали в биологических социопатических семьях.

Вторая группа (сравнения) включала 29 подростков в возрасте 14-16 лет из ДД, из них 14 (48,2%) - юноши и 15 (51,8%) - девушки. Средняя продолжительность нахождения в детском доме составила $4,4 \pm 1,5$ лет, средний возраст помещения в детский дом - $8,6 \pm 1,4$ лет. До помещения в ДД все подростки проживали в социопатических семьях.

Третья группа (контрольная) представлена 29 подростками в возрасте 14-16 лет из биологических (домашних) семей, из них 14 (48,2%) юноши, 15 (51,8%) девушки.

Четвертый этап работы – анкетирование 70 законных представителей детей из ЗС для составления социальной характеристики семей и изучения удовлетворенности ЗР качеством медицинского сопровождения воспитанников. Некоторые данные анкетирования сравнивали с данными опроса родителей из биологических семей (n=58).

В работе использованы документальные, анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные и специальные методы исследования: анкетирование, собеседование, тестовые методики.

При анализе анамнестических данных детей и подростков из замещающих семей и детского дома изучался их социальный и образовательный маршрут (передвижение и сроки помещения ребенка из социопатической семьи в детский дом, замещающую семью, анализ причины возврата детей из замещающих семей в детский дом).

Для оценки социального портрета семей и удовлетворенности законных представителей качеством оказываемой им медицинской помощи использован собственный вопросник, который адаптировали в соответствии с возрастом и особенностями социального статуса обследованных (вопросник для замещающих родителей включал 59 вопросов; вопросник для биологических родителей – 44 вопроса). Изучали следующие критерии: физический, эмоциональный, психологический, социальный, оценку здоровья ребенка, характеристику окружающей среды. Законных представителей просили оценить ощущения детей в отношении проблем, с которыми сталкивается их ребенок, то есть оценивали качество жизни ребенка «глазами взрослого». Родительско-детские отношения оценены с помощью методики «Отношение к детям». Методика представляла опросник, включающий 61 вопрос, которые разделены на пять шкал и выражают те или иные аспекты родительского отношения: принятие – отвержение ребенка, кооперация, симбиоз, контроль, отношение к неудачам ребенка. За каждый ответ «да» испытуемый получал 1 балл, за каждый ответ «нет» - 0 баллов. Высокие баллы свидетельствовали о значительной развитости родительских отношений, а низкие баллы – о том, что они сравнительно слабо развиты.

Для оценки ФР использовали антропометрию с дальнейшей оценкой показателей по центильным таблицам. За нормы роста принимали 2-6 коридоры центильных таблиц, массы – 3-5 коридоры таблицы соотношения массы по длине тела. У подростков для оценки упитанности вычисляли индекс Кетле-2 (индекс массы тела, ИМТ) по формуле:

$$\text{ИМТ} = (\text{масса тела, кг}) : (\text{рост, м})^2$$

Оценку индекса массы тела производили по центильным таблицам. За нормальные показатели ИМТ принимали 3-5 коридоры центильных таблиц.

Для оценки БР использованы следующие критерии: зубной возраст, половое развитие, пропорции тела (средняя точка тела).

Для оценки НПР подростков использована стандартная анкета – вопросник, позволяющая выявить состояние сомато-эмоциональной, сомато-вегетативной, сомато-диэнцефальной сферы и поведения. Уровень интеллектуального развития определялся по заключению школьного психолога, результатам школьной успеваемости и заключению психиатра.

Во всех трех группах динамического наблюдения ежегодно проводили углубленную оценку НПР с использованием методов диагностики внимания, памяти, мышления, речи.

В качестве основного методического, стимульного материала для оценки устойчивости, распределения и переключения внимания младших школьников использованы кольца Ландольта. Продуктивность и устойчивость внимания определены по формуле:

$$S = \frac{0,5N - 2,8n}{T} \quad \text{где}$$

S – показатель продуктивности и устойчивости внимания,

N – количество колец, просмотренных ребенком за 1 минуту,

n – количество ошибок, допущенных ребенком за это же время

t – время работы в секундах.

По всем показателям S , полученным в процессе выполнения задания, строили график, на основе анализа которого сделан вывод о динамике изменения во времени продуктивности и устойчивости внимания ребенка. При построении

графика показатели продуктивности и устойчивости переведены в баллы по десятибалльной системе и в свою очередь оценены устойчивость и продуктивность внимания. Выводы об уровне развития памяти сделаны, опираясь на балльную оценку (10 баллов – продуктивность внимания очень высокая, устойчивость внимания очень высокая; 8-9 баллов – продуктивность внимания высокая, устойчивость внимания высокая; 4-7 баллов – продуктивность внимания средняя, устойчивость внимания средняя; 2-3 балла – продуктивность внимания низкая, устойчивость внимания низкая; 0-1 балл – продуктивность внимания очень низкая, устойчивость внимания очень низкая).

Для диагностики развития памяти использованы две методики: «Выучи слова» и «Диагностика опосредованной памяти». С помощью первой методики изучена динамика процесса заучивания. Ребенок получал задание за несколько попыток выучить наизусть и безошибочно воспроизвести ряд, состоящий из 12 слов. Результаты заучивания ряда слов представлялись в виде графика, где по горизонтали указывались последовательные попытки воспроизведения ребенком ряда, а по вертикали – количество слов, правильно им воспроизведенных в каждой попытке. Результаты оценивали по следующей системе: 10 баллов – очень высокий, 8-9 баллов – высокий, 4-7 баллов – средний, 2-3 балла – низкий, 0-1 балл – очень низкий. Диагностику опосредованной памяти проводили с помощью следующего задания: ребенку последовательно одно за другим зачитывался ряд слов и сочетаний. В это время ребенок должен был успеть изобразить на данном ему листе бумаги что-то такое, что в дальнейшем позволит ему вспомнить нужные слова и выражения. За каждое правильно воспроизведенное по собственному рисунку или записи слово или словосочетание ребенок получал 1 балл. Максимальная общая оценка, которую ребенок мог получить в этой методике, равна 10 баллам. Выводы об уровне развития опосредованной памяти делались по следующей шкале: 10 баллов – очень высоко развитая опосредованная слуховая память, 8-9 баллов – высоко развитая опосредованная слуховая память; 4-7 баллов – средне развитая опосредованная слуховая память;

2-3 балла – низко развитая опосредованная слуховая память; 0-1 балл – очень низко развитая опосредованная слуховая память.

Для определения уровня развития мышления использована методика «Определение понятий, выяснение причин, выявление сходства и различия в объектах». Особенности мышления устанавливали по правильности ответов ребенка на 20 вопросов. За каждый правильный ответ на каждый из вопросов ребенок получал по 0,5 балла, так что максимальное количество баллов, которое он мог получить в этой методике, равнялось 10. Выводы об уровне развития мышления делали, опираясь на следующую шкалу: 10 баллов – очень высокий, 8-9 баллов – высокий, 4-7 баллов – средний, 2-3 балла – низкий, 0-1 балл – очень низкий.

Для оценки уровня развития речи использовали методику «Определение понятий», которая позволяет оценить признаки речи, соответствующие ее лингвистическому анализу (лексика, грамматика, стилистика, фонетика) и признаки, которые показывают, как ребенок пользуется речью для управления своими познавательными процессами, для регуляции поведения и общения с окружающими людьми. Ребенку предлагалось прослушать ряд из 10 слов и дать определение каждому слову. За каждое правильно данное определение слова ребенок получал по 1 баллу. Максимальное количество баллов, которое мог получить ребенок за выполнение этого задания, равнялось 10, минимальное – 0. Выводы об уровне развития речи делались по следующей шкале: 10 баллов – очень высокий, 8-9 баллов – высокий, 4-7 баллов – средний, 2-3 балла – низкий, 0-1 балл – очень низкий.

Для оценки интеллектуального развития использовали методику «Общая ориентация детей в окружающем мире и запас бытовых знаний». При этом перечень вопросов, задаваемых одним и тем же детям в возрасте от 7 до 9 лет, ежегодно менялся в связи с их взрослением и повышением уровня знаний и умений. Для первоклассников методика включала 10 последовательно задаваемых вопросов, за правильный ответ на каждый из предложенных вопросов ребенок получал 1 балл. Максимальное количество баллов, которое мог получить

ребенок по данной методике, составлял 10. Через год дети отвечали на вопросы для учащихся 2-го класса, еще через год – для учащихся 3 класса.

При объективном осмотре оценивалось состояние здоровья ребёнка согласно методике обследования.

Личностный психологический статус изучен с помощью ряда методик: вопросника Кеттелла (разные методики для детей младшего школьного возраста и подросткового возраста), теста на тревожность Спилбергера, рисуночного теста (рисунок семьи). Детский вариант личностного теста Р. Кеттелла включает в себя 12 шкал, соответствующих основным чертам личности ребенка. Каждая черта (фактор) может быть как положительной, так и отрицательной, например: «интеллектуальная развитость – интеллектуальная неразвитость». В методике выделялось три уровня развития разных черт личности: низкий (от 1 до 3 баллов), средний (от 4 до 7 баллов) и высокий (от 8 до 10 баллов). Описываемые черты личности: экстраверсия, уверенность в себе, эмоциональная невозбудимость, независимость, благоразумие, добросовестность, смелость, практичность, оптимизм, самоконтроль, невозмутимость.

Личностная и ситуативная тревожность детей и подростков оценивалась по методике «Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина». Данная методика позволяет сделать заключение о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, то есть личностной. Результаты методики относятся не только к психодинамическим особенностям личности, но и к общему вопросу взаимосвязи параметров реактивности и активности личности, ее темперамента и характера. Шкала реактивной и личностной тревожности имеет две самостоятельные подшкалы для отдельного измерения той и другой формы тревожности: подшкала оценки ситуативной тревожности с главным вопросом о самочувствии в данный момент и подшкала оценки личностной тревожности с формулировкой о самочувствии. Тест состоит из 40 вопросов.

Психо-эмоциональное состояние ребенка и оценка им факта нахождения в семье оценивали с помощью рисуночного теста «Рисунок семьи» М.Рокича.

Ребенку предлагалось с помощью ручки на белом листе бумаги нарисовать свою семью. Данное задание ребенок выполнял в рамках проведения динамического наблюдения в первый и третий год обследования.

Результаты исследования обработаны при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel 2003 и Biostat 5,8. Используются методы параметрической и непараметрической статистики. При описании данных используются среднее и стандартное отклонение, среднее и 95% доверительный интервал при нормальном распределении, мода и медиана при асимметричном распределении. Для оценки межгрупповых различий используются парный критерий Стьюдента, числовой критерий Z. За достоверные различия приняты отличия $p \leq 0,05$.

ГЛАВА 3

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ ПЕРМСКОГО КРАЯ

3.1. Организация медицинского сопровождения сирот

В Пермском крае, как и во многих других регионах страны, наметилась четкая тенденция к постепенному отказу от воспитания детей-сирот и ДОПР в условиях интернатного учреждения [119, 120, 121, 122, 123, 124]. Такая политика государства выгодна как для ребенка, так и для общества в целом. В итоге ребенок получает семью взамен утраченной, а государство в будущем – здорового психически и соматически человека, способного трудиться на благо страны.

С целью достижения указанных задач в Пермском крае был издан ряд законов, предусматривающих наличие законодательно закрепленных форм устройства детей в принимающие семьи.

Согласно данным Министерства социального развития Пермского края на 1 января 2014 года в Пермском крае зарегистрировано 17100 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [91]. Для сравнения: в 2008 году к этой группе было причислено 21 092 ребёнка, в 2010 году – 18 282 ребенка, в 2013 году - 17146 детей (рис.2).

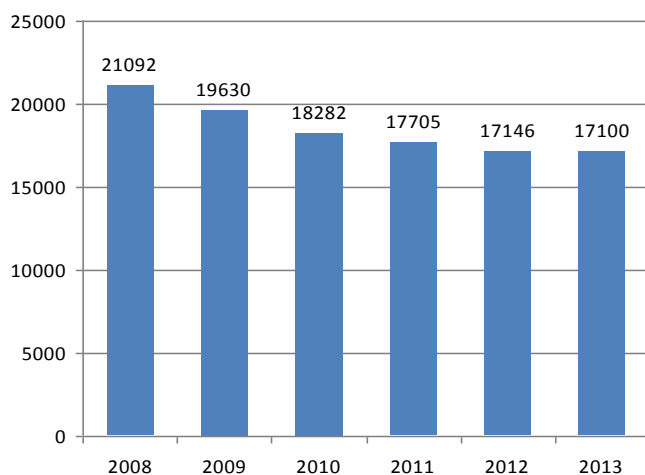


Рис. 2. Динамика числа детей-сирот в Пермском крае (абс)

В СФУ воспитывается 16005 детей, что составляет 93,6% от общего количества состоящих на учете в органах опеки и попечительства. Из них: 1351 – усыновленные (8,4%), 8801 находятся под опекой (в ОС) (54,9%), 5190 воспитываются в ПС (32,4%), 663 проживают в патронатных и семейно-воспитательных группах (4,1%) и 1095 детей находятся в учреждениях для детей сирот и ДОПР (6,8%).

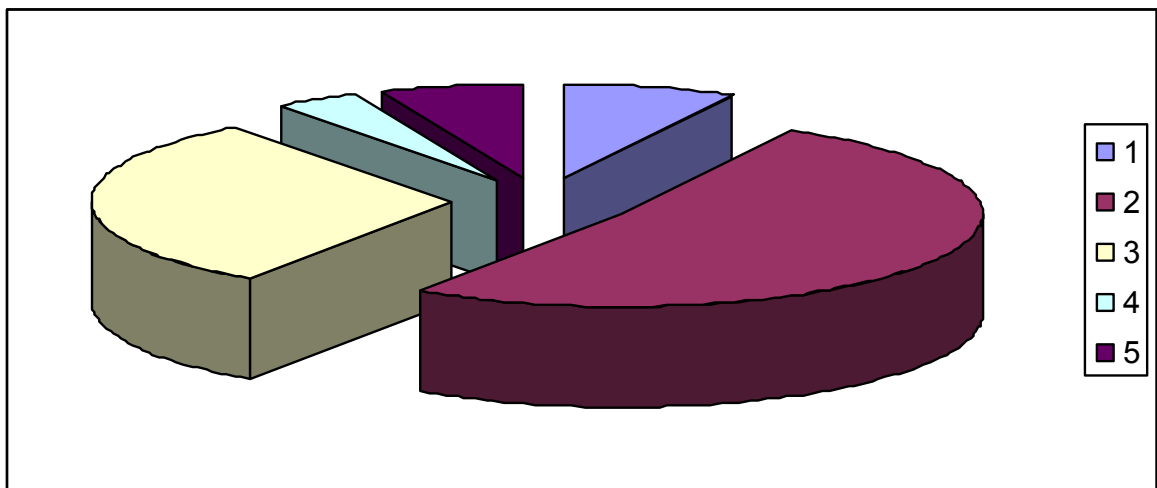


Рис. 3 Формы устройства детей-сирот в Пермском крае по состоянию на 1 января 2014 года по данным Министерства социального развития (%)

1 – усыновленные (8,4%), 2 – опекунские семьи (54,9%), 3 – приемные семьи (32,4%), 4 – семейно-воспитательные группы, патронатные семьи (4,1%), 5 – учреждения для сирот (6,8%)

За 2013 год в Пермском крае вновь выявлено 1992 детей-сирот и ДОПР. Среди причин: лишение родителей родительских прав (25,3%), уклонение родителей от воспитания собственных детей (18,8%), нахождение в розыске или местах лишения свободы (10,4%), смерть родителей (13,8%), отобрание при угрозе жизни ребенку, исходящей от родителей (8,4%) добровольное согласие родителей на оформление опеки над детьми другими членами семьи (4,2%), отказ забрать ребенка из образовательных или медицинских учреждений (7,8%), ограничение в родительских правах (8,2%), инвалидность родителей (3,8%) (рис. 4).

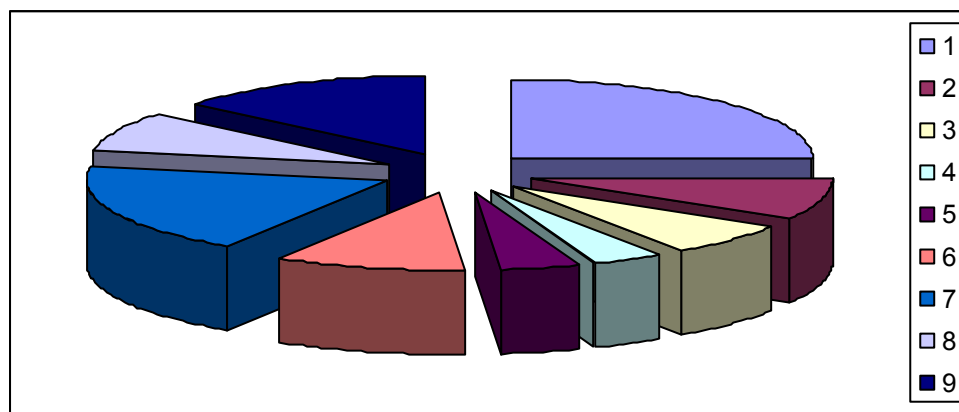


Рис. 4 Причины сиротства в Пермском крае по состоянию на 1 февраля 2014 года по данным Министерства социального развития (%)

1 – лишение родительских прав (25,3%), 2 – ограничение родительских прав (8,2%), 3 – отказ от ребенка (7,1%), 4 – болезнь, инвалидность (3,8%), 5 – согласие на опеку (4,2%), 6 – тюрьма, розыск (10,4%), 7 – уклонение от воспитания (18,8%), 8 – отобрание при угрозе жизни (8,4%), 9 – смерть родителей (13,8%).

В последние 3 года в Пермском крае происходит рост возврата детей из СФУ в учреждения для детей: в 2011 возвращено 36 детей (0,2%), в 2012 – 51 ребенок (0,3%), в 2013 – 47 (0,3%) [91]. При этом определяется тенденция к снижению возврата детей в кровные семьи: в 2011 году возвращено 1423 ребёнка (8,0%), в 2012 – 1340 детей (7,8%), в 2013 году возвращено в семьи 1222 ребёнка (7,6%) [91]. Приведенные данные свидетельствуют о неблагоприятных тенденциях в институте замещающих семей и требуют изучения причин.

Несмотря на то, что большинство детей-сирот проживает в СФУ, остается неразработанным механизм их медицинского обслуживания. Если раньше сироты, проживая в детском доме, находились под постоянным медицинским контролем, то теперь медицинское сопровождение их осуществляется на педиатрическом участке по месту жительства без учета социального статуса. В Пермском крае на 16 005 воспитанников приходится 2 Центра сопровождения опекаемых, расположенных в г. Перми и г. Чайковском. Из-за большой протяженности Пермского края замещающие

семьи оказываются на большом отдалении от Центра. Так Кишертский муниципальный район, где проживает 98 детей-сирот, находится в 472 км от Центра сопровождения. Даже при готовности замещающих родителей преодолевать такие расстояния, они не смогут получить в Центре качественной медицинской помощи, потому что в задачи этих учреждений входит только психолого-социально-педагогическое сопровождение. Эта ситуация является характерной для 70% воспитанников замещающих семей, проживающих в сельских территориях Пермского края. Исключения составляют сироты, воспитывающиеся в патронатных семьях, в которых предусмотрено медицинское сопровождение детей на базе Детского дома. Но такая форма устройства составляет только 4,1% от общего количества детей, проживающих в СФУ. В целом сеть учреждений для детей-сирот только за последние 3 года сократилась на 20% (рис.5) за счет закрытия 4 Межведомственных центров помощи детям, 1 Центра сопровождения опекаемых и 1 детского дома.

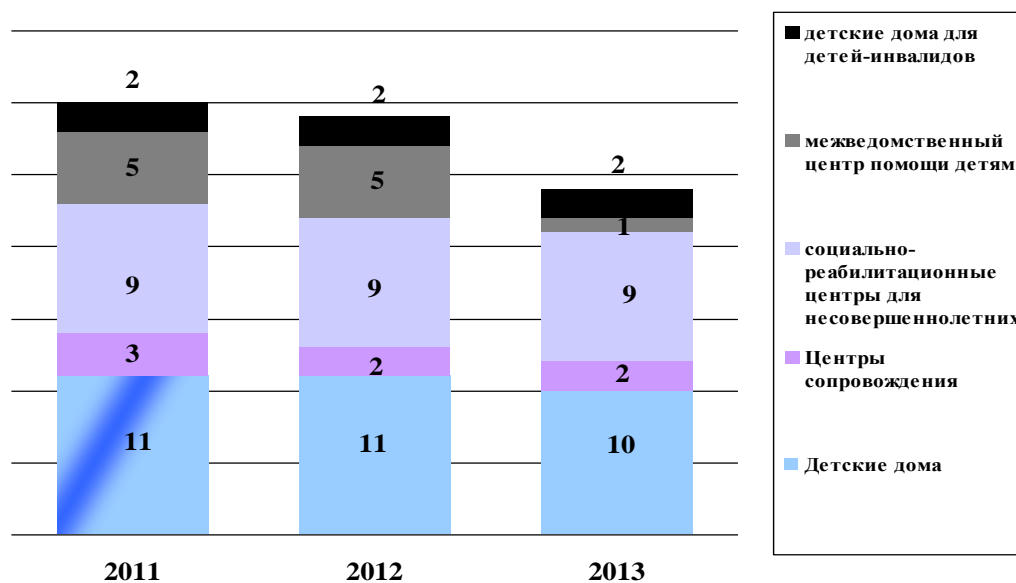


Рис. 5 Сеть учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, абс

Социальный, юридический и психологический патронаж замещающих семей до 1 мая 2014 года осуществляли структурные подразделения Министерства социального развития Пермского края (Центры сопровождения опекаемых), а в настоящее время эти функции переданы негосударственным учреждениям, имеющим в своем составе социальную, психологическую и юридическую службы. Несмотря на то, что ЗС рассматривается как наиболее благоприятная форма устройства детей для их гармоничного развития и здоровья, до сих пор отсутствуют нормативные документы, регламентирующие медицинское сопровождение этих детей. В связи с этим изучение развития и здоровья воспитанников ЗС представляет особый интерес.

3.2. Диспансеризация пребывающих в стационарах детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проведенная в 2009 году в Пермском крае

В Пермском крае с 2006 года в рамках реализации национального проекта «Здоровье» проводится диспансеризация пребывающих в стационарах детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В 2010 году был проведен тщательный анализ результатов диспансеризации этих детей за 2009 год, представленных Министерством здравоохранения Пермского края. Из 19630 сирот, проживавших в Пермском крае в 2009 году, в диспансеризацию в соответствии с регламентом было включено 6219 человек, проходивших обследование в стационарах. Таким образом, состояние здоровья 13411 (31,7%) детей не контролировалось, поскольку не входило в целевую группу по диспансеризации. При этом подавляющее число детей из СФУ под диспансеризацию не попадали.

В числа детей, включенных в диспансеризацию, 59,3% находились в интернатных учреждениях, 33,0% - в детских домах, 5,1% - в домах ребенка, 4,5% - в социально-реабилитационных центрах.

Согласно результатам диспансеризации, 5535 (89%) детей-сирот имели нормальное ФР. Отклонения в ФР у 5,0% детей обусловлены низким ростом, у 2% - высоким ростом, у 1% - дефицитом массы тела и у такого же количества детей (1%) – избытком массы тела.

Соответствующее возрасту НПП имели 65% детей раннего возраста и 71% детей в возрасте 3-18 лет. Учетная форма не содержала уточняющих сведений о структуре отклонений в нервно-психическом развитии.

Таким образом, согласно данным диспансеризации, подавляющее большинство детей-сирот в Пермском крае характеризуется высоким уровнем ФР и НПП, что расходится с общероссийскими данными, в которых указывается, что нормальное ФР имеют только 54-68% сирот, а НПП, соответствующее возрасту, только 30-44% этих детей [18, 34, 113]

Анализ заболеваемости показал, что на каждого ребенка-сироту приходилось в среднем 3,9 заболеваний. Наиболее распространенной патологией являлись психические расстройства и расстройства поведения (18,76%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,9%); болезни органов пищеварения (7,46%); болезни глаза и его придаточного аппарата (7,19%); болезни эндокринной системы (5,67%); врожденные аномалии развития (5,21%). Новообразования выявлены в 0,16 % случаев (у 38 человек); 0,08% (21 человек) составили ВИЧ-инфицированные дети и дети, больные СПИДом. При этом среди детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, 2,5% имели инвалидность и 78% страдали хронической патологией.

Таблица 1

Сравнительная характеристика некоторых показателей развития и здоровья у детей-сирот по данным диспансеризации и углубленных исследований

Показатель, единица измерения	Дети-сироты, вошедшие в диспансеризацию в Пермском крае в 2009 году		Дети-сироты, вошедшие в углубленные обследования разных лет		
	n	результат	n	результат	автор
Среднее число заболеваний на 1 ребенка, $M \pm m$	6219	$3,9 \pm 1,35$	14400	$5,1 \pm 1,67^*$	Огрызко, 2008
Нормальное физическое развитие, %	6219	89	300	59,9*	Рассказова, 2010
НПР, соответствующее возрасту, %	6219	71	300	90,5*	Рассказова, 2010
Психические расстройства, %	6219	18,7	1040	44,7*	Болотников, 2008
Болезни костно-мышечной системы	6219	15,9	150	38,0*	Мажура, 2001

* - статистически значимые различия между данными диспансеризации и углубленных исследований

При сравнении результатов диспансеризации сирот Пермского края и данных углубленных исследований, выявлены достоверные различия по числу заболеваний на одного ребенка-сироту, доли детей с отклонениями в НПР и ФР, доли детей с психическими расстройствами, болезнями костно-мышечной системы и другой патологией.

Из реабилитационных мероприятий согласно результатам диспансеризации детям с хронической патологией чаще всего проводилось медикаментозное лечение (42%) и физиотерапевтическое лечение (21%), на консультацию в Пермскую краевую детскую клиническую больницу было

направлено 18% детей, из них третья часть была госпитализирована, оперативное лечение проведено 1% детей, санаторно-курортное лечение получили 14%.

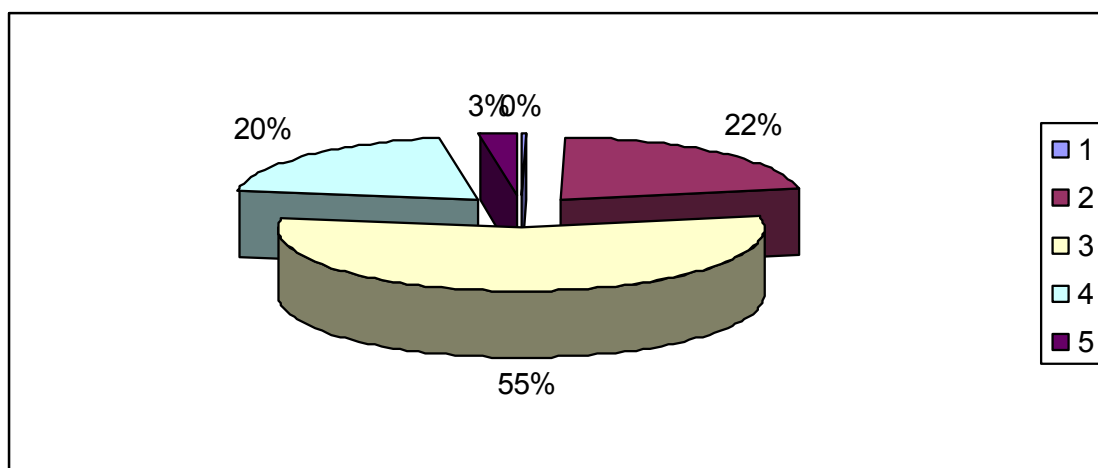


Рис. 6. Распределение детей-сирот по группам здоровья по результатам диспансеризации 2009 года (n=6219), %

1 – 1 группа здоровья, 2 – 2 группа здоровья, 3 – 3 группа здоровья, 4 – 4 группа здоровья, 5 – 5 группа здоровья

Согласно диспансеризации большинство детей-сирот имели 3- 4 группу здоровья, только 0,26% детей имели 1 группу, а 2,5% - 5 группу здоровья (рис. 6).

Таким образом, в Пермском крае в настоящее время большинство детей-сирот и ДОПР, проживает в СФУ. При этом ежегодной углубленной диспансеризации подвергаются только сироты, проживающие в коллективных формах устройства (детском доме, доме ребенка, школах-интернатах).

Диспансеризация недостаточно полно отражает особенности их здоровья, особенно в отношении ФР и НПР, что выражается в расхождении общероссийских и пермских данных.

ГЛАВА 4

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ, И МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЗАМЕЩАЮЩИХ РОДИТЕЛЕЙ

4.1. Медико-социальные факторы, влияющие на здоровье детей, лишенных родительской опеки

Для изучения особенностей анамнеза жизни дети 7 лет и подростки из замещающих семей и детского дома, были объединены в одну группу, поскольку изначально они представляли одну категорию детей. Для сравнения некоторых данных изучен анамнез детей и подростков из биологических семей.

Сбор данных оказался весьма затруднительным из-за дефицита информации у 61,3% детей, включенных в исследование. Это связано с отсутствием у части детей индивидуальных историй развития, неполных обрывочных сведений в имеющейся медицинской документации, асоциальным поведением биологических матерей сирот, которые не состояли на учете по беременности в женской консультации, не посещали или посещали нерегулярно с ребёнком участкового педиатра. Вследствие этого у детей-сирот не удалось полно изучить перинатальный анамнез, предшествовавшие нашему исследованию данные физического, биологического и нервно-психического развития.

Анализ причин сиротства (рис. 7) показал, что наиболее частой причиной сиротства являлось лишение биологических родителей родительских прав (68,8%), т.е. большинство воспитанников замещающих семей и детского дома - социальные сироты, попавшие в семейные и закрытые формы устройства при живых родителях, которые в результате асоциального образа жизни (алкоголизм, наркомания, нахождение в местах лишения свободы, бродяжничество, жестокое

обращение с детьми) или наличия психического заболевания признаны были судом неспособными воспитывать собственного ребенка. Только четверть детей (24,2%), включенных в исследование, являлись истинными сиротами из-за смерти обоих или единственного родителя; 7% оказались сиротами из-за отказа матери и других биологических родственников от них сразу после рождения.

Причины сиротства сопоставимы с цифрами, которые приводят исследователи из Москвы, Екатеринбурга, Перми, Владивостока, изучающие проблемы детей-сирот.

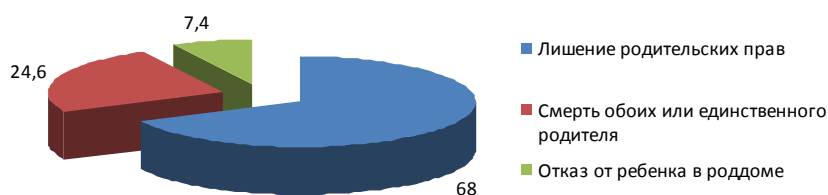


Рис.7. Причины сиротства обследованных детей, %

Из имеющихся в документах сведений удалось выяснить, что биологические родители сирот были городскими жителями в 54% случаев, сельскими – в 46%, проживали в частном доме 49%, в собственной или съемной квартире – 39%, в общежитии – 12%. Большая часть детей родилась в полных семьях (77,1%), из них многодетных с числом детей от 3 до 8 было 37%, семей с двумя детьми – 14,3%, с одним ребенком - 48,6%.

На диспансерном учете по беременности состояло только 18% женщин, в отличие от детей из биологических семей, все матери которых наблюдались во время беременности ($p=0,001$). Акушерский анамнез отражен на рис. 8.

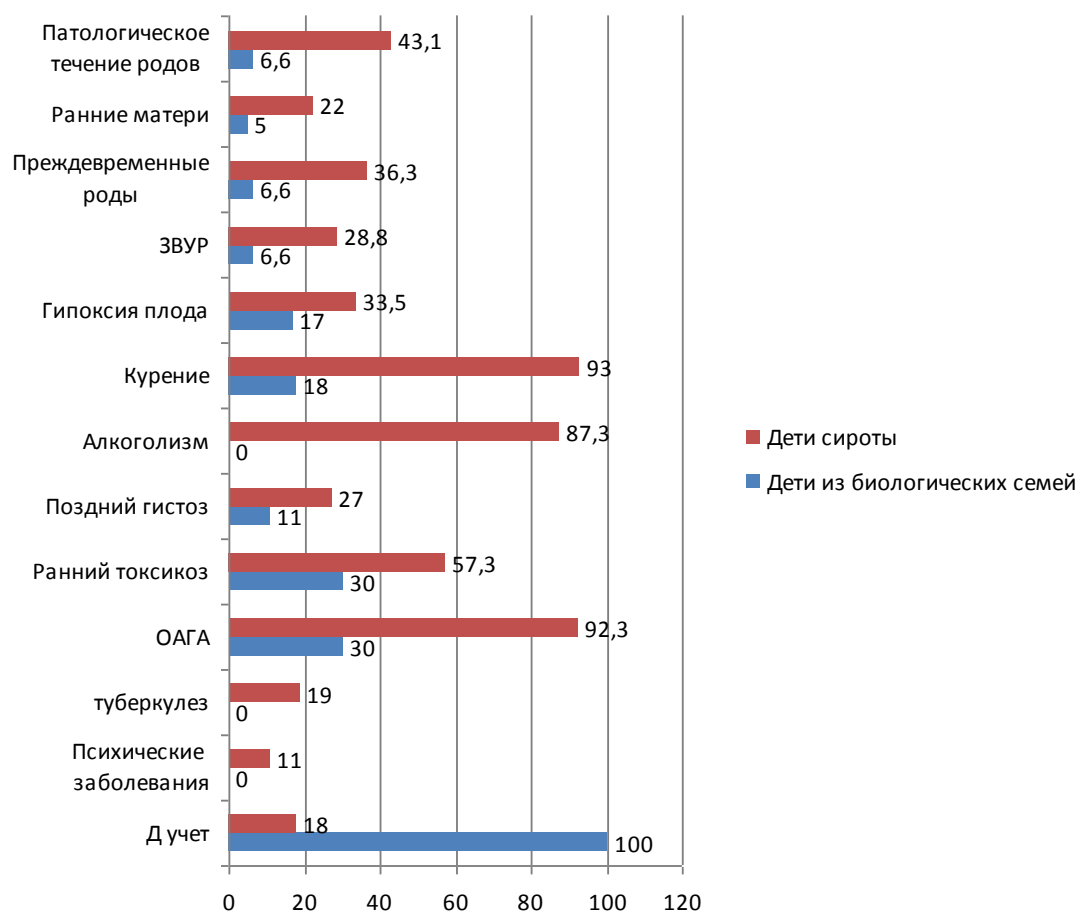


Рис. 8. Акушерский анамнез биологических матерей детей-сирот (n=57) и матерей детей из биологических семей (n=30), %

Среди детей-сирот преобладали дети, рожденные от третьей и последующей беременности. Обращает внимание высокая распространённость у матерей сирот психических заболеваний, туберкулеза при полном отсутствии этих болезней у матерей из биологических семей. 92,3% биологических матерей детей первой группы в отличие от матерей из биологических семей (30%) имели отягощенный акушерский анамнез ($p=0,001$), из них половина женщин во время беременности страдала ранним гестозом, 25% перенесли поздний гестоз, столько же (27,0%) – угрозу прерывания беременности. Подавляющее большинство матерей детей из детского дома и замещающих семей во время беременности вели асоциальный образ жизни (курили, употребляли алкогольные напитки и наркотические вещества, не состояли на учете по беременности, характеризовались половой распущенностью), что не характерно для матерей из биологических семей.

Юными первородящими среди матерей детей-сирот воспитанников замещающих семей были 22% против 5% в биологических семьях. Преждевременно рождены 36,3% детей-сирот и только 6,6% детей из биологических семей. С задержкой внутриутробного развития родилось 28,8% детей-сирот и лишь 6,6% детей второй группы. Патологическое течение родов (оперативные роды, слабость и дискоординация родовой деятельности, стремительные роды) наблюдалось у каждой второй матери (43,1%) детей-сирот, при 6,6% у матерей детей из биологических семей ($p=0,001$). С массой менее 2500 г родился 31% детей-сирот и 8% детей из биологических семей, с массой более 4000 г новорожденных не было. Достоверных различий по массе тела и росте при рождении между группами не выявлено.

Реанимационные мероприятия (рис. 9) в родовом зале проводились 36,5% детей-сирот и только 12,7% детей из биологических семей ($p=0,038$). Достоверно чаще в периоде новорожденности у детей-сирот в отличие от детей из биологических семей встречались: признаки перинатального поражения ЦНС (соответственно 93,2% и 20,0%, $p=0,001$), врожденные пороки развития (гипоспадия, крипторхизм, дополнительный сосок, грыжа белой линии живота, врожденный порок сердца, полидактилия, диафрагмальная грыжа) (соответственно 29,2% и 3,3%, $p=0,001$); перинатальный контакт по вирусному гепатиту В и С, ВИЧ-инфекции (соответственно 33,3% и 3,3%, $p=0,009$).

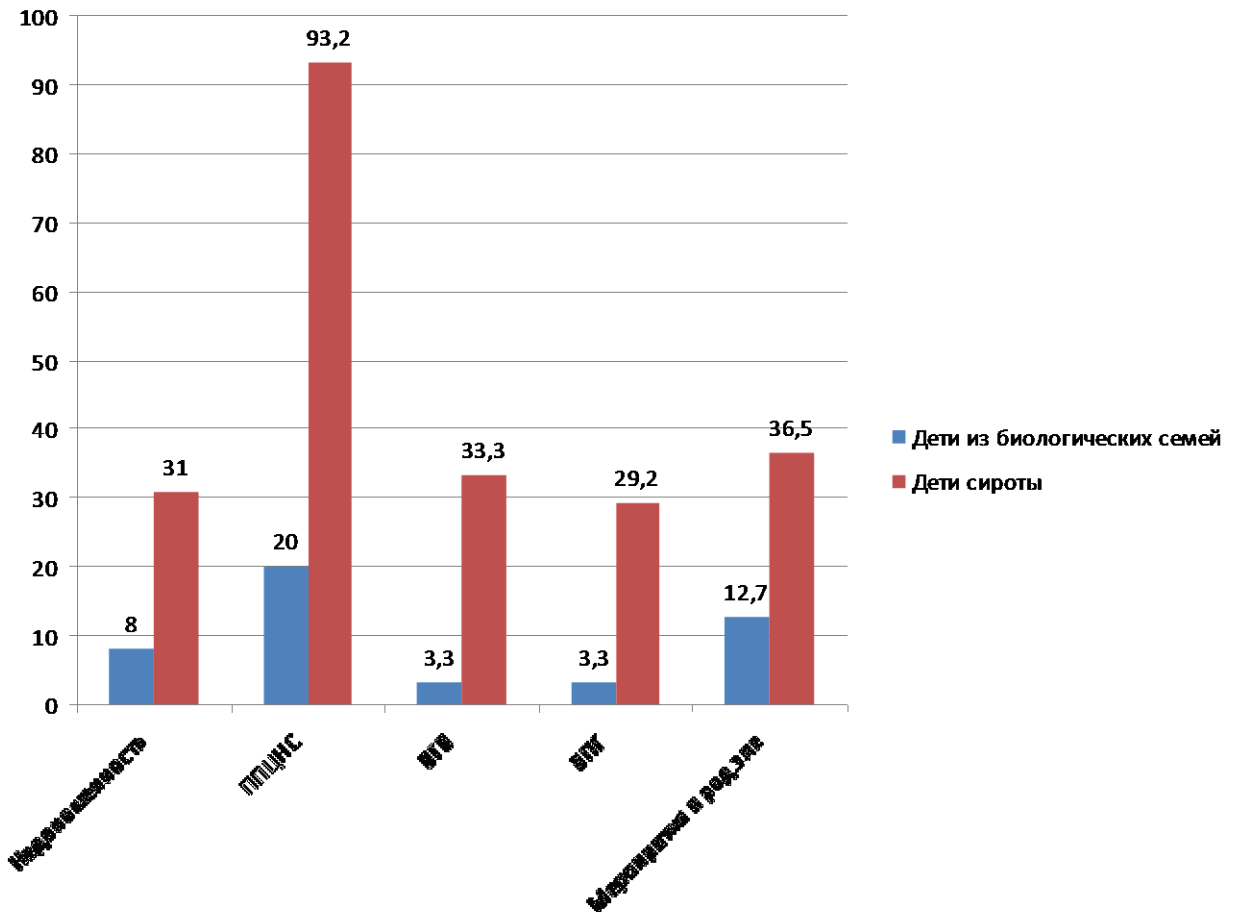


Рис. 9. Особенности течения периода новорожденности у детей-сирот ($n=123$) и детей из биологических семей ($n=70$), %

Среди перенесенных заболеваний у детей-сирот до поступления в ДД и ЗС, чаще всего встречались инфекционные и паразитарные заболевания (92%), болезни костно-мышечной системы (88%) - плоскостопие, сколиоз, остеохондропатии различной локализации, болезни крови и кроветворных органов (72%) - железодефицитная анемия, болезни ЛОР-органов (56%) - хронический тонзиллит, синусит, острый отит, болезни нервной системы с когнитивными расстройствами (76%) - задержка психоречевого развития, парциальный когнитивный дефицит, дизартрия, дислалия, аномалии и пороки развития (45%) - гипоспадия, пупочная грыжа, короткая шея, полидактилия и другие. Треть детей-сирот (28%) имели в анамнезе документально зарегистрированные эпизоды травм различного происхождения, в том числе термические ожоги – 8%, черепно-мозговые травмы (8%), переломы конечностей

(6%), отравления медикаментозными препаратами или бытовыми веществами (6%). В БС травмы перенесли только 6% детей.

До поступления ребенка из асоциальной семьи под наблюдение органов опеки и попечительства, согласно имеющейся документации, на каждого из включенных в наше исследование детей приходилось 1,5 заболевания, после проведенного углубленного обследования это число увеличилось в 2 раза и составило 3,08 заболеваний. Ранее у большинства детей не были диагностированы такие социально важные заболевания, как психические расстройства, болезни нервной системы, болезни эндокринной системы. Так, установленный диагноз психического расстройства на момент поступления в ДД имели только 8% детей, а после обследования психиатром – 57%. Несмотря на наличие показаний к хирургическому лечению по поводу пороков развития (гипоспадия, пупочная грыжа), никто из детей до поступления в ДД или ЗС не был прооперирован. В течение первого года после помещения в детский дом или замещающую семью всем детям, нуждавшимся в оперативном лечении, оно было проведено.

Таким образом, анализ документации детей из ЗС и ДД показал, что ведущей причиной сиротства является асоциальный образ жизни родителей. Все дети, поступающие на воспитание в ЗС и детские учреждения закрытого типа, имеют высокую степень отягощенности анамнеза, что является основной причиной отклонений в состоянии их здоровья и развития.

4.2. Социальный портрет и некоторые аспекты медицинского обслуживания воспитанников замещающих семей

Проведено анкетирование 52 законных представителей воспитанников ЗС для выявления условий проживания, социальных характеристик, качества жизни и удовлетворенности медицинским обслуживанием. Для сравнения сопоставимых показателей, характеризующих различные стороны жизни семей, опрошено 30 родителей детей, проживающих в биологических семьях.

Средний возраст попадания в ЗС 7-летних детей составил $3,0 \pm 1,4$ лет (от 0 до 5 лет), подростков – $7,7 \pm 1,3$ года (от 0 до 11 лет).

Таблица 2

Социальная характеристика семьи в зависимости от ее типа
(замещающая, биологическая)

Параметры социального анамнеза	Замещающие семьи (n=52)		Биологические семьи (n=30)		Достоверность различий, р
	абс	%	абс	%	
Многодетная семья, %	19	37,4	4	12,5	0,031
Возраст матерей, лет					
до 30 лет	2	3,9	13	43,4	0,001
от 31 до 40	5	9,6	13	43,4	0,001
от 41 до 50	20	38,5	4	13,4	0,024
от 51 до 60	23	44,2	0	0	0,001
старше 61	2	3,8	0	0	0,906
Средний возраст матерей, (M±m)	47,8±1,4		32,7±0,7		0,001
Образование матерей:					
полное (неполное) среднее	6	11,5	0	0	0,123
среднее профессиональное	41	78,8	20	66,7	0,348
высшее	5	9,7	10	33,3	0,015
Жилищно-бытовые условия					
дом	35	67,3	2	6,7	0,001
квартира	17	32,7	24	80,0	0,001
общежитие	0	0	4	13,3	0,046

Воспитанники ЗС (табл. 2) достоверно чаще проживали в многодетных семьях; средний возраст ЗП воспитанника ЗС составил $47,8 \pm 1,4$ лет, БС - $32,7 \pm 0,7$ лет, т.е. родители ребенка в ЗС старше, чем в биологической, на 15,1 лет, при этом подавляющее большинство родителей в ЗС находилось в возрастной категории от 40 до 60 лет, а в БС – от 25 до 40, что не может не сказываться на воспитательных принципах, которых придерживаются родители как представители разных поколений. В биологических семьях достоверно больше родителей имели высшее образование. При этом следует отметить, что в 67,3% ЗС проживало в частных домах, в то время как в БС в частных домах проживало только 6,7% семей.

Изучение мотивации взятия ребенка на воспитание в семью (рис. 10)

показало, что в большинстве случаев решающим обстоятельством для создания ОС послужила родственная связь по отношению к ребенку (45,7%), треть замещающих родителей указала, что причиной взятия ребенка в семью стал «синдром опустевшего гнезда» (28,5%) и столько же (31,4%) - желание помочь сироте; 5,7% в качестве ведущей причины указали желание иметь больше детей, 2,8% - из-за отсутствия собственного ребенка и столько же (2,8%) – из-за желания поправить финансовое положение. Обращает внимание, что 58% опрошенных встретили непонимание со стороны близкого окружения и общества в целом в связи с созданием ЗС.

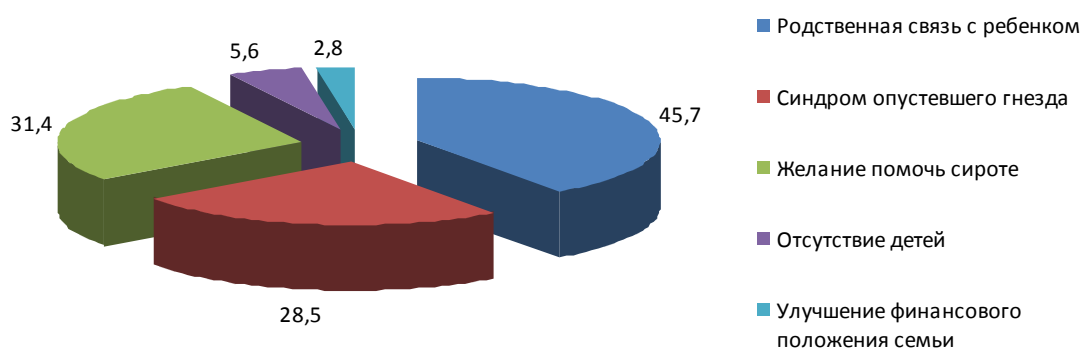


Рис. 10. Мотивация создания замещающей семьи по данным опроса замещающих родителей, %

Известно, что в первые месяцы нахождения ребенка в семье приемные родители/опекуны и воспитанник испытывают стрессовое состояние. Затрудняют период адаптации особенности поведенческих стереотипов детей, состояние здоровья, наличие вредных привычек. Анкетирование показало, что 37,1% ЗП испытывали трудности в первые месяцы жизни ребенка в семье в связи с проблемами со здоровьем воспитанника. Половина (48,3%) опрошенных сообщила, что их воспитанники в момент поступления в семью страдали энурезом или энкопрезом, что было для приемных

родителей/опекунов психологически стрессовой ситуацией (36,7%) с одной стороны, а с другой - причиной растерянности, поскольку они (27,2%) «не знали, что это медицинская проблема, а не проблема невежества ребенка». Вследствие дефицита информации 36% приемных родителей/опекунов не обращались за помощью к врачу или психологу и пытались справиться с ситуацией самостоятельно. В числе других причин, приведших к увеличению периода адаптации ребенка и ПР, были указаны следующие: неумение себя обслуживать (25,7%), неадекватное поведение ребенка (20,0%), нежелание идти на контакт с приемным родителем (11,4%); только 5,7% родителей указали, что не испытывали проблем с ребенком при его поступлении в замещающую семью.

При осуществлении своих прав и обязанностей опекуны и ПР имеют право на оказание им содействия в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи. Условия и порядок оказания содействия в предоставлении указанной помощи определяются законодательством Российской Федерации о социальном обслуживании (часть 7 введена Федеральным законом от 02.07.2013 N 167-ФЗ). По мнению 65% опрошенных ЗР наибольшую поддержку они получали от специалистов Центра сопровождения опекаемых; 16,6% - от сотрудников образовательного учреждения, в котором учится ребенок; 13,3% - от сотрудников медицинского учреждения, к которому прикреплен ребенок; 6,6% прибегали к спонсорской помощи (депутатов разных уровней, бизнесменов) и столько же (6,6%) не получали никакой поддержки.

ПР было предложено провести балльную оценку медицинского сопровождения их воспитанников (рис. 11) (5 баллов – максимальная оценка, 0 баллов – минимальная оценка). Только 9,5% опрошенных оценили эту помощь на 5 баллов («отлично»); никто не дал оценку в 4 балла («хорошо»); на 3 балла («удовлетворительно») оценили 14,3% опрошенных; на 2 балла («неудовлетворительно») – 19,0%; на 1 балл («крайне неудовлетворительно») – 28,6%; на 0 баллов («полное отсутствие помощи») – 42,9%.

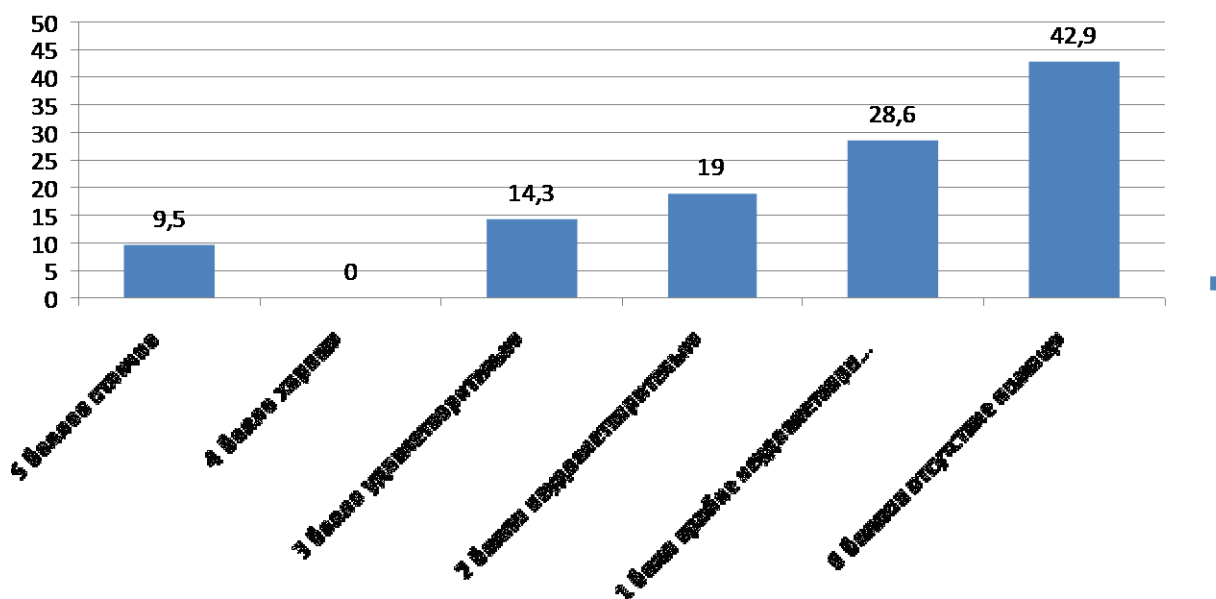


Рис. 11 Балльная оценка качества медицинской помощи замещающими родителями, %

Кроме балльной оценки была изучена удовлетворенность ЗР качеством медицинского сопровождения (рис. 12). Выявлено, что только 25,7% из них были удовлетворены объемом оказываемой помощи, а 74,3% испытывали недостаток такой помощи, из них 48,6% указали на недостаточное медицинское обслуживание; 28,6% - недостаточное финансирование для обеспечения нужд ребенка; 17,2% испытывали недостаток психологической и социальной помощи.

Таким образом, подавляющее большинство опрошенных ЗП воспитанников ЗС не удовлетворено качеством медицинского обслуживания. При этом большинство из них (89,0%) как в момент приема ребенка в семью, так и спустя годы, испытывают не только дефицит информации о состоянии здоровья ребёнка и мерах его реабилитации, но и дефицит возможностей полноценного обследования и лечения детей.

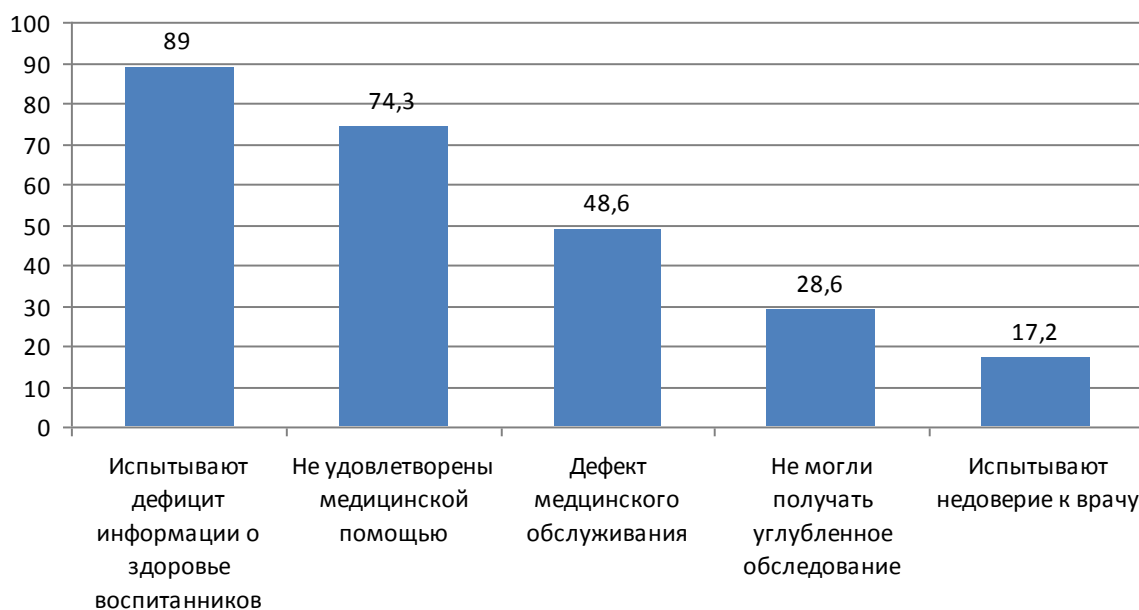


Рис. 12. Удовлетворенность замещающих родителей качеством медицинского сопровождения воспитанников, %

Результаты проведенного объективного обследования детей показали, что на каждого воспитанника ЗС приходилось по $3,9 \pm 0,48$ хронических заболеваний, включая врожденную патологию, в то время как, по осведомленности родителей, эта цифра составила только $0,8 \pm 0,2$. Так, 49% воспитанников ЗС страдали заболеваниями нервной системы, а по результатам опроса только 15% родителей знали об этом. Такая же закономерность наблюдалась по всем группам хронических заболеваний. В то же время БР продемонстрировали высокую осведомленность о состоянии здоровья своих детей: при объективном обследовании аллергические заболевания выявлены у 28,3% детей из БС, в анкетах на наличие этой патологии указали 25,0% опрошенных. Несмотря на большую распространенность у воспитанников ЗС (78%) хронической патологии только 21% из них, по словам родителей, были обследованы по поводу хронического заболевания.

Следует отметить, что в отличие от БР (7,7%) большинство ПР и ОП (60%) с высокой достоверностью ($p=0,000$) чаще жаловались на наличие у

детей психоневрологической симптоматики (частые колебания настроения, двигательная расторможенность, навязчивые привычки и патологические навыки, нарушения сна).

Изучены мероприятия, проводимые семьями в летний период для оздоровления детей. Только 14,3% детей из ЗС получали лечение в санатории, 25,7% детей летом были госпитализированы в стационар для углубленного обследования и лечения, а 60% родителей пожаловались на полное отсутствие оздоровительных мероприятий. При этом подавляющее большинство (97%) ЗР отметили, что не имеют возможности без поддержки государства обеспечить ребенка отдыхом в санатории, летнем оздоровительном лагере или «на море». Для сравнения: охват детей из БС оздоровительными мероприятиями летом составил 72%, из них: 52% детей отдыхали в местных летних оздоровительных лагерях, 28% - выезжали в страны с морским климатом, 20% - оздоравливались в санаториях. В анкетах 78,3% ЗР указали на необходимость обеспечения доступности санаторно-курортного лечения воспитанников; 39% отметили необходимость выдачи бесплатных лекарств; 30,4% считают, что их ребенку требуется углубленное обследование; 9% хотели бы наблюдаться другим педиатром.

Одним из аргументов в пользу воспитания детей в СФУ является потребность ребёнка в наличии психологически значимого близкого человека. В БС такими людьми выступают родители, и прежде всего, матери. Дети-сироты и ДОПР, поступая в ЗС на воспитание, оказываются в среде, призванной обеспечить их гармоничный рост и развитие. По мнению родителей, дружеские и доброжелательные отношения с ребенком установили 94,3%; остальные охарактеризовали свои отношения как не очень близкие и ровные. В БС субъективная оценка взаимоотношений пары «ребенок-родитель» достоверно не отличались от таковой в ЗС: 88,8% родителей оценили свои отношения с детьми на 4 и 5 баллов; остальные (11,2%) – на 3 балла. Семьям, где растет двое и более детей, также было предложено дать оценку взаимоотношений пары «ребенок – ребенок». В ЗС

96% родителей оценили отношения между детьми как «отличные» и «хорошие», а 4% как «удовлетворительные», в БС все родители дали отличную и хорошую оценку взаимоотношениям детей.

Выявлено, что 40% воспитанников продолжают общаться с БР; 13% детей склонны их идеализировать; 16,7% - затаили на них обиду. Показательным является то, что 81,3% воспитанников замещающих семей называют приемных родителей/опекунов «мама» и «папа».

На вопрос о том, как за время пребывания в семье изменилось поведение ребенка, 48,6% опрошенных ответили, что поведение ребенка стало более адекватным и ровным; 45,7% указали на улучшение эмоционального состояния и настроения; 40% отметили повышение школьной успеваемости; 34,3% заметили улучшение состояния здоровья детей; 28,6% не заметили никаких сдвигов.

Таким образом, 56,6% детей-сирот и ДОПР, проживают в ОС с кровными родственниками, чаще с бабушкой или дедушкой. ПС чаще являются многодетными с числом детей от 3 до 8. Четверть ЗС являются неполными. Средний возраст ЗР составляет $47,8 \pm 1,4$ лет. Лидирующими мотивами взятия сироты на воспитание в семью является наличие родственной связи по отношению к нему и «синдром опустевшего гнезда». Большинство приемных родителей и опекунов на начальном этапе создания ЗС сталкиваются с проблемами здоровья и отклонениями в поведении воспитанников. ЗР не удовлетворены качеством медицинского сопровождения детей; они испытывают дефицит информации об особенностях развития, состоянии здоровья и методах реабилитации детей. При этом большинство ЗР предъявляют жалобы на наличие у детей психоневрологических проблем. По мнению ОП и ЗР, помещение ребенка в семейные условия положительно влияет на его развитие и здоровье, поведение и эмоциональный фон. В замещающих семьях условия, созданные для детей, можно назвать приближенными к условиям проживания в биологических (домашних) семьях среднего и невысокого уровня достатка.

Система медицинского обслуживания этого контингента детей нуждается в доработке и обоснованном внедрении новых методик наблюдения и оказании комплексной и доступной медицинской помощи. Ребенок, находящийся в ЗС, и его ЗП нуждаются не только в повышенном внимании социальных педагогов, психологов, но и врачей.

.

ГЛАВА 5

РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ УСЛОВИЯХ, В ДИНАМИКЕ ОБУЧЕНИЯ С 1 ПО 3 КЛАСС

5.1. Динамика физического развития

В период начала обучения в школе ребенок адаптируется к новым условиям: смене деятельности, режима дня, питания, нагрузке. В этот период часто происходит срыв адаптационных возможностей организма ребенка. Нередко повышается острая заболеваемость, манифестируют хронические болезни. В связи с этим актуально изучение развития и здоровья младших школьников, в особенности в связи с условиями проживания ребенка.

Изучено ФР детей в возрасте 7-9 лет из ЗС, ДД и БС в динамике с 1 по 3 класс. В первый год обследования количество детей, имеющих нормальное ФР, было примерно одинаковым во всех группах, а к третьему классу в ЗС число детей с нормальным ФР увеличилось на 9,3% (81,1%→83,3%→90,4%); в ДД динамики почти не отмечалось (83,7%→84,2%→83,3%); в БС произошло снижение числа детей с нормальным ФР на 7,4% (82,4%→77,0%→75,0%).

Структура отклонений в ФР в ЗС была представлена следующим образом (рис.13): дети с дефицитом массы тела в динамике наблюдения с 1 по 3 классы составили 5,4% → 6,7% → 4,8%; дети с избытком массы тела – соответственно 8,1% → 3,3% → 0%; дети с низким ростом (2,7%) были выявлены только в первый год наблюдения; дети с высоким ростом – соответственно – 2,7% → 6,7% → 4,8%.

Воспитанники ДД имели отличную от детей из замещающих и биологических семей структуру отклонений в ФР за счет широкой распространенности среди них низкого роста, который имел тенденцию к увеличению к 3 году наблюдения с 11,1% до 16,7%. Детей с отклонением в виде высокого роста и дефицита массы тела не было; только в первый год наблюдения было выявлено 5,2% детей с избытком массы тела (рис.14).

Среди обследованных детей из БС к 3 году наблюдения стало в 3 раза больше детей с избытком массы тела (3,8% → 6,9% → 13,8%) и в 1,5 раза больше – с высоким ростом (6,9% → 9,2% → 11,2%). В первый и второй год наблюдения 6,9% детей имели дефицит массы тела, который к 3 году наблюдения был ликвидирован, детей с низкорослостью не было (рис.15).

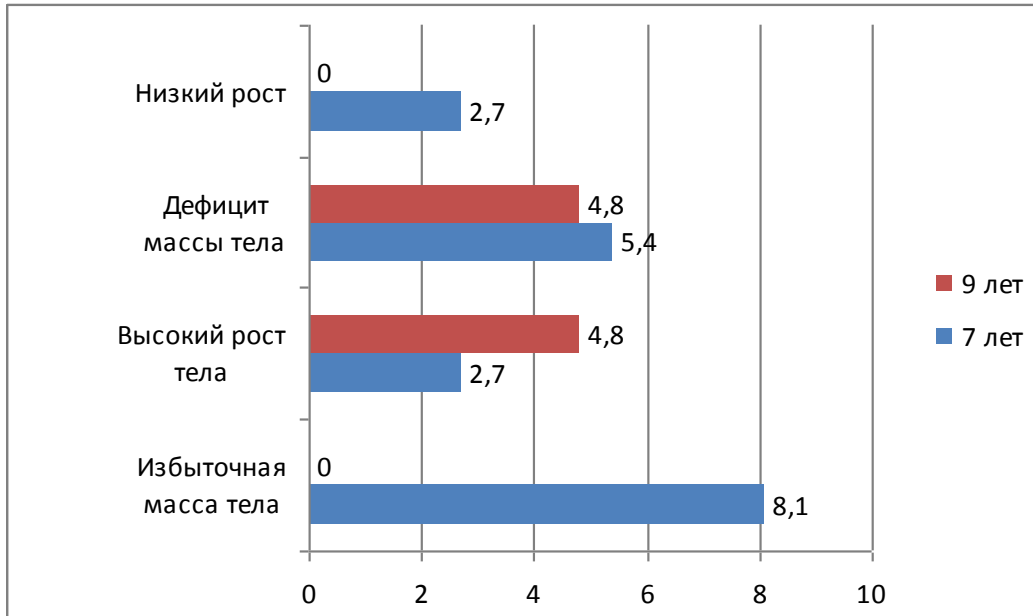


Рис 13. Динамика отклонений в физическом развитии у детей из замещающих семей в 7 и 9 лет, %

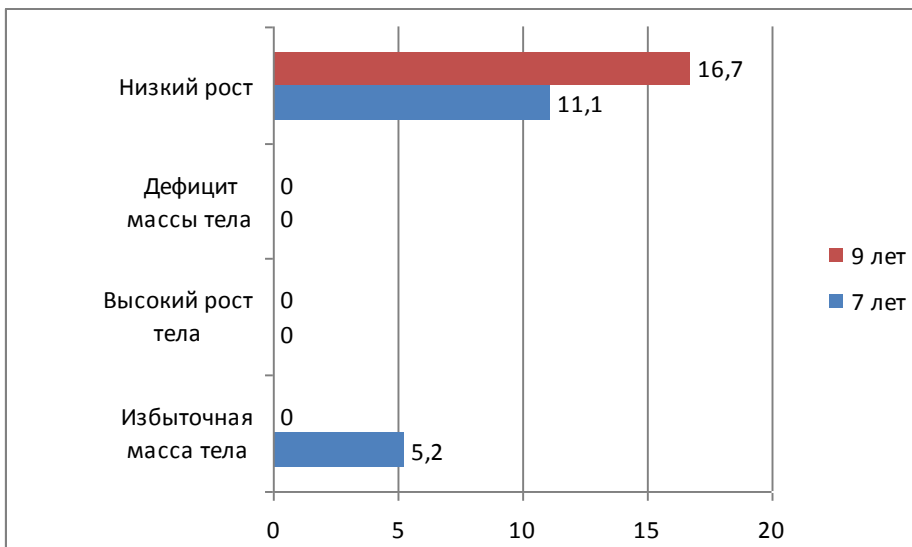


Рис 14. Динамика отклонений в физическом развитии у детей из детского дома в 7 и 9 лет, %

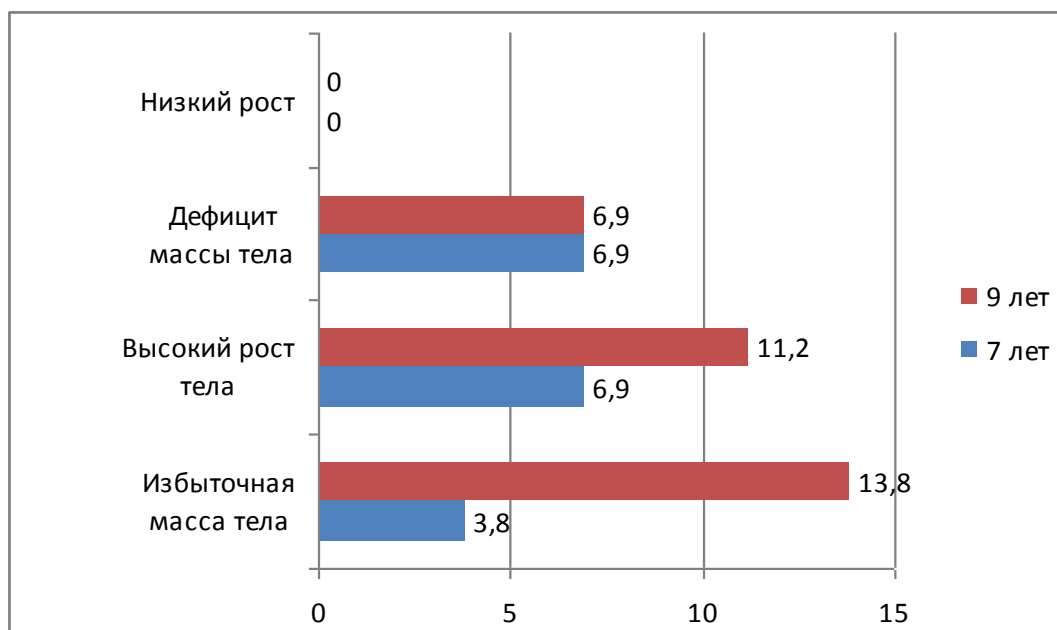


Рис 15. Динамика числа отклонений в физическом развитии у детей из биологических семей в 7 и 9 лет, %

Важно отметить, что среди воспитанников ДД, с нормальным ФР, на протяжении всего периода наблюдения, было достоверно больше детей обоего пола с дисгармоничным развитием (от 37,5% до 46,7%), чем среди их сверстников из замещающих и биологических семей (от 11,2% до 17,6%) ($p < 0,005$), и если в ДД с каждым годом увеличивалось число детей с дисгармоничным развитием, то в семьях наблюдалась обратная тенденция. Мальчики и девочки из ЗС, независимо от возраста всегда занимали по росту промежуточную позицию между сверстниками из БС и ДД (рис. 16, рис. 17).

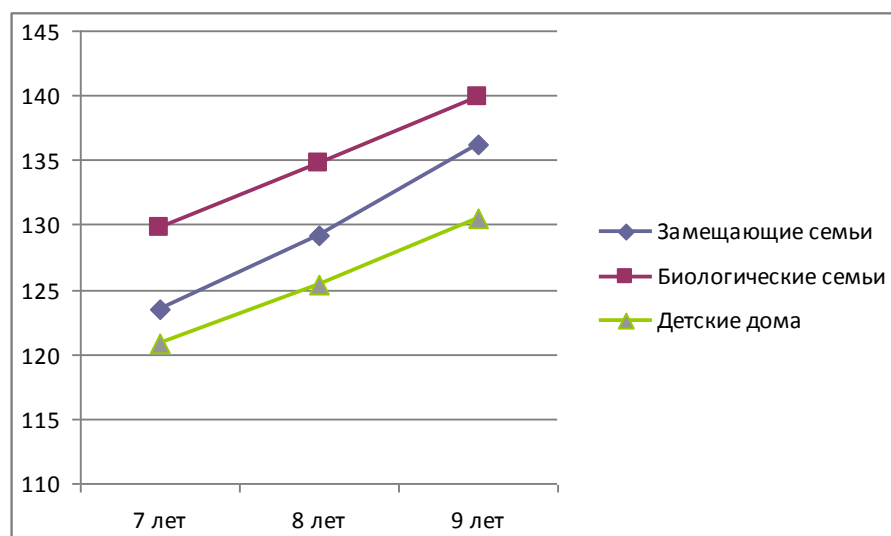


Рис. 16. Динамика среднего роста мальчиков за возрастной период с 7 до 9 лет, см

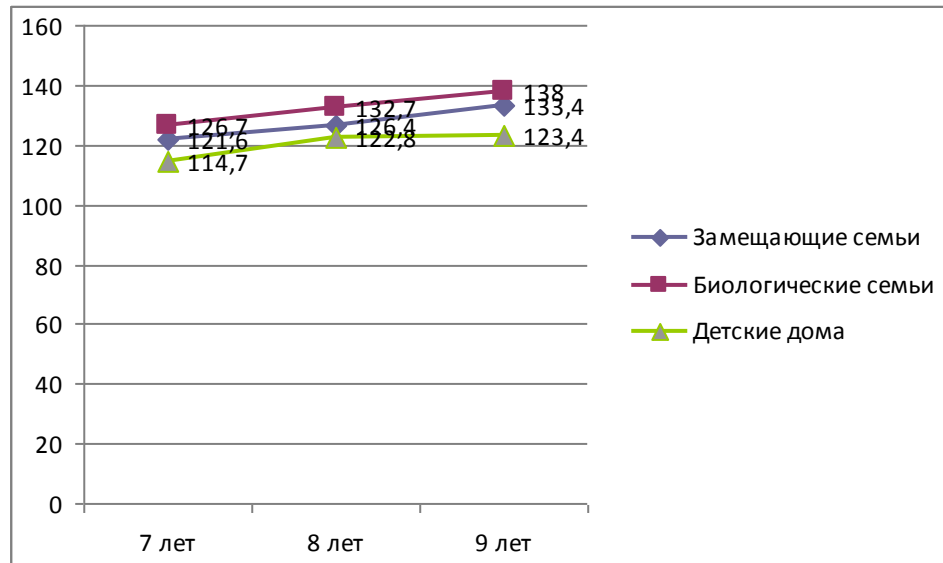


Рис. 17. Динамика среднего роста девочек за возрастной период с 7 до 9 лет, см

В 7-летнем возрасте разница в росте среди сверстников из разных условий проживания всегда была достоверной ($p < 0,017$). Средний рост 7-летнего мальчика из ЗС составлял $123,4 \pm 0,4$ см, из ДД – $120,8 \pm 0,7$ см, из БС – $129,8 \pm 0,4$ см, что может свидетельствовать о запаздывании у них наступления периода первого вытяжения. Средний рост 7-летней девочки из ЗС составлял $121,5 \pm 0,5$ см, из БС – $126,7 \pm 0,5$ см, из ДД – 114,7 см.

Семилетние мальчики из ЗС были ниже сверстников из БС в среднем на 6 см, а девочки - на 5 см. К 9-летнему возрасту разница в росте между мальчиками из замещающих семей и биологических семей сократилась до 3 см, а между девочками осталась неизменной и составляла 5 см. Таким образом, с увеличением срока пребывания в ЗС у воспитанников мужского пола разница в росте по сравнению со сверстниками из БС становилась менее заметной, а у воспитанниц женского пола такой тенденции не выявлено.

Ежегодные прибавки в росте не имели достоверных различий, лишь в период с 8 до 9 лет воспитанники ЗС имели достоверно более высокие прибавки в росте по сравнению со сверстниками из ДД и даже БС ($p \leq 0,05$):

например, мальчики из ЗС выросли в этот период в среднем на $8,4 \pm 0,9$ см, из ДД - на $4,6 \pm 1,4$ см, из БС – на $4,4 \pm 0,6$ см ($p \leq 0,05$). Такая же тенденция наблюдается и у воспитанниц ЗС в сравнении с девочками из ДД и БС. Данное явление можно объяснить сдвигом периода первого вытяжения и «феноменом роста вдогонку» в ответ на помещение ребёнка в семейные условия. О таком же явлении в своих исследованиях упоминают Рассказова и Бородулина и делают предположение, что большие прибавки в росте у воспитанников ЗС связаны с запаздыванием периода первого вытяжения.

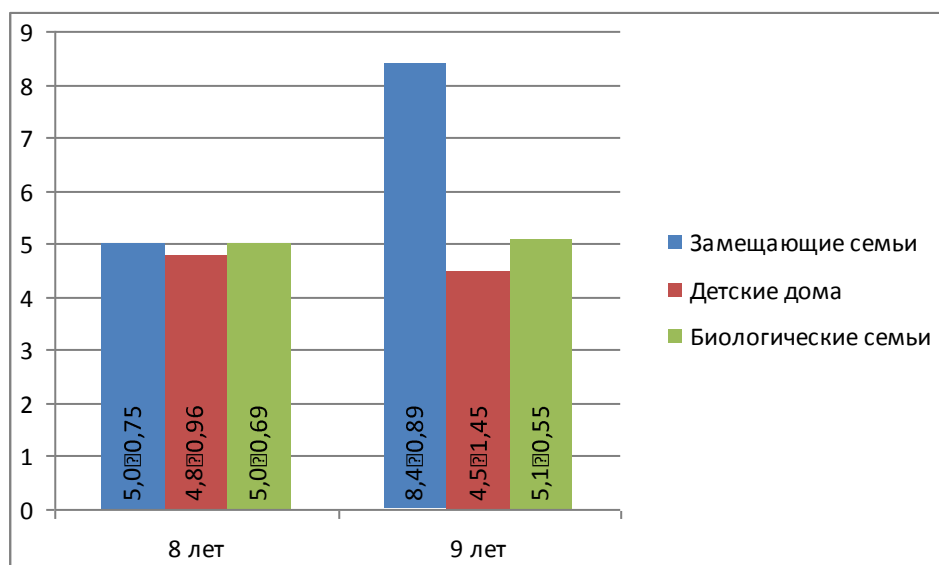


Рис. 18. Динамика прибавок в росте у 8 и 9-летних мальчиков, см

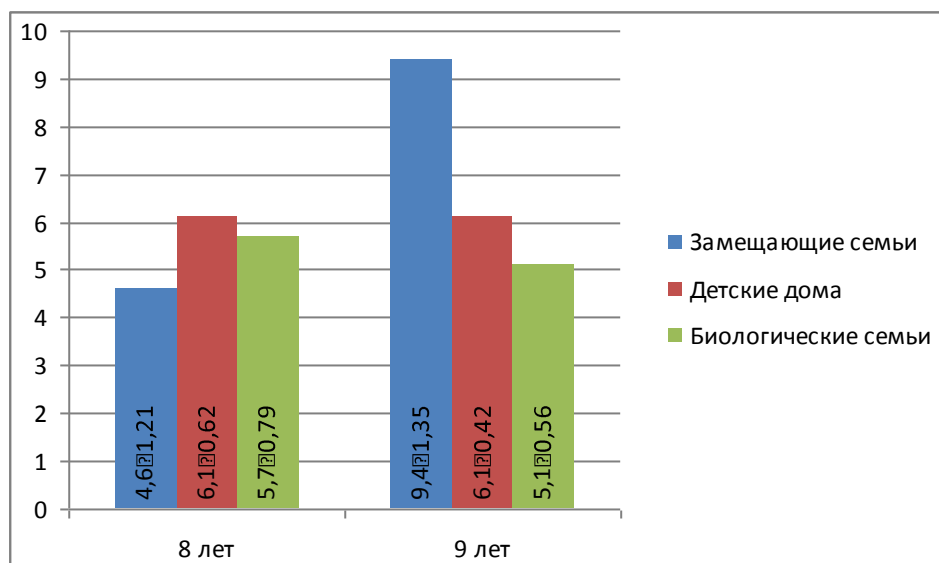


Рис. 19 Динамика прибавок в росте у 8 и 9-летних девочек, см

Сопоставление массы тела мальчиков показало, что в 7 и 9 лет воспитанники ЗС и ДД имели более низкую массу, чем их сверстники из БС. Так, средняя масса 7-летнего воспитанника ЗС составляла $24,1 \pm 1,0$ кг, из ДД – $23,9 \pm 0,7$ кг, из БС – $27,4 \pm 1,0$. Прибавки массы тела у мальчиков из ЗС составили за период с 7 до 8 лет – $2,6 \pm 1,6$ кг, с 8 до 9 лет – $3,8 \pm 0,9$ кг, у мальчиков из ДД – соответственно $2,2 \pm 0,7$ кг и $3,0 \pm 0,9$ кг; из БС – $1,6 \pm 0,9$ кг и $5,0 \pm 1,0$ кг, т.е. у мальчиков из БС произошло резкое увеличение массы в возрасте с 8 до 9 лет.

Сопоставление массы тела девочек показало, что средняя масса тела девочек из БС во все годы наблюдения была достоверно выше, чем масса девочек из ЗС и ДД. В среднем девочка из ЗС в 7 лет имела массу на 3,8 кг меньше, чем девочка из БС, в 8 лет – на 2,0 кг, а в 9 лет – на 5,1 кг. Разница в массе между девочкой из ЗС и воспитанницей ДД составляла в 7 лет – около 2,0 кг, в 8 лет – 0,9 кг, в 9 лет – 3,5 кг, т.е. у девочек из БС тоже к 9 годам произошел скачок массы. Полученные данные свидетельствуют о более раннем начале пубертата у детей из БС

Проведенное исследование позволило выявить, что дети в возрасте 7 – 9 лет из разных условий проживания имеют разную структуру отклонений в ФР. Среди воспитанников ДД отклонения в ФР представлены в основном низкорослостью, среди детей из ЗС – дефицитом и избытком массы тела, среди детей из БС – высоким ростом и избытком массы тела. Установлена взаимосвязь условий проживания и роста ребенка. С увеличением срока проживания в ЗС становится больше детей с ростом, сопоставимым с ростом детей из БС. Дети из ДД достоверно чаще характеризуются дисгармоничным ФР, чем их сверстники из семей. Проживание в ЗС 2 и более лет способствует достоверно большим прибавкам в росте у мальчиков и девочек по сравнению с прибавками их сверстников из ДД и БС.

5.2 Динамика нервно-психического развития и личностного психологического статуса детей

Изучено нервно-психическое развитие детей, находившихся под наблюдением, с особым акцентом на динамику когнитивных процессов (внимание, памяти, мышление, речь) и личностный психологический статус в динамике обучения с 1 по 3 классы. Изучение уровня готовности первоклассников к школе, проведенное в сентябре, показало, что согласно тестам, характеризующим школьную зрелость, не готовыми к обучению в школе оказались 81% воспитанников ЗС и 79% воспитанников ДД против 48% детей из БС. Обследование детей во 2 классе показало, что в ЗС было 32% детей с низкой школьной мотивацией, в ДД – 29%, в БС таких детей не было вообще.

Изучение продуктивности внимания первоклассников показало (рис. 20), что 52% воспитанников ЗС и 42% детей из ДД имели низкий уровень продуктивности внимания в отличие от сверстников из БС (21%) ($<0,05$). К 3-му классу количество детей с высоким уровнем внимания (рис. 19) в ЗС выросло с 3 до 33% ($p=0,005$), в БС – с 3 до 45% ($p=0,000$), в то же время в ДД роста числа детей с высоким уровнем внимания не произошло (5% → 6%) ($p>0,05$) (рис. 21).

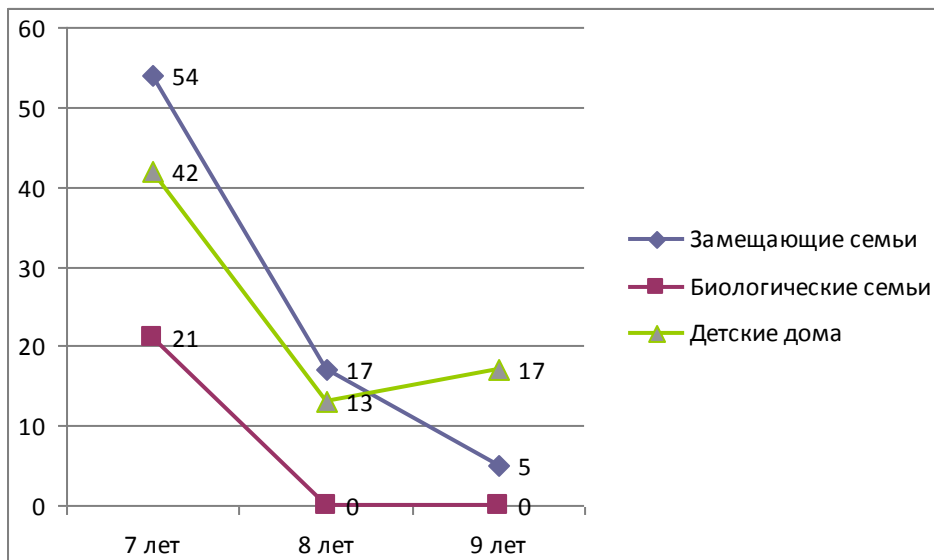


Рис. 20. Динамика количества детей с низким уровнем продуктивности внимания с 1 по 3 классы, %

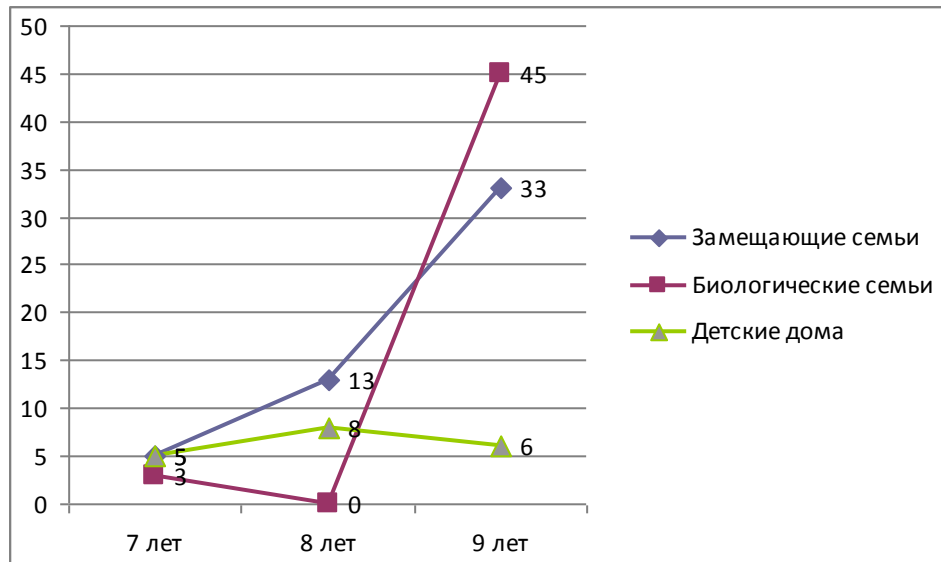


Рис. 21. Динамика количества детей с высоким уровнем внимания с 1 по 3 класс обучения, %

Для успешного обучения в младших классах ребёнку необходимо иметь высокий или средний уровень развития кратковременной и опосредованной памяти. В ЗС с 1 по 3 класс обучения стало достоверно больше детей с высоким уровнем кратковременной памяти (5%→69%, $p=0,001$) и достоверно меньше детей со средним (62%→31%, $p=0,046$) и низким уровнем (33%→0%, $p=0,009$) (рис.21 и 22). В ДД и БС также наблюдалось увеличение числа детей с высоким уровнем памяти.

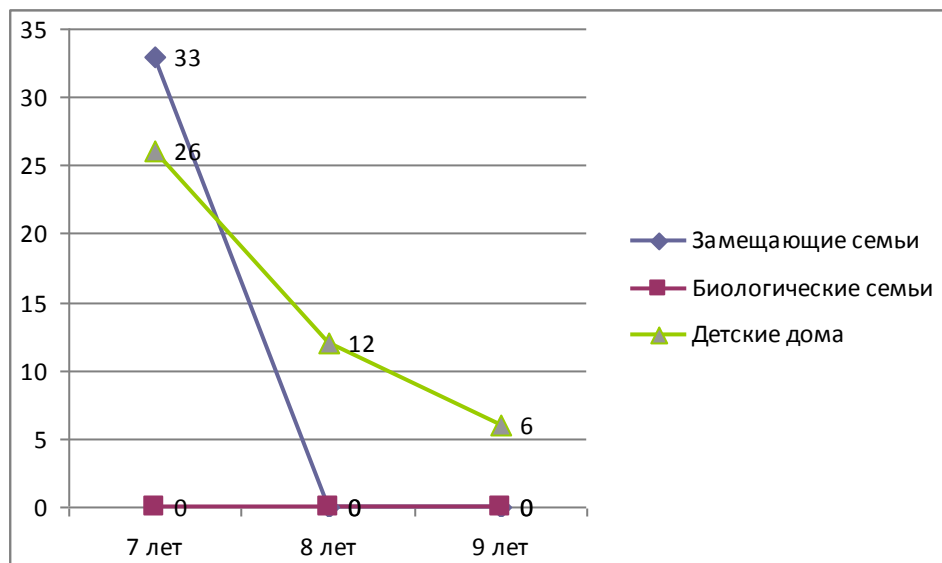


Рис. 22. Динамика количества детей с низким уровнем памяти с 1 по 3 класс обучения, %

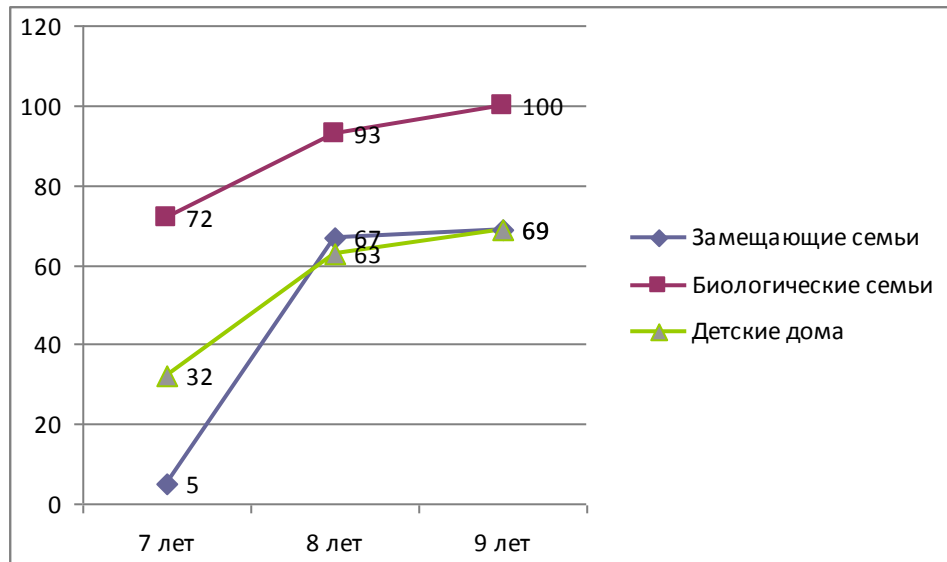


Рис. 23. Динамика изменения количества детей с высоким уровнем памяти с 1 по 3 класс обучения, %

Изучение уровня развития словесно-логического мышления у детей показало, что в 7 и 8 лет в БС было достоверно больше детей с высоким уровнем словесно-логического мышления (соответственно 76% и 80%), чем среди воспитанников ЗС (соответственно 41% и 47%) ($p=0,002$) и ДД (соответственно 26% и 33%) ($p=0,009$). К 9 годам достоверные различия по числу детей с высоким уровнем словесно-логического мышления между воспитанниками ЗС и БС ликвидировались, а у детей из ДД сохранились.

На протяжении всего наблюдения распределение детей в зависимости от уровня словесно-логического мышления внутри групп почти не менялось. Количество воспитанников ЗС, имеющих высокий и средний уровень словесно-логического мышления, было примерно равным и составляло от 38 до 57%, детей с низким уровнем было 3- 5%, при этом с увеличением срока нахождения в семье число детей с высоким уровнем мышления увеличивалось (41% → 57%) и соответственно уменьшалось количество детей со средним уровнем (56% → 38%). Среди 7-летних воспитанников ДД только 33% имели высокий уровень словесно-логического мышления, большинство детей (63%) продемонстрировало средний уровень. Следует отметить, что за время наблюдения с 1 по 3 класс среди воспитанников ДД на 6% снизилось число детей со средним уровнем мышления.

В БС подавляющее большинство детей (72 – 80%) имело высокий уровень мышления и лишь 28% характеризовалось средним уровнем, детей с низким уровнем не было. Оценка речи у детей школьного возраста состоит из двух компонентов: языкового (лингвистического) и психологического (личностного).

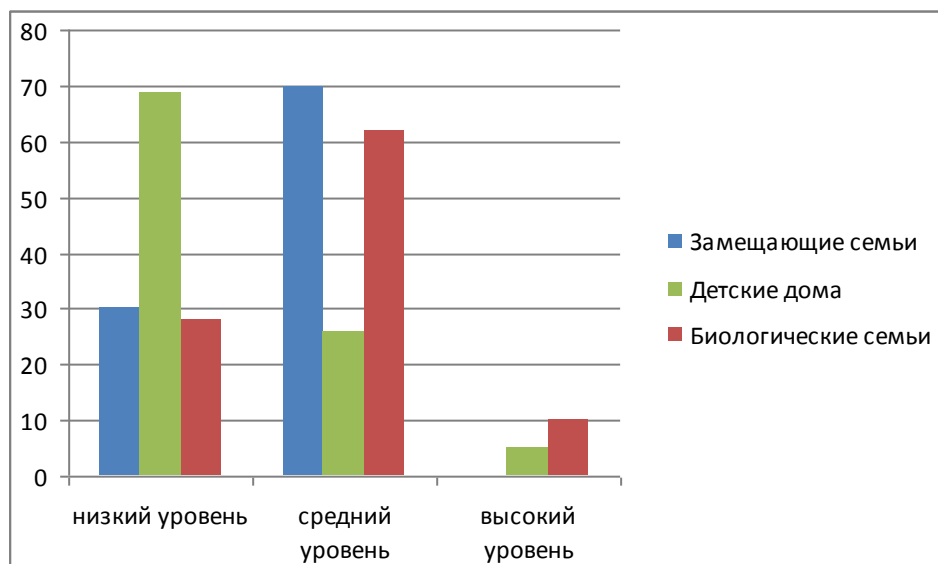


Рис. 24. Характеристика развития психологического компонента речи у 7-летних детей из разных условий проживания, %

Большинство воспитанников ДД (69%) имело низкий уровень развития психологического компонента речи в отличие от детей из ЗС (30%) и БС (28%) ($p=0,012$), в которых преобладали дети со средним уровнем (рис. 24).

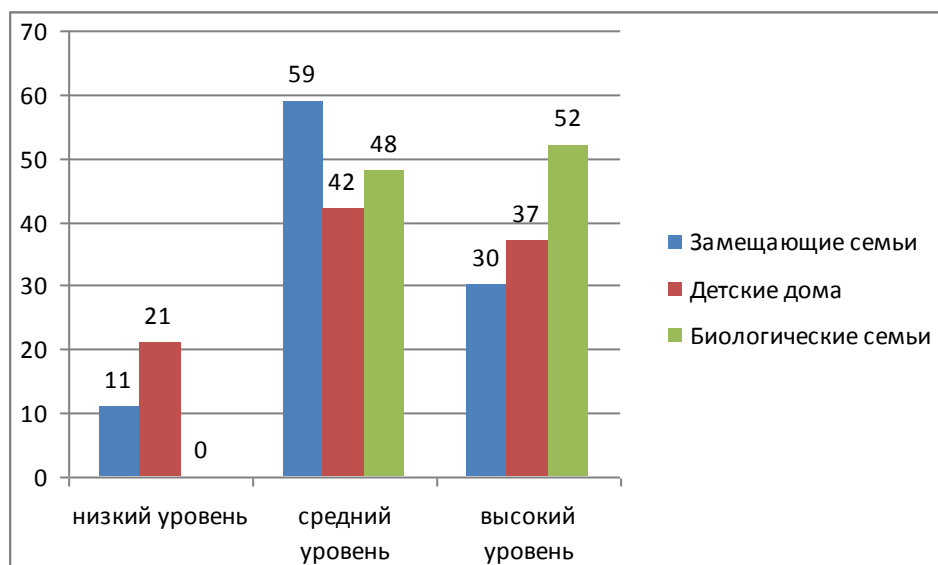


Рис. 25 Характеристика лингвистического компонента речи у 7-летних детей из разных условий проживания, %

При анализе развития лингвистического компонента речи у 7-летних детей достоверных различий между группами не получено. Во всех группах преобладали дети со средним и высоким уровнем этого компонента речи (рис. 25).

Изучение личности ребенка представляет особый интерес, поскольку тесно связано с условиями воспитания ребенка, его жизненным анамнезом. У детей в возрасте 7 и 9 лет были изучены особенности личностного статуса по модифицированному личностному адаптированному вопроснику Кеттелла и психологическому тесту «Нарисуй рисунок своей семьи».

Анализ анкетирования детей по вопроснику Кеттелла показал, что по всем 11 чертам средний балл в группах достоверно не отличался и соответствовал средней оценке (4-7 баллов), что указывает на преобладание во всех группах детей с умеренными проявлениями той или иной черты (например, смелости, способности к самоконтролю и т.д.). За два года проживания в семьях среди воспитанников ЗС на 8% уменьшилось число замкнутых детей (21%→13%), стало в 2 раза меньше детей, склонных к авантюрам (33%→17%), в 3 раза сократилось количество недобросовестных, безответственных детей (39%→13%). За это же время в ДД в два раза увеличилось количество детей, страдающих замкнутостью (11%→23%), склонных к риску (21%→44%), имеющих пониженное настроение (11%→22%). В БС все негативные личностные качества имели тенденцию к уменьшению частоты встречаемости, за исключением увеличения числа детей с повышенной ранимостью (10%→21%) и детей, склонных к риску (21%→31%).

Среди воспитанников ДД, как в 7, так и в 9 лет, было достоверно больше детей (47%), живущих в выдуманном, нереальном мире, чем среди их сверстников из ЗС (9%, $p=0,001$) и БС (17%, $p=0,008$), при этом с годами количество таких детей в ДД только возрастало и составляло больше половины от общего числа (47%→56%) (рис. 26).

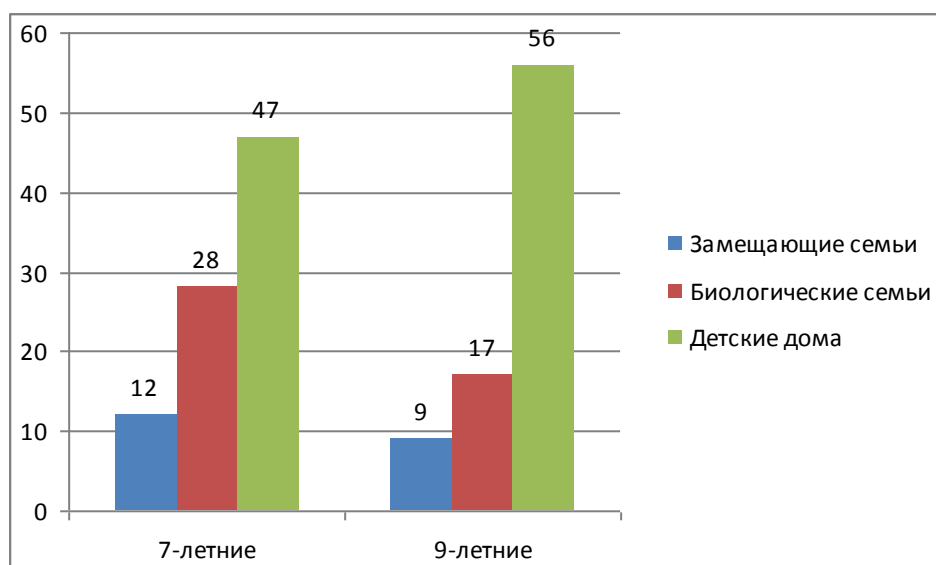


Рис. 26. Динамика числа детей в возрасте 7 и 9 лет, склонных к нереалистичной оценке ситуации, по данным вопросника Кеттелла, %

Исследование показало, что помещение ребёнка в семью приводит к повышению у него коммуникативных навыков (6%→22%), уровня самоконтроля (6%→17%), а пребывание в ДД вызывает у воспитанников снижение лидерских качеств (79%→56%), уверенности в завтрашнем дне (16%→6%), способности контролировать свои действия и поступки (37%→28%), реально оценивать события (11%→0%).

Важное место в жизни ребенка занимает его семья. Доказано, что только в условиях семьи воспитывается здоровая и гармонично развитая личность. При поступлении в школу дети из ЗС (65%) и ДД (44%) достоверно реже изображали на своем рисунке маму, чем дети из БС (97%) ($p=0,006$).

Настораживает, что у 19% воспитанников ЗС и 12% детей из ДД на рисунке отсутствует сам ребенок, что указывает на «отстраненность» ребенка при обсуждении темы «семья» и его нежелание задумываться об этом. Анализ детских рисунков показал, что подавляющее большинство 7-летних воспитанников ЗС (73%) не адаптировалось к жизненной ситуации и находилось в состоянии ее неприятия, а к 9-летнему возрасту число таких детей достоверно снизилось и составило 24% ($p=0,002$).

На рисунках воспитанников ЗС и ДД достоверно чаще можно видеть символы, указывающие на повышенную тревожность, потребность в защите,

теплоте, заботе, чем на рисунках их сверстников из БС. Важным критерием эффективности ЗС является признание ребёнком опекуна (или приёмного родителя) психологически значимым взрослым. При оценке детских рисунков выявлено, что только 23% детей признают своего опекуна/приёмного родителя социально значимым взрослым, т.е. проецируют на него роль матери, но при этом 87% детей называют своих ЗП «мама» и «папа».

Полученные данные свидетельствуют о высокой взаимосвязи уровня НПР ребенка и социума, в котором он воспитывается. Результаты углубленного обследования показали, что условия, созданные в ЗС для детей, выбывших из неблагополучных семей и ДД, в целом благоприятны для ребёнка и могут способствовать его гармоничному НПР. Так, большинство воспитанников ЗС имеют высокую (29%) и среднюю (58%) школьную мотивацию. С увеличением срока пребывания в семье у этих детей становится достоверно более высоким уровень продуктивности внимания, улучшается кратковременная память и способность к запоминанию, достоверно увеличивается число детей с высоким уровнем словесно-логического мышления, большинство из них имеет среднюю оценку по степени развития лингвистического компонента речи.

В то же время у этих детей сохраняются некоторые параметры НПР, характерные для воспитанников ДД. На наш взгляд это обусловлено их отягощенным жизненным анамнезом, «педагогической запущенностью» до помещения в семьи и отсутствием у ЗР опыта воспитания таких детей. Так, среди воспитанников ЗС (81%) достоверно больше детей, не готовых или не вполне готовых к обучению в школах, чем среди домашних детей. Воспитанники ЗС имеют среднебалльные оценки уровня развития внимания, памяти, словесно-логического мышления, соответствующие среднему и низкому уровню, они имеют затруднения в пользовании речью для регуляции поведения и общения с окружающими, что отражается в достоверно более низком уровне психологического компонента речи, чем у детей из БС.

Углубленное исследование особенностей личностного статуса детей с помощью методики Кеттелла не выявило достоверных различий по

преобладанию в группах детей с тем или иным личностным качеством. С увеличением срока пребывания ребёнка в ЗС, у детей формируются такие навыки, как добросовестность, ответственность, самоконтроль, доброжелательность, коммуникабельность. Проведение такого простого теста как рисунок семьи позволяет педиатру выявить особенности психологического климата в семье, распознать, кто из членов приемной семьи играет для ребенка роль социально и психологически значимого взрослого, диагностировать неблагоприятный климат в семье и принять меры по исправлению ситуации для нивелирования возможных негативных последствий.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что дети из ЗС нуждаются в комплексном углубленном исследовании НПР не только в момент поступления в семью, но и в дальнейшем ежегодном обследовании у психолога, невропатолога с целью своевременной коррекции выявленных отклонений. ЗР нуждаются в специальной подготовке в виде цикла обучения перед приемом ребёнка в семью.

5.3. Динамика здоровья детей

Динамическое наблюдение за детьми из однородных групп (школьники, студенты, воспитанники детского дома и др.) позволяет выявить особенности их здоровья и определить необходимые профилактические и оздоровительные мероприятия с учетом условий проживания и воспитательной среды.

Наблюдение за детьми в течение 3-х лет показало, что независимо от условий проживания (ЗС, ДД, БС) происходит увеличение среднего числа болезней на 1 ребенка (табл. 5).

Таблица 3

Среднее количество заболеваний на 1 ребенка у детей, находившихся под наблюдением, абс.

группа наблюдения	первый год	второй год	третий год	достоверность различий между группами р ₁ р ₂ р ₃
дети из замещающих семей	3,1±0,83	3,8±0,67	4,6±0,65	0,090 0,049 0,001
дети из детского дома	4,3±0,67	4,8±0,50	5,6±0,59	0,259 0,002 0,001
дети из биологических семей	1,1±0,38	1,3±0,22	1,8±0,63	0,264 0,001 0,001

где, р₁ – достоверность различий между детьми из замещающих семей и детьми из детского дома;
р₂ – достоверность различий между детьми из замещающих семей и детьми из биологических семей;
р₃ – достоверность различий между детьми из детского дома и детьми из биологических семей

Так, на одного первоклассника из ЗС приходилось 3,1±0,83 заболевания, а уже к 3-му классу – 4,6±0,65; в ДД среднее число заболеваний на одного воспитанника в динамике наблюдения с 1-го по 3 класс также возросло с 4,3±0,67 до 5,6±0,59; в БС число заболеваний на одного ребенка к 3-му классу увеличилось только на 0,7 (1,1±0,38 → 1,8±0,63) (табл. 3). Уровень хронической патологии был достоверно выше у воспитанников ЗС и ДД по сравнению с детьми из БС во все годы наблюдения.

Таблица 4

Сравнительный анализ структуры заболеваемости детей из замещающих семей, детского дома и биологических семей в динамике 3-летнего наблюдения,

%

Заболевания	первый год			второй год			третий год		
	з/с	д/д	б/с	з/с	д/д	б/с	з/с	д/д	б/с
болезни нервной системы	46,7	63,2	21,8	43,0	72,4	23,8	37,2	78,2	17,1
болезни костно-мышечной системы	32,8	68,0	14,8	35,8	88,3	17,2	67,0*	100*	31,4*
болезни эндокринной системы	22,9	32,0	3,0	14,2	17,2	7,7	22,4	39,6	7,2
психические болезни	16,0	32,0	0	30,4	42,4	0	33,5	72,6*	0
болезни пищеварения	19,6	11,1	7,4	42,3	17,2	14,1	43,6	22,7	18,3
болезни крови	8,3	53,2	7,4	13,2	33,5	10,4	26,1	21,7	7,2
аллергические болезни	32,8	5,0	3,0	32,6	13,7	20,1	33,5	17,3	28,3*
лор-болезни	19,8	25,6	23,1	14,2	21,7	20,1	13,2	17,3	11,4
врожденные anomalies	8,3	32,0	3,0	8,6	34,4	3,1	8,4	33,5	3,4
нарушения зрения	19,0	21,0	13,1	22,3	27,5	23,6	20,6	28,2	28,3

* - достоверное увеличение (уменьшение) заболеваемости внутри группы к 3-му году наблюдения

Как видно из табл. 4, у детей из ЗС самыми распространенными в первый год наблюдения оказались заболевания нервной системы (46,7%), далее следуют болезни аллергического генеза (атопический дерматит, аллергический ринит, бронхиальная астма) (32,8%), болезни костно-мышечной системы (32,8%). У воспитанников ДД в первый год чаще встречались заболевания костно-мышечной системы (68,0%) и нервной системы (63,2%), затем - болезни крови (железодефицитная анемия) (53,2%). У детей из БС частота встречаемости той или иной патологии, выраженная в процентах, была значительно ниже, чем у

воспитанников ЗС и ДД и не превышала 28,1%, тогда как в двух других группах заболевания, выходявшие на первое место по частоте встречаемости, наблюдались у 46,7 – 68,0% детей. Самыми распространенными у детей из БС были: болезни ЛОР-органов, нарушения зрения по 13,1% и болезни нервной системы (21,8%).

В первый год наблюдения достоверность различий наиболее ярко была выражена между детьми из БС и ДД. Так, у последних достоверно чаще, чем у детей из БС встречались болезни нервной системы ($p=0,010$), болезни эндокринной системы ($p=0,018$), психические расстройства ($p=0,005$), железодефицитная анемия ($p=0,001$), врожденные пороки и аномалии развития ($p=0,018$). Воспитанники ЗС достоверно чаще, чем дети из БС, имели болезни костно-мышечной системы ($p=0,008$) и психические расстройства ($p=0,005$).

К 3-му году наблюдения во всех группах произошел рост болезней костно-мышечной системы. В ЗС выросла частота встречаемости психических расстройств (16,0%→43,6%, $p=0,217$), болезней органов пищеварения (19,6%→33,5%, $p=0,318$), анемии (8,3%→26,1%, $p=0,106$); снизилась встречаемость патологии нервной системы (46,7→37,2%, $p=0,064$), ЛОР-болезней (19,8→13,2%, $p=0,705$). Среди воспитанников ДД стало больше детей с патологией нервной системы (63,2→78,2%, $p=0,285$), эндокринными заболеваниями (32,0→39,6%, $p=0,742$), психическими расстройствами (32,0→72,6%, $p=0,005$), болезнями органов пищеварения (11,1→22,7%), нарушениями зрения (21,0→28,2%, $p=0,407$), болезнями аллергической этиологии (5,0→17,3%, $p=0,204$), снизилась заболеваемость анемиями (53,2→21,7%, $p=0,212$) и ЛОР-патологией (25,6→17,3%, $p=0,653$). Среди детей из БС наблюдался достоверный рост заболеваний аллергического генеза (3,0→28,3%, $p=0,022$).

В 7-летнем возрасте болезни костно-мышечной системы достоверно чаще имели воспитанники ДД (68%) по сравнению с детьми из ЗС (32,8%, $p=0,010$) и БС (14,8%, $p=0,001$). К 3-му классу у всех детей, независимо от условий проживания, наблюдался достоверный рост данной патологии. Среди 9-летних детей из ЗС 67% имели эти заболевания в основном за счет увеличения числа

детей с впервые выявленным сколиозом и нарушениями осанки (24,3% → 26,6% → 61,9%, $p=0,005$) и плоскостопием (8,1% → 26,7% → 38,1%, $p=0,016$). Большинство воспитанников ЗС имели сочетание сколиоза и плоскостопия или сколиоза и врожденной деформации грудной клетки. В ДД все дети к 3-му классу страдали болезнями костно-мышечной системы (68% → 88,3 → 100%, $p=0,003$); впервые выявлено плоскостопие у 11,0%; сколиоз и нарушения осанки – у 22%. В БС к 3-му классу количество детей со сколиозом, нарушениями осанки и плоскостопием увеличилось в 3 раза и составило 31,4%.

В первый год наблюдения у 46,7% воспитанников ЗС были диагностированы одна или несколько болезней нервной системы, протекающих на фоне резидуально-органического поражения ЦНС. Это были, прежде всего, когнитивные дисфункции (58,8%), неврозоподобные состояния (58,8%), неврозоподобный или невротический энурез (23,5%). К 3 классу число воспитанников ЗС с когнитивной дисфункцией снизилось на 23,1%, что проявлялось достоверным улучшением памяти ($p=0,012$), внимания ($p=0,001$), мышления ($p=0,001$), повышением уровня школьной мотивации ($p=0,003$). К 3 году в этой группе на 35,3% уменьшилось число детей с неврозоподобным синдромом, у них были купированы (12,8%) или встречались достоверно реже (10,6%, $p=0,012$) такие симптомы как повышенная лабильность нервной системы, пониженное настроение, бессонница, расторможенность, навязчивые состояния, патологические привычки. К 3 году наблюдения только 3,8% детей из ЗС страдали энурезом.

У 7-летних воспитанников ДД в первый год наблюдения патология нервной системы в 46% случаев была представлена когнитивными дисфункциями, в 38% - энурезом, в 16% - неврозами. К 3-му году наблюдения уменьшилось число детей с энурезом за счет выздоровления тех, у которых энурез был симптомом невроза. Тем не менее, к 3-му классу подавляющее большинство воспитанников ДД имело диагноз «невроз» или «неврозоподобный синдром» с расторможенностью, гипервозбудимостью, повышенной истощаемостью нервной системы (16% → 39% → 70%). При этом в 2 раза меньше стало детей с когнитивной дисфункцией

(46% → 38% → 21%). Согласно имеющейся документации, у 96% детей с патологией нервной системы и психическими расстройствами имела место патология перинатального периода (перинатальная транзиторная постгипоксическая энцефалопатия, перинатальная транзиторная постгеморрагическая энцефалопатия, перинатальная посттравматическая энцефалопатия).

Среди 7-летних детей из БС в первый год наблюдения патология нервной системы наблюдалась у 21,8% и была представлена в основном когнитивной дисфункцией (18,1%) в виде задержки речевого развития, значительно реже неврозоподобным синдромом (синдром гиперактивности) (2,9%). К 3 классу число детей с патологией нервной системы осталось практически на том же уровне.

Обращает внимание тенденция к увеличению к 3-му году наблюдения числа детей с психическими расстройствами среди воспитанников ЗС (16,0% → 33,5%, $p=0,215$) и достоверное увеличение среди воспитанников ДД (32,0% → 72,6%, $p=0,005$), при полном отсутствии этой патологии у детей из БС. Все психические расстройства носили характер пограничных, чаще всего встречались расстройства привязанности, девиантное поведение, расстройства личности.

Анализ соматической патологии показал, что наиболее высокая заболеваемость анемией среди 7-летних детей была у воспитанников ДД (53,6%), что можно объяснить неблагоприятным перинатальным анамнезом, недавним поступлением в ДД из асоциальных семей, к 3 классу число детей с анемией снизилось более, чем в 2 раза и составило 21,7%. У воспитанников ЗС, наоборот, к 3 классу анемия выявлялась чаще (8,3→26,1%) и в основном у детей из опекунских семей, которые проживают с бабушками и дедушками и испытывают, с их слов, материальные затруднения. Частота встречаемости анемии в БС с возрастом практически не менялась и составила 7,2% - 7,4%.

В ДД было достоверно больше детей (32,0%) с врожденными пороками развития, чем среди детей из БС (3,0%) и ЗС (8,3%). Хирургическая коррекция пороков была проведена 11,2% воспитанников ДД и 6,0% воспитанников ЗС.

Таблица 5

Распределение по группам здоровья детей из замещающих семей, детского дома и биологических семей в динамике 3-летнего наблюдения, %

группа здоровья	первый год			второй год			третий год		
	з/с	д/д	б/с	з/с	д/д	б/с	з/с	д/д	б/с
1	8	0	24	0	0	13	0	0	3
2	27	5	48	13	12	37	18	11	49
3	57	69	28	74	67	50	73	67	48
4	8	26	0	13	21	0	9	22	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Анализ распределения детей по группам здоровья показал, что с каждым годом здоровье детей независимо от условий проживания имеет тенденцию к ухудшению. Так, в первый год наблюдения более трети воспитанников ЗС имели 1 (8,0%) и 2 (27%) группу здоровья, к 2 году наблюдения в ЗС детей с 1 группой здоровья уже не стало, уменьшилось число детей со 2 группой здоровья и увеличилось число детей с хронической патологией, а к третьему году только каждый пятый ребенок был отнесен ко 2 (18%) группе здоровья и ни один к 1. Большинство воспитанников ЗС во все года наблюдения относились к 3 группе здоровья (57% → 74% → 73%), 8,0-9,0% имели 4 группу здоровья.

Как и дети из ЗС, большинство воспитанников ДД имели 3 (69% → 67% → 67%) и 4 группу здоровья (26% → 21% → 22%). Среди них не было детей с 1 группой. Ко 2 группе здоровья было отнесено в разные годы наблюдения только от 5,3% до 11,1% детей.

Дети из БС также ухудшили здоровье к 3 классу обучения в школе. Если перед поступлением в школу 24% из них были отнесены к 1 группе здоровья, то к третьему классу только 3% детей имели эту группу. При этом росла наполняемость 3 группы здоровья: 28% → 48%, т.е. увеличивалось число детей, имеющих хроническую патологию. Количество детей, относящихся ко 2 группе, было стабильным и составляло 48% - 46%.

5.4. Заключение

Динамическое наблюдение за детьми из ЗС, ДД и БС показало, что условия проживания и воспитательная среда оказывают выраженное влияние на развитие и здоровье детей.

При оценке ФР выявлено, что среди воспитанников ДД отклонения в ФР представлены в основном низкорослостью, среди детей из ЗС – дефицитом и избытком массы тела, среди детей из БС – высоким ростом и избытком массы тела. Установлена взаимосвязь условий проживания и роста ребенка. В целом, помещение ребенка в семейные условия положительно влияет на его рост и ФР, что подтверждается тем, что с каждым годом в этих семьях становится больше детей, сопоставимых по ФР с детьми из БС, при этом к 3-му году наблюдения воспитанники ЗС дали ежегодную прибавку в росте, достоверно более высокую, чем их сверстники из ДД и БС, что можно объяснить как сдвиг периода первого вытяжения и «рост вдогонку» в ответ на помещение в благоприятные для ФР ребенка условия.

Выявлено положительное влияние проживания ребенка в ЗС на его школьную мотивацию, внимание, память, мышление, лингвистический компонент речи, в сравнении с детьми, воспитывающимися в ДД. Однако по ряду показателей воспитанники ЗС не отличаются от сверстников из ДД и среди них в 7 лет достоверно больше детей, не готовых к обучению в школе, имеющих низкую оценку психологического компонента речи, словесно-логического мышления, чем среди детей из БС.

С увеличением срока пребывания ребёнка в ЗС, у детей формируются такие навыки, как добросовестность, ответственность, самоконтроль, доброжелательность, коммуникабельность. Проведение такого простого теста как рисунок семьи позволяет педиатру выявить особенности психологического климата в семье, распознать, кто из членов приемной семьи играет для ребенка роль социально и психологически значимого взрослого, диагностировать неблагоприятный климат в семье и принять меры по исправлению ситуации для нивелирования возможных негативных последствий. С этой задачей педиатр

может справиться только при тесном сотрудничестве с психологом, педагогом и социальным работником, которые осуществляют патронаж семьи или куратором семьи.

Независимо от условий проживания за три года динамического наблюдения произошло увеличение числа детей, имеющих хроническую патологию, на каждого ребенка в среднем стало приходится больше заболеваний, чем в первый год обследования. Во всех группах наблюдалось высоко достоверное увеличение числа детей с патологией костно-мышечной системы, при этом в ДД к 3 году наблюдения все дети имели нарушение осанки, сколиоз и/или плоскостопие, в ЗС таких детей было 67%, в БС – 31,4% ($p < 0,005$).

Положительное влияние помещения ребенка в ЗС, на наш взгляд, в первую очередь проявляется снижением числа детей с патологией нервной системы и менее выраженным ростом числа психических расстройств, чем у детей из ДД. В ЗС, в отличие от ДД, всё-таки несколько меньше детей с хронической патологией.

Но исходно низкий уровень здоровья, отягощенный биологический и жизненный анамнез воспитанников ЗС и ДД делает их несопоставимыми по развитию и здоровью со сверстниками из БС, что проявляется не только уровнем ФР и НПР, но и здоровьем.

ГЛАВА 6

РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ УСЛОВИЯХ

6.1. Физическое развитие подростков

В подростковом возрасте, как ни в каком другом, сильна взаимосвязь здоровья, развития, психологических особенностей личности и социального окружения. От качества жизни подростка зависит не только его успешная интеграция в общество и жизненный маршрут, но и физическое, психическое и соматическое здоровье.

Изучено ФР и БР 91 подростка в возрасте 14-16 лет из разных условий проживания: ЗС (n=33), ДД (n=29), БС (n=29). Группы сопоставимы по полу и возрасту.

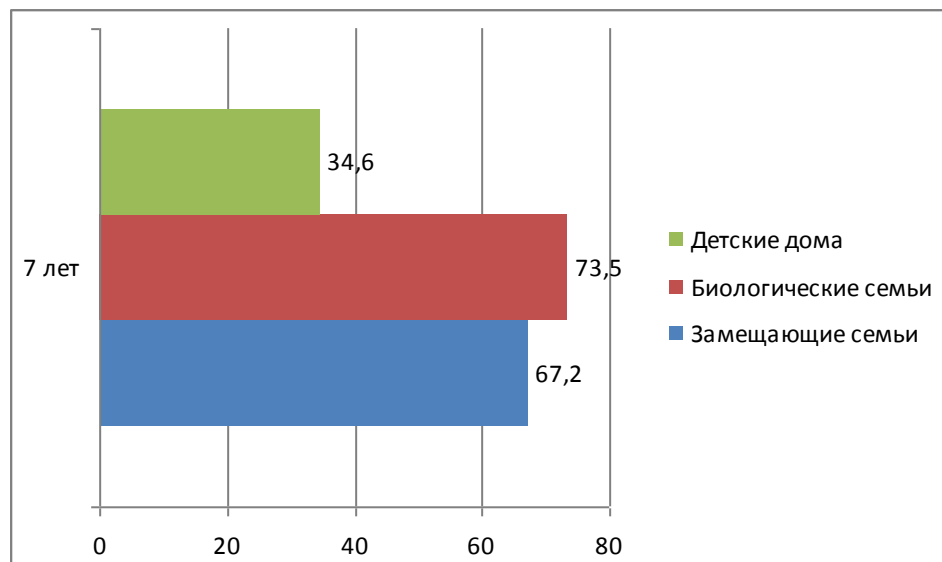


Рис. 27. Количество подростков, имеющих нормальное физическое развитие, %

Выявлено, что количество подростков, имеющих нормальное ФР в ЗС (67,2%) и БС (73,5%) сопоставимо, в то время как в ДД нормальное ФР имели только 34,6% подростков ($p_1=0,005$; $p_2=0,026$) (рис. 27).

Тем не менее в ЗС 12,1% подростков имели дефицит массы тела 1 степени, 9,1% - высокий рост, 9,1% - избыток массы тела 1 и 2 степени, 3% - низкий рост.

В ДД наиболее распространенным отклонением в ФР был низкий рост (37,9%), в то время как в БС подростков с низким ростом не было, а в ЗС было

только 3%. Кроме того, 13,7% воспитанников ДС имели избыток массы тела 1 и 2 степени, 6,9% - высокий рост, 6,9% - дефицит массы тела.

В БС 10,3% имели высокий рост, столько же (10,3%) – избыток массы тела 1 степени и 6,9% - дефицит массы тела 1 степени (табл. 6).

Таблица 6

Физическое развитие подростков,
%, абс

Показатели физического развития	Подростки из замещающих семей, n=33		Подростки из детского дома, n=29		Подростки из биологических семей, n=29		Достоверность различий: p ₁ , p ₂ , p ₃
	абс	%	абс	%	абс	%	
Нормальное	22	67,2	10	34,6	21	73,5	0,005 0,793 0,026
Низкий рост	1	3,0	11	37,9	0	0	0,002 0,940 0,002
Высокий рост	3	9,1	2	6,9	3	10,3	0,858 0,764 0,951
Дефицит массы тела 1 степени	4	12,1	2	6,9	3	6,9	0,815 0,815 0,607
Избыток массы тела 1 степени	2	6,1	3	10,3	3	10,3	0,912 0,912 0,607
Избыток массы тела 2 степени	1	3,0	1	3,4	0	0	0,631 0,940 0,881

где, * p₁ – достоверность различий между детьми из замещающих семей и детьми из детского дома;

**p₂ – достоверность различий между детьми из замещающих семей и детьми из биологических семей;

***p₃ – достоверность различий между детьми из детского дома и детьми из биологических семей

С высокой степенью достоверности можно говорить о том, что юноши из ДД ниже сверстников из ЗС и БС, а юноши из ЗС ниже сверстников из БС, но выше юношей из ДД (рис. 28).

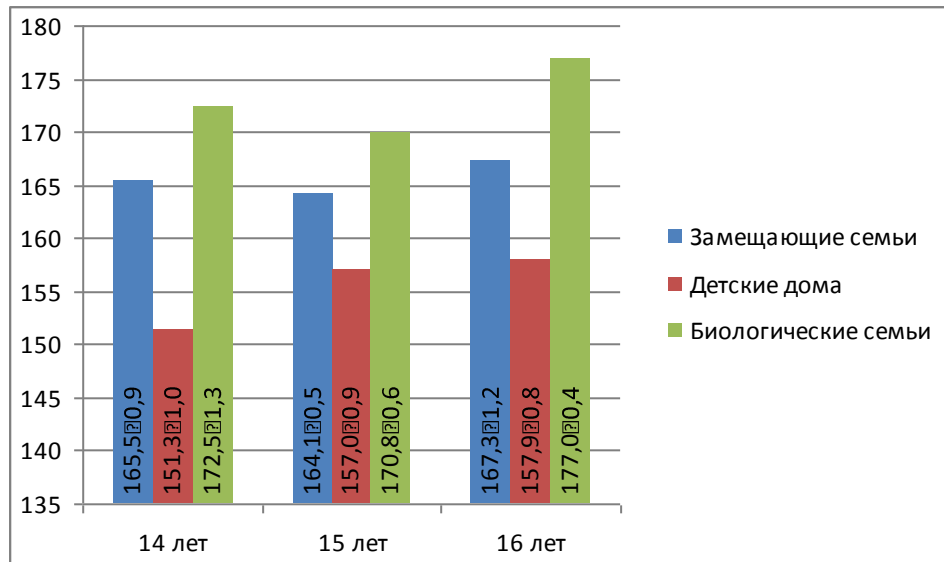


Рис. 28. Средний рост юношей 14, 15 и 16 лет из разных условий проживания, см

Достоверных различий по росту у девушек не выявлено (рис. 31).

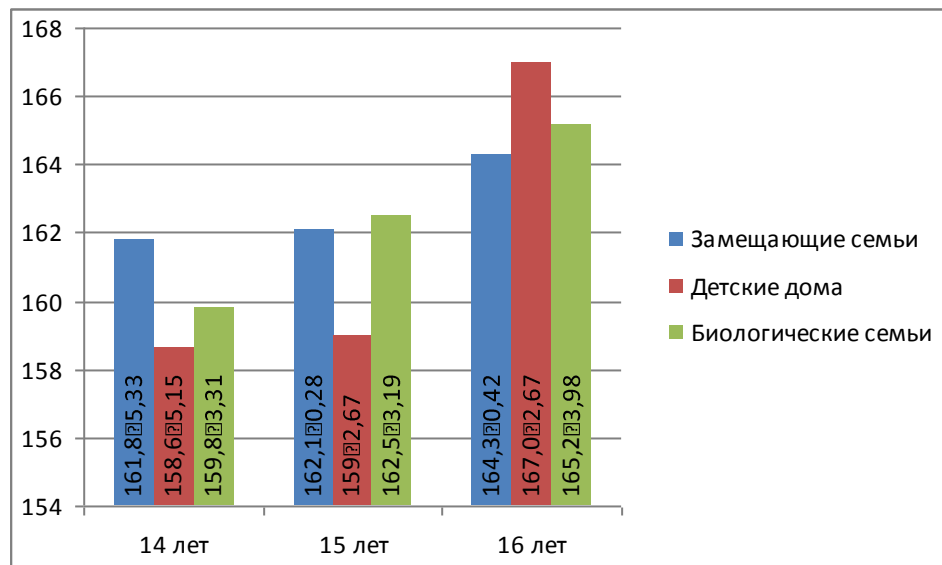


Рис. 29. Средний рост девушек 14, 15, 16 лет из разных условий проживания, см

Для выявления возможной взаимосвязи низкого роста с количеством лет, проведенных ребенком в ДД, и возрастом помещения туда, воспитанники ДД были поделены на две группы. В первую вошли подростки со средним ростом и ростом выше среднего ($n=21$); во вторую – подростки с низкорослостью ($n=12$). Выявлена прямая сильная связь между возрастом помещения ребенка в ДД и его ростом: средний возраст помещения подростка с низким ростом в ДД составил

4,3±0,7 (лет), ребенка с нормальным ростом – 6,95±1,6 (лет) (p=0,001). Связи между сроком пребывания в ДД и ростом ребенка не выявлено: средний срок нахождения в ДД подростка с низким ростом составил 7,3±1,2 (лет); с нормальным – 8,7±1,7 (лет) (p=0,867).

Таким образом, низкий рост у обследованных подростков нельзя бы рассматривать лишь как генетически обусловленную особенность ФР подростка, тем более, что это отклонение в развитии и самими подростками, и окружающими оценивается как фактор, способствующий тревожным переживаниям по поводу неполноценности, физической непривлекательности. Анализ анкетирования подростков по опроснику Спилбергера выявил достоверно более высокий уровень тревожности у подростков с низким ростом по сравнению с их сверстниками со средним ростом и ростом выше среднего (59,0% и 19,0% соответственно, p=0,001).

Сопоставление массы тела юношей из разных групп показало, что воспитанники ДД в 14, 15 и 16 лет имели достоверно более низкие показатели массы тела, чем их сверстники из семей. Достоверных различий по массе тела среди девушек не выявлено.

Не выявлены значимые различия между группами по таким показателям, как окружность головы и груди.

Индекс массы тела у подростков 14-16 лет из разных условий проживания,
абс/%

группы наблюдения	ИМТ ниже возрастной нормы (до 10-го центеля включительно)		ИМТ (нормальные показатели) (с 25-го до 75-й центели)		ИМТ выше возрастной нормы (более 75-го центеля)	
	абс	%	абс	%	абс	%
подростки из замещающих семей (n=33)	9	27,3	18	54,5	6	18,2
подростки из детского дома (n=29)	3	12,9	22	74,2	4	17,2
подростки из биологических семей (n=29)	2	9,7	25	83,4	2	12,9
достоверность различий						
p1	0,278		0,179		0,810	
p2	0,151		0,025		0,807	
p3	0,976		0,031		0,928	

*p₁-достоверность различий между воспитанниками замещающих семей и воспитанниками детского дома

*p₂ – достоверность различий между воспитанниками замещающих семей и подростками из биологических семей

*p₃ – достоверность различий между воспитанниками детского дома и подростками из биологических семей

Оценка ИМТ по группам показала (табл. 7), что индекс массы тела, соответствующий возрастной норме, имели достоверно меньше воспитанников ЗС по сравнению с их сверстниками из ДД и БС. При этом большинство подростков с индексом массы тела ниже возрастной нормы (недостатком массы тела 1 и 2 степени) проживали в опекунских семьях (72,7%), что и в возрастной группе подростков, так же как и у учащихся начальных классов связано с недостаточным питанием в опекунских семьях, законными представителями которых чаще всего являются бабушки и дедушки, имеющие ограниченные финансовые возможности организации внукам рационального питания.

Таким образом, юноши и девушки из ЗС по росту занимают промежуточную позицию между подростками из БС и сверстниками из ДД. Проживание в ДД, мужской пол и возраст попадания в ДД до 4 лет можно считать факторами риска низкорослости. Низкий рост повышает у подростков уровень тревожности и способствует снижению уровня самооценки.

Подростки, проживающие в ЗС, достоверно чаще имеют низкий индекс массы тела, что можно объяснить недостаточностью питания из-за низкого материального уровня замещающих семей, преимущественно опекунских.

6.2. Нервно-психическое развитие, особенности социализации, школьной успеваемости и личностный психологический статус подростков

Изучено НПР, личностный психологический статус, школьная успеваемость и профессиональная ориентация подростков, проживающих в ЗС, ДД и БС.

Таблица 8

Оценка нервно-психического развития подростков из разных условий проживания, абс, %

Сфера нервно-психического развития	Подростки из замещающих семей, n=33		Подростки из детского дома, n=29		Подростки из биологических семей, n=29	
	абс	%	абс	%	абс	%
Эмоционально-вегетативная сфера	5	15,2	15	51,7*	5	16,1
Сомато-вегетативная сфера	6	18,0	17	58,6*	11	38,7
Вегетативно-диэнцефальные проявления	17	51,6	12	41,4	18	61,3
Психомоторная сфера и поведение	13	39,4	23	79,3*	4	14,5*
Интеллект (по данным школьной успеваемости)						
• Удовлетворительная	14	41,4*	21	73,6*	4	14,5*
• Хорошая	14	41,4	5	17,0*	15	52,3*
• Отличная	5	15,2	3	9,4	10	34,2*

* обозначены достоверные различия между группами наблюдения

Анализ состояния эмоционально-вегетативной сферы показал, что отклонения достоверно чаще встречаются у воспитанников ДД в сравнении с подростками из ЗС ($p=0,005$) и БС ($p=0,010$) семей. Эти отклонения проявляются колебаниями настроения, страхами, раздражительностью, повышенной тревожностью. Так, наличие страхов темноты, одиночества, смерти выявлено у 79% воспитанников ДД и только у 30% подростков из БС и 12% подростков из ЗС ($p_1=0,001$, $p_2=0,001$).

В ДД достоверно чаще, чем среди воспитанников ЗС и БС встречаются подростки с отклонениями в сомато-вегетативной сфере.

О лабильности вегетативно-диэнцефальной сферы в этом возрасте свидетельствует выявленная с одинаковой частотой во всех группах высокая распространённость жалоб на головокружение, головные боли, повышенную утомляемость.

Отклонения в психомоторной сфере и поведении почти в 2 раза чаще отмечаются у подростков из детского ДД (79,3%), чем у воспитанников ЗС (39,4%), при этом в БС отклонения в психомоторной сфере выявлены только у 14,5%. Среди воспитанников ДД достоверно чаще встречаются агрессивно настроенные подростки (38%), замкнутые (34%), склонные к негативной оценке происходящего (21%), достоверно чаще у них выявляются тики, навязчивые состояния (79%) и патологические привычки (55%) (рис. 30). По данным анкетирования ЗС, при поступлении детей в семьи у них отмечалось достоверно больше навязчивых состояний ($68,3\% \rightarrow 39,0$, $p=0,040$) и патологических привычек ($56,7 \rightarrow 17,0$, $p=0,002$), чем на момент обследования, т.е. спустя 1-6 лет после поступления детей в семейные условия (рис. 31).

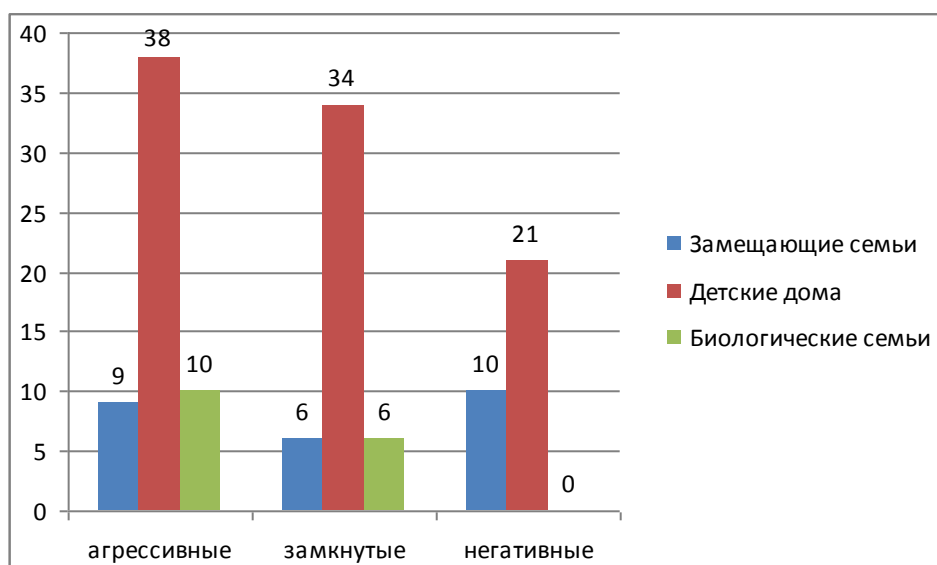


Рис. 30 Состояние эмоционально-вегетативной сферы подростков из разных условий проживания, %

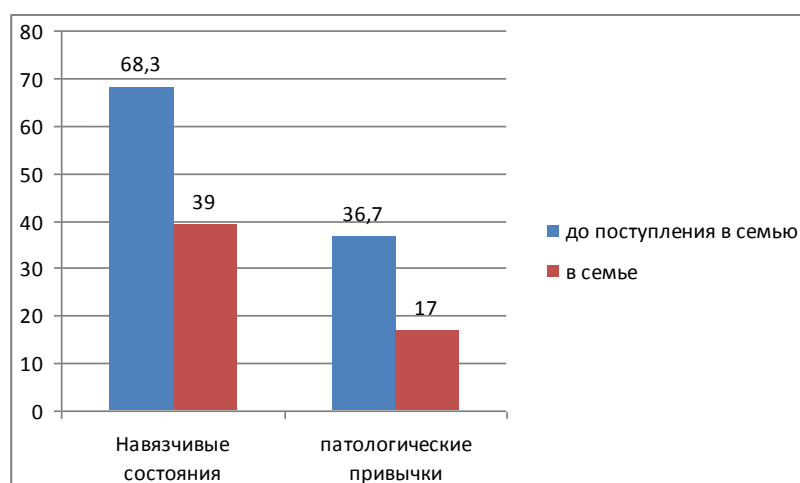


Рис. 31 Динамика навязчивых состояний и патологических привычек у подростков из замещающих семей, %

Оценка уровня интеллектуального развития подростков проводилась по результатам школьной успеваемости. Выявлено, что 41,4% подростков из ЗС учатся на «удовлетворительно» и столько же на «хорошо», в то время как 76,3% воспитанников ДД успевают в школе только на «удовлетворительно», в БС большинство детей (86,5%) характеризуются «хорошей» и «отличной» успеваемостью. Подробное изучение анамнеза подростков из ЗС показало, что наиболее часто затруднения в обучении у них связаны с дефектом воспитания и дефицитом информации (63,7%) до помещения в семью. При сравнении

школьной успеваемости подростков из ЗС на момент поступления в семью и на момент исследования выявлено высоко достоверное улучшение успеваемости по основным школьным предметам у 22,1% воспитанников ($p=0,025$).

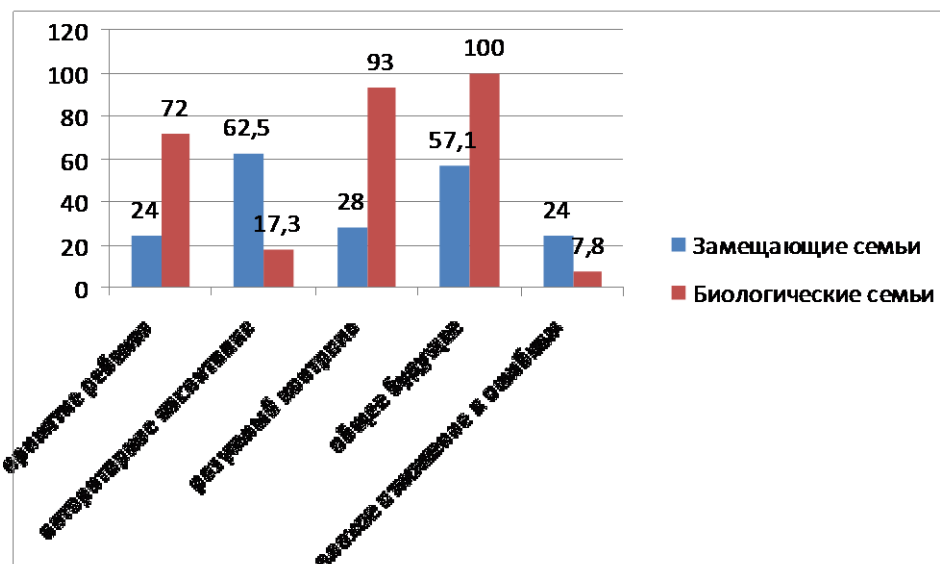


Рис. 32 Межличностные отношения законных представителей и детей в замещающих и биологических семьях, %

Методом анкетирования и собеседования изучены межличностные отношения пары «законный представитель – ребенок» в ЗС и БС. Оказалось, что высокая степень принятия ребенка свойственна только 24% приемных родителей и опекунов и, как ни странно, только 72% биологических родителей ($p=0,001$), при этом высокую готовность взаимодействовать с ребенком продемонстрировали все родители. В ЗС (рис. 32) преобладает авторитарный тип воспитания (62,3%), тогда как в БС он встречается только в 17,5% случаев ($p=0,000$); разумный контроль за детьми свойственен 93% родителям из БС и только 28% воспитателей из ЗС ($p=0,001$). Планы на совместное будущее с детьми строят 57,1% приемных родителей/опекунов и 100% БР ($p=0,001$). Негативное отношение к неудачам и промахам ребенка демонстрируют 24,0% родителей из ЗС и 7,8% БР. Высоко оценивают способности ребенка 81% замещающих родителей и 100% биологических родителей, поощряют самостоятельность и инициативу ребенка соответственно 90% и 100%. Выявлено, что 14% родителей из ЗС имели психологическую дистанцию по отношению к

ребенку и 5% из них испытывали отрицательные чувства к своему воспитаннику, в БС таких взаимоотношений не зафиксировано. Полученные результаты свидетельствуют о том, что службам сопровождения необходимо обращать внимание на характер взаимоотношений в семье, чтобы вовремя их корректировать и тем самым улучшать прогноз стабилизации психологического статуса подростков.

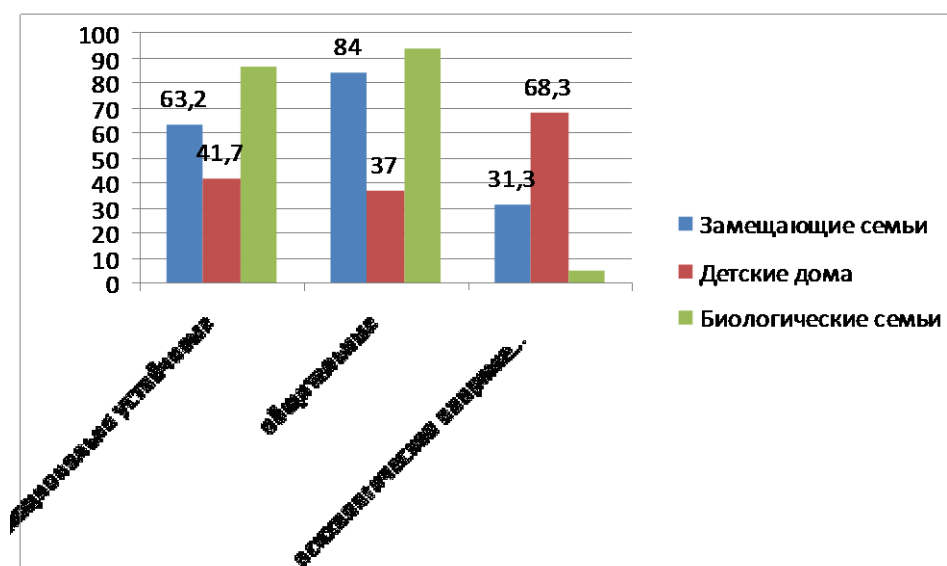


Рис. 33. Психо-эмоциональный фон подростков из разных условий проживания, %

При оценке уровня тревожности с помощью методики Спилберга не выявлено достоверных различий по уровню личностной и ситуативной тревожности у подростков всех групп наблюдения: подавляющее большинство обследованных имели средний уровень тревожности. В то же время с помощью анкетирования удалось выявить, что в большинстве ЗС созданы условия, приближенные к условиям жизни в БС, что подтверждается тем, что в этих семьях достоверно больше общительных и эмоционально устойчивых подростков (63,2% и 86,4%), чем среди их сверстников из ДД (41,7%); в семьях большинство подростков имеют высокий уровень развития коммуникативных навыков (84,0-93,4%) и демонстрируют готовность взаимодействовать с обществом (до 93%) в отличие от воспитанников ДД (37%). В то же время в ДД выявлен большой процент подростков (68,3%) с высоким уровнем психологической напряженности, указывающей на социальное неблагополучие, тогда как в ЗС

высокая психологическая напряженность диагностирована у 31,3% обследованных, а в БС – у 4,8%.

При анализе профессиональной ориентированности подростков и их образовательного маршрута выявлено, что окончить только 9 классов школы собирается достоверное большинство подростков из ЗС (70,7%) и ДД (86,2%), против 24,7% их сверстников из БС ($p \leq 0,05$). Достоверно большее количество подростков из ДД (48,5%) и ЗС (61,2%) желают освоить рабочие профессии, такие как слесарь, плотник, ремонтник, повар, чем их сверстники из БС (14,7%) ($p \leq 0,05$), подавляющее большинство последних (72,9%) отдают предпочтение интеллектуальному труду (преподаватель, экономист, адвокат, врач) против 18,2% в ЗС и 9,8% в ДД ($p \leq 0,05$).

Проведенное исследование свидетельствует о том, что помещение ребенка в замещающую семью положительно влияет на его НПП, школьную успеваемость, личностный психологический статус. У воспитанников ЗС достоверно реже наблюдаются отклонения в эмоционально-вегетативной, психомоторной, вегетативно-соматической, интеллектуальной сферах, чем у их сверстников из ДД. Задержку психического развития и затруднения в обучении у подростков из ЗС достаточно часто можно объяснить особенностями социальной среды до их помещения в семью и отягощенной наследственностью. Достоверно большее количество подростков из ДД (48%) и ЗС (61%) желают освоить рабочие профессии, чем их сверстники из БС (14%) ($p \leq 0,05$), что обусловлено невысоким уровнем притязаний, прежде всего, у воспитанников ДД.

6.3. Состояние здоровья подростков

Проанализированы жалобы подростков, предъявляемые ими при осмотре. Выявлено, что воспитанники ЗС чаще всего жаловались на дисфункцию пищеварения (боли в животе, отрыжка) (85,6%), частые простудные заболевания (85,6%), предъявляли жалобы неврологического характера (колебания настроения, бессонница, навязчивые движения, трудности в учебе) (37,4%).

Среди жалоб подростков из ДД на первое место выходили жалобы неврологического характера (66,3%), а также на частые простудные заболевания (55,1%) и на боли и дискомфорт в животе (43,4%).

Их сверстники из БС среди наиболее часто предъявляемых жалоб отмечали проблемы со стороны пищеварительной системы (47,7%), частые насморк и кашель (более 4-х раз в год) (47,7%), наличие аллергических проявлений (пищевая аллергия, слезотечение, сыпи, зуд, кашель) (40,2%). В результате подробного опроса подростков был определен спектр отклонений в состоянии здоровья.

Анализ заболеваемости показал, что среднее количество хронических и врожденных заболеваний у воспитанников из ЗС составило – $3,1 \pm 1,2$ случая на ребенка, из ДД – $5,9 \pm 1,0$, из БС – $1,8 \pm 0,8$ ($p_1=0,083$, $p_2=0,385$, $p_3=0,002$).

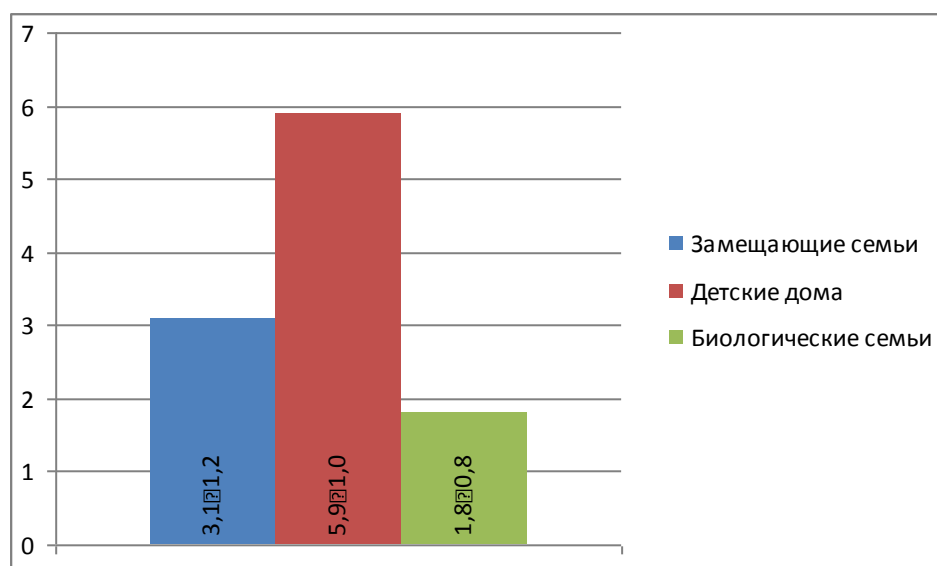


Рис. 34. Среднее количество хронических заболеваний у подростков из разных условий проживания, абс

Структура хронической и врожденной патологии подростков из разных
условий проживания,

абс / %

Группы заболеваний	Подростки из замещающих семей n=33		Подростки из детского дома n=29		Подростки из биологических семей n=29		Достоверность различий между группами p ₁ , p ₂ , p ₃
	абс	%	абс	%	абс	%	
Болезни нервной системы	25	75,5	19	65,5	6	20,7	>0,05 0,001 0,001
Болезни органов кровообращения	6	18,2	4	13,8	4	13,8	>0,05 >0,05 >0,05
Болезни костно-мышечной системы	29	87,8	27	93,1	22	75,7	>0,05 >0,05 >0,05
Болезни ЛОР-органов	16	48,5	4	13,8	5	17,2	0,010 0,021 >0,05
Болезни крови и кроветворных органов	13	39,4	17	58,7	0	0	>0,05 0,001 0,001
Инфекционные и паразитарные заболевания	12	36,4	14	48,3	10	34,5	>0,05 >0,05 >0,05
Психические заболевания	11	33,3	16	55,2	0	0	>0,05 0,002 0,001
Стоматологические заболевания	32	96,7	26	89,7	28	96,6	>0,05 >0,05 >0,05
Болезни органов пищеварения	9	27,3	4	13,8	10	34,5	>0,05 >0,05 >0,05
Болезни эндокринной системы	8	24,2	14	48,3	1	3,4	>0,05 >0,05 0,001
Врожденные пороки	6	18,2	7	24,1	0	0	>0,05 >0,05 0,020
Аллергические заболевания	6	18,2	7	24,1	8	27,6	>0,05 >0,05 >0,05
Болезни кожи	4	12,1	2	6,9	1	3,4	>0,05 >0,05 >0,05
Болезни глаза	3	9,1	5	17,2	9	31,0	>0,05 >0,05 >0,05
Болезни мочеполовой системы	4	12,1	11	37,9	2	6,9	0,044 >0,05 0,015

*p₁-достоверность различий между воспитанниками замещающих семей и воспитанниками детского дома

** p₂ – достоверность различий между воспитанниками замещающих семей и подростками из биологических семей

***p₃ – достоверность различий между воспитанниками детского дома и подростками из биологических семей

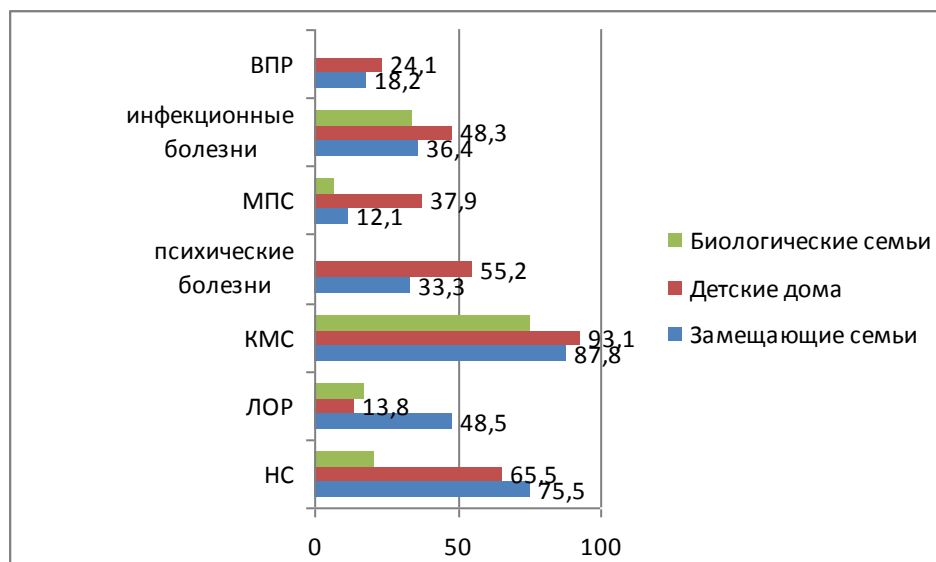


Рис. 35. Структура хронической и врожденной патологии подростков из разных условий проживания, %

При анализе структуры хронической и врожденной патологии подростков, проживающих в разных условиях (рис. 35), выявлены достоверные различия по следующим группам заболеваний: подростки из ЗС и ДД достоверно чаще страдают заболеваниями нервной системы, пограничными состояниями психической сферы, железодефицитной анемией. Воспитанники ДД достоверно чаще, чем сверстники из семей имеют заболевания эндокринной системы и врожденные пороки развития. Не выявлено достоверных различий между заболеваемостью подростков из ЗС и БС по болезням органов кровообращения, кроветворения, пищеварения, мочеполовой системы, кожи, аллергическим и инфекционным болезнями.

По результатам проведенных обследований определены группы здоровья подростков (рис. 36, 37, 38).

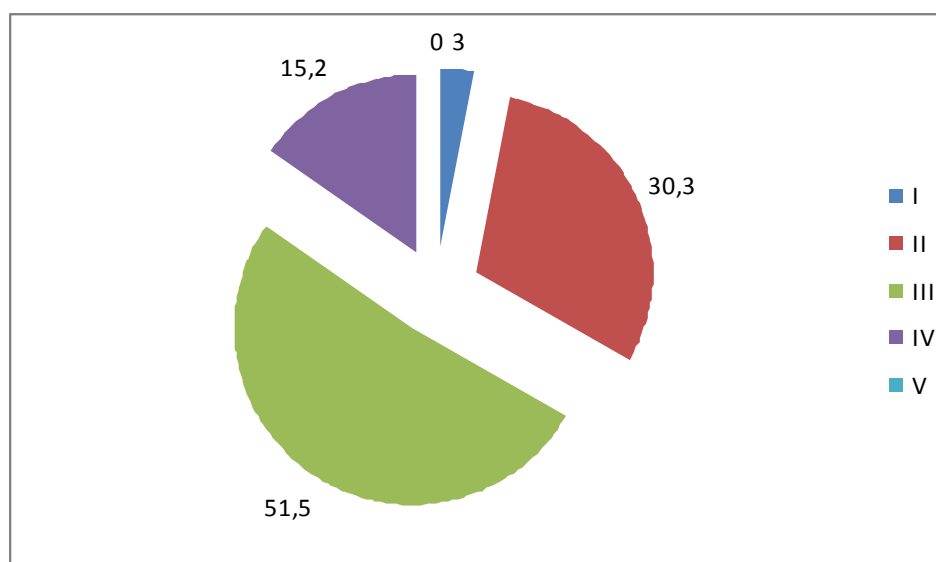


Рис. 36. Распределение по группам здоровья подростков из замещающих семей, %

Только по 1 ребенку в группах, проживающих в ЗС и БС, имеют 1 группу здоровья; в БС преобладают подростки со 2 группой здоровья и только треть имеет 3 группу здоровья; в ЗС и ДД больше всего детей с 3 группой здоровья, причем в ДД они составляют 83,4%, а в ЗС – 51,5%.

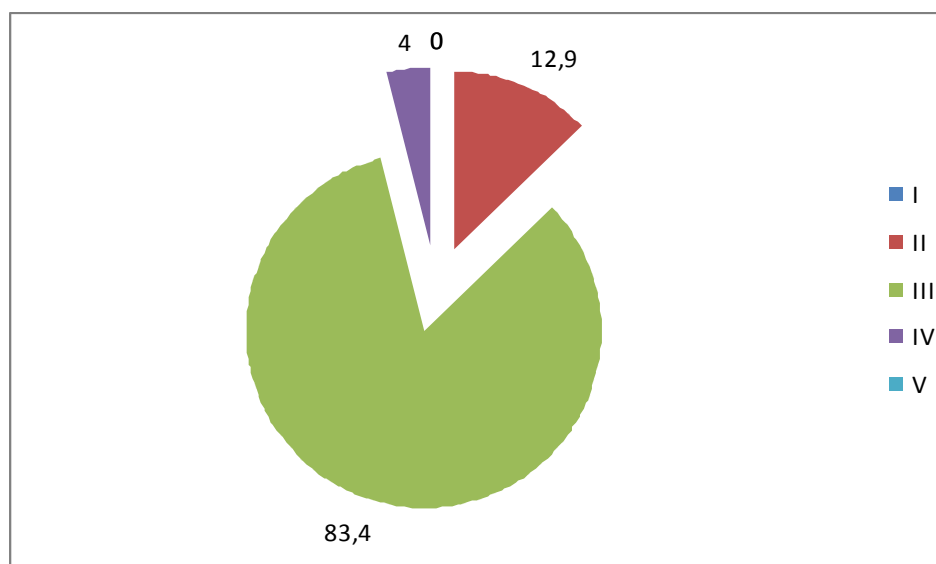


Рис. 37. Распределение по группам здоровья подростков из детского дома, %

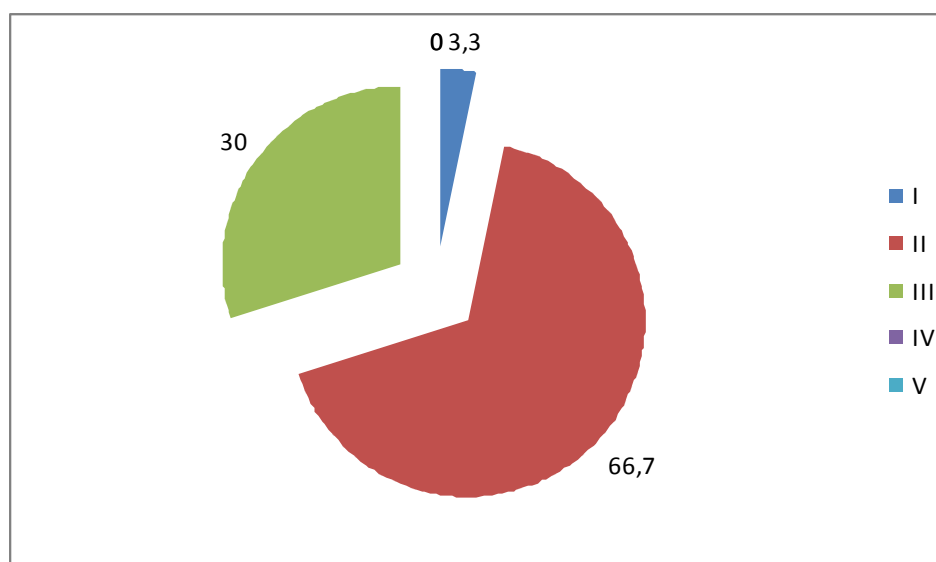


Рис. 38 Распределение по группам здоровья подростков из биологических семей, %

В целом, проведенное исследование свидетельствует о низком уровне здоровья 14-16-летних подростков независимо от места проживания. Воспитанники ЗС и ДД, изначально представлявшие одну группу детей, на которых длительное время оказывало негативное влияние социальное окружение и условия проживания, в дальнейшем, после нахождения в различных формах устройства (замещающие семьи и детский дом), стали отличаться друг от друга по многим параметрам развития и здоровья. 38% подростков из ДД имеют низкорослость. Подростки из ЗС имеют меньше хронических заболеваний, чем их сверстники из ДД, которые чаще, чем воспитанники ЗС страдают навязчивыми привычками и патологическими состояниями, имеют отклонения в психическом здоровье, что приводит к ухудшению школьной успеваемости, отсутствию желания учиться и как следствие, предпочтению рабочих профессий. Достоверно больше воспитанников ДД относится к 3 группе здоровья. Это позволяет сделать вывод о положительном влиянии семейного устройства на детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и наметить план более эффективной их реабилитации. Пребывание ребенка в ДД не должно быть длительным, так как продолжительное нахождение в закрытом учреждении откладывает весьма негативный отпечаток на развитие и здоровье ребенка и, в конечном счете, влечет за собой потерю для общества психически и соматически здорового молодого

человека, что в условиях демографического кризиса крайне важно и должно носить стратегический характер для развития человеческого потенциала страны.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Острейшей проблемой России в условиях напряженной демографической обстановки является рост числа сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В России проживает более 670 000 детей этой категории, при том, что согласно Семейному кодексу РФ, каждый ребенок имеет право на воспитание в семейных условиях. Государство, ратифицировавшее конвенцию ООН о правах ребенка, берет на себя обязанность по созданию для каждого ребенка условий для гармоничного роста и развития.

Многочисленные исследования показали, что только в условиях семьи возможно полноценное развитие личности ребенка, формирование здоровья и гармоничной интеграции в общество. В связи с этим в России получили широкое распространение семейные формы устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, при одновременном сокращении сети детских учреждений. В нашей стране, в отличие от зарубежных стран, где выделяют всего 2 формы устройства сирот (фостеровские семьи - аналог российского патроната и усыновление), существует 3 законодательно закрепленные формы семейного устройства (приемная семья, усыновление, опека и попечительство) и 2 гражданско-правовые формы (патронатная семья, семейно-воспитательная группа, детский дом семейного типа). Каждая из этих форм называется ЗС (исключение – усыновление) и имеет ряд отличий по организационно-правовым аспектам, при этом в любом виде семьи за ребенком сохраняется статус сироты и все льготы, гарантированные этому контингенту детей законодательством РФ.

В настоящее время отечественные исследователи проблемы сиротства сходятся во мнении, что институт ЗС в России находится в состоянии становления, в связи с чем еще не разработаны и окончательно не внедрены все этапы медико-психолого-социально-юридического сопровождения семей. За 20 лет существования института 5 раз вносились существенные изменения в законодательно-правовую базу ЗС. В состоянии становления находятся службы сопровождения (центр сопровождения опекаемых, социальный и психологический патронаж, семейно-воспитательные группы). Однако уже

сегодня стало понятным, что доминирующими СФУ в России являются опекунские и приемные семьи, в которых проживают соответственно 51,1% и 22,3% всех российских сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. При этом специалисты, осуществляющие патронаж семей, и ученые-исследователи этой проблемы отмечают существующий на сегодняшний день дефицит информации об особенностях развития и здоровья детей, помещенных в семьи, способах контроля за ними и наличие программ индивидуальной реабилитации. В зарубежных странах институт ЗС функционирует более 70 лет, и в отличие от российской системы, опирается на хорошо изученные механизмы медико-психолого-социально-юридического сопровождения воспитанников. По данным зарубежных авторов, особое внимание уделяется изучению влияния помещения ребенка в семейные условия на его развитие и здоровье. Авторы указывают, что семейное устройство как форма воспитания и возвращения ребенка само по себе является средством реабилитации детей, которые по каким-либо причинам лишены родительской опеки. С другой стороны, по их мнению, на всех этапах существования ЗС важную роль имеет оценка качества реабилитации ребенка в семейных условиях и своевременная коррекция выявленных отклонений. В связи с вышесказанным актуальным является восполнение дефицита информации о развитии и здоровье воспитанников ЗС, возможностях их медицинского сопровождения и реабилитации.

В Пермском крае число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, составляет на 1 января 2014 года, по данным пермских органов опеки и попечительства, 17100, из них 93% проживают в ЗС. Как в нашем регионе, так и в других субъектах страны до сих пор отсутствуют нормативные документы, регламентирующие медицинское сопровождение этих семей.

Анализ результатов диспансеризации 6219 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проведенный в Пермском крае в 2009 году, показал, что только 31,7% детей этой категории подверглись углубленной оценке здоровья. С 2014 г все дети из ЗС подлежат ежегодной диспансеризации, которая однако не отражает объективно существующей ситуации относительно их развития и

здоровья. По данным диспансеризации 2009 г, 89,0% детей-сирот имели нормальное ФР, 65,0% характеризовались нормальным НПР, 78,0% страдали хронической патологией, 21,0% являлись инвалидами. В среднем на каждого ребенка приходилось 3,9 случаев врожденной и хронической патологии, в структуре которой лидировали психические расстройства (18,76%), болезни костно-мышечной системы (15,9%), болезни органов пищеварения (7,46%), болезни глаза и придаточного аппарата (7,2%). По данным В.Ю. Альбицкого (1994), Т.А. Басиловой (2009), Е.Д. Басмановой (2009) перечисленные заболевания у сирот встречаются достоверно чаще, чем по результатам диспансеризации сирот в Пермском крае. Так, по данным В.В. Бойко (1999), И.Ю. Болотникова (2010), среди детей-сирот психические расстройства встречаются в 38,6-72,3% случаев. По данным П.В. Будзнера (1996), М.И. Буянова (1988), А.А. Васильева (2007), отставание в НПР имеют до 97,0% этих детей. В.А. Вершинин (2010), Т.А. Гасиловская (2011) утверждают, что распространенность заболеваний костно-мышечной системы у сирот и детей, оставшихся без попечения родителей составляет, 65,4-100%.

Приведенные данные подтвердили необходимость углубленного изучения здоровья воспитанников ЗС. Благодаря анализу результатов диспансеризации сирот за 2009 год была разработана карта наблюдения воспитанника ЗС педиатром и предложены следующие показатели для оценки качества реабилитации ребенка в ЗС и наблюдения его в динамике:

- изучение биологического, социального и жизненного анамнеза;
- физическое развитие ребенка (рост и масса тела);
- биологическое развитие (соответствие календарному возрасту);
- нервно-психическое развитие (оценка внимания, памяти, мышления, речи, школьной успеваемости);
- частота обострений хронических заболеваний;
- психологический статус ребенка (оценка уровня тревожности по тесту Спилбергера и рисуночный тест «нарисуй свою семью»);
- субъективная «бальная» оценка ребенком факта нахождения в

замещающей семье.

Проведенное исследование показало, что у 61,5% воспитанников ЗС отсутствует полная медицинская информация (выписки из роддома, история развития с периода новорожденности, данные о вакцинации, перенесенных заболеваниях), что затрудняет сбор анамнеза и выявления при первом осмотре необходимых мер по реабилитации.

При изучении причин сиротства установлено, что 68,8% воспитанников ЗС оказались лишенными опеки вследствие лишения их матерей и отцов родительских прав из-за асоциального образа жизни (алкоголизма, наркомании, нахождения в местах лишения свободы). По данным анамнеза, 77,1% детей поступают в ЗС из полных семей, среди которых 37,4% являются многодетными. В нашем исследовании средний возраст помещения в семью 7-летних детей составил $3,0 \pm 1,4$ лет, 14-16-летних подростков – $7,7 \pm 1,3$ лет. Ведущей мотивацией создания ЗС приемные родители и опекуны указали наличие родственной связи по отношению к ребенку (45,7%), «синдром опустевшего гнезда» (28,5%), желание помочь сироте (31,3%). Более половины законных представителей (58%) отметили, что столкнулись с негативной реакцией близкого окружения и общества в связи с решением взять сироту на воспитание в семью. Средний возраст опекуна (приемного родителя) ($47,8 \pm 1,4$ лет) достоверно выше возраста родителя в биологической семье ($32,7 \pm 0,7$ лет). Среди ЗС достоверно больше многодетных с числом детей от 3 до 8 (37,2%), чем среди БС (12,6%).

Все дети, поступающие на воспитание в ЗС и ДД, имеют высокую степень отягощенности анамнеза, что является основной причиной отклонений в состоянии их здоровья и развития. Исследование показало, что 50,4% биологических матерей воспитанников ЗС не наблюдались по поводу беременности, 76% из них во время беременности курили, употребляли алкоголь и наркотики. Среди них были широко распространены психические расстройства, туберкулез, отягощенный акушерский анамнез. 41,2% воспитанников ЗС появились на свет в результате преждевременных родов, 36,5% оказывалась реанимационная помощь в родовом зале, 33,3% имели перинатальный контакт по

вирусному гепатиту В, С, ВИЧ-инфекции, 93,2% перенесли перинатальное поражение ЦНС. Среди перенесенных заболеваний чаще встречались болезни костно-мышечной системы, задержка психоречевого развития, железодефицитная анемия, бытовые травмы. В момент изъятия из неблагополучной семьи, по данным медицинской документации, в среднем на 1 ребенка приходилось 1,5 заболевания, после углубленного обследования в условиях социально-реабилитационного центра несовершеннолетних число заболеваний на одного ребёнка составило 3,08.

Все вышесказанное свидетельствует о недостаточной работе социальных служб в женских консультациях и детских поликлиниках, необходимости повышения внимания к беременным женщинам и детям из групп социального риска, внедрения активных форм диспансеризации, необходимости разработки программы повышения эффективности медико-социального сопровождения детей из групп социального риска, начиная с антенатального периода. Наличие полных сведений о перинатальном и социально-биологическом анамнезе и всём последующем развитии ребёнка до момента его поступления в СФУ и ДД повысит эффективность медико-психолого-социального сопровождения таких детей.

Важнейшими шагами в этом является, прежде всего, тщательное ведение документации беременных женщин и детей из групп высокого социального риска, обеспечение 100% диспансеризации в декретированные сроки, раннее выявление, лечение и реабилитация патологии нервной системы, психических, инфекционных, паразитарных, хирургических и соматических заболеваний у детей.

Изучение удовлетворенности ЗР качеством медицинского сопровождения их воспитанников показало, что подавляющее большинство законных представителей (74,3%) недовольны качеством этой помощи. На «отлично» эту помощь оценили только 9,5% опекунов и приемных родителей, на «удовлетворительно» - 14,3%, на «неудовлетворительно» - 47,6%, на полное отсутствие помощи пожаловались 42,9%. Анкетирование показало, что 67,2%

опекунов и приемных родителей испытывают дефицит информации по поводу здоровья своего воспитанника и возможных мер его реабилитации. 37,4% законных представителей указали, что испытывали стрессовую ситуацию в первый год проживания ребенка в семье в связи с особенностями его здоровья, при этом только 36,5% из них обратились за помощью к педиатру или психологу.

ФР ребёнка является индикатором благополучности социальной среды, в которой он воспитывается. Такие факторы, как проживание в социопатической семье, материнская депривация, помещение ребёнка в детское учреждение закрытого типа достоверно приводят к отклонениям в физическом и биологическом развитии.

Согласно нашему исследованию, извлечение ребёнка из ДД и помещение его в СФУ оказывает положительное влияние на ФР. Дети, помещенные в ЗС в возрасте до 4 лет и взятые под динамическое наблюдение на 3 года, с каждым годом улучшали своё ФР, и если в первый год наблюдения число детей с нормальным ФР составило 81,1%, то к 3 году наблюдения их количество увеличилось до 90,4%, при этом все дети к 3-му году продемонстрировали «рост вдогонку», дав за год прибавки в росте, достоверно большие, чем их сверстники из БС. С другой стороны, помещение ребенка в возрасте до 4 лет в ДД приводит к формированию низкорослости у 38% детей, при этом в группе риска оказываются мальчики. Низкорослость вызывает у детей снижение самооценки, повышение тревожности. К подростковому возрасту между сверстниками из ЗС и ДД выявляются высоко достоверные различия по количеству воспитанников с отклонениями в ФР (соответственно 73,5% и 34,6%, $p=0,001$). При этом среди воспитанников ЗС подросткового возраста меньше тех, кто имеет нормальное ФР (73,5%), чем среди воспитанников младшего школьного возраста (90,4%), что можно связать с их поздним поступлением в ЗС.

Как в младшем школьном возрасте, так и в подростковом, воспитанник ЗС занимает промежуточную позицию по росту между сверстником из БС и ДД. Так, средний рост 14-летнего мальчика из ЗС ($165,5 \pm 0,9$) достоверно ниже роста мальчика из БС ($172,5 \pm 1,3$) и достоверно выше роста мальчика из ДД ($151,3 \pm 1,0$).

Комплексное воздействие семейных условий на физическое развитие ребенка, в частности, на скорость роста, подтверждается достоверно более высокими прибавками в росте у 9-летних мальчиков и девочек из ЗС к 3 году наблюдения по сравнению со сверстниками из БС и ДД; в среднем воспитанники ЗС выросли на 2,5 – 3,0 см больше, чем воспитанники ДД и дети из БС.

Низкорослость можно рассматривать не только как генетически обусловленный признак, но и как маркер социального неблагополучия ребёнка, о чём свидетельствует увеличение числа воспитанников ДД, имеющих низкий рост, с увеличением срока пребывания в нем. Так, среди 7-летних воспитанников ДД было выявлено 11,1% детей с низким ростом, а среди 16-летних уже 38,0% ($p=0,003$). Помещение ребёнка в семью приводит к уменьшению вероятности развития у него низкорослости. Так, среди воспитанников ЗС было 2,7% детей с низкорослостью, что достоверно меньше, чем среди сверстников из ДД (38,0%). Выявлено, что низкий рост достоверно чаще имеют дети, поступившие в ДД в возрасте менее 4 лет, для них характерна повышенная тревожность по сравнению со сверстниками, имеющими нормальный рост, 67% низкорослых детей составляют мальчики.

В то же время достоверно меньше подростков, проживающих в ЗС (опекунских), имеют ИМТ, соответствующий календарному возрасту, что можно объяснить финансовыми проблемами этих семей. Низкий ИМТ у этих подростков сочетается с высокой заболеваемостью патологией органов пищеварения, железодефицитной анемией, паразитозами.

При оценке БР детей и подростков, проживающих в разных условиях, не выявлено достоверных различий, к 3-му году динамического наблюдения за детьми с 1 по 3 класс обучения, среди 9-летних воспитанников ДД наблюдалась тенденция к увеличению числа детей с задержкой БР, а в семьях – к уменьшению числа таких детей.

Многие исследователи проблемы сиротства сходятся во мнении, что нервная система и психика являются первоочередной мишенью для формирования отклонений, когда ребёнок оказывается в условиях материнской депривации, т.е.

в условиях отсутствия психологически значимого взрослого. Это подтверждается и нашим исследованием. Дети и подростки, проживающие в ДД, имеют достоверно больше отклонений в нервно-психическом развитии, чем их сверстники из семей, при этом воспитанники ЗС в динамике наблюдения имеют улучшение когнитивных процессов, поведения, школьной успеваемости.

Динамическое наблюдение за воспитанниками ЗС показало, что у них к 3 году наблюдения высоко достоверно улучшились уровень внимания ($p=0,005$), памяти ($p=0,000$), словесно-логическое мышление ($p=0,003$), психологический компонент речи ($0,012$), школьная мотивация ($p=0,001$). В то же время воспитанники ДД не имели положительной динамики или даже ухудшили показатели таких когнитивных процессов как внимание, словесно-логическое мышление, речь, школьная мотивация.

Анализ результатов анкетирования детей по личностному модифицированному вопроснику Кеттелла не позволил выявить достоверных различий: по всем анализируемым 11 личностным чертам дети демонстрировали средние баллы, что говорит о преобладании среди них детей с умеренно выраженными проявлениями той или иной черты, например, смелости, добросовестности. Несмотря на рутинность методики, анкетирование показало, что помещение детей в ЗС приводит к снижению встречаемости таких черт, как замкнутость ($21\% \rightarrow 13\%$), склонность к авантюрам ($33\% \rightarrow 17\%$), недобросовестность ($39\% \rightarrow 13\%$) и улучшению у них коммуникативных навыков ($6\% \rightarrow 22\%$), самоконтроля ($6\% \rightarrow 17\%$). Пребывание в ДД, напротив, приводит к росту числа детей с замкнутостью ($11\% \rightarrow 23\%$), склонных к риску ($21\% \rightarrow 44\%$), имеющих пониженное настроение ($11\% \rightarrow 22\%$), наблюдается снижение у них лидерских качеств ($79\% \rightarrow 56\%$), уверенности в завтрашнем дне ($16\% \rightarrow 6\%$), способности контролировать свои действия и поступки ($37\% \rightarrow 28\%$), реально оценивать события ($11\% \rightarrow 0\%$).

Зарубежные авторы отмечают, что особый контингент детей ставит перед врачами новые задачи и заставляет искать новаторские, часто нестандартные подходы к их решению. В Чехии, Германии, Голландии, Великобритании и США

наряду с традиционными методами реабилитации психики ребенка используются музыкотерапия, «лечение воздушными шарами», цветным песком и т.д. При этом зарубежные авторы отмечают, что важно вовремя выявить психологический и эмоциональный дискомфорт ребенка и используют в своей практике с этой целью рисуночные тестовые методики. В процессе динамического наблюдения мы ежегодно просили детей нарисовать свою семью. Эта простая и вместе с тем информативная методика позволила сделать ряд важных выводов и подтвердила свою полезность в практике врача-педиатра, осуществляющего сопровождение ЗС.

Анализ детских рисунков показал, что как ребёнок, так и его опекун (приемный родитель), испытывают глубокие психологические переживания, особенно в период формирования ЗС. Это подтверждается наличием на рисунках символов, указывающих на повышенную тревожность детей и потребность в защите, а также выявлением с помощью анкетирования и собеседования показателей психологического дискомфорта ЗР. Но если в первый и второй год наблюдения подавляющее число воспитанников ЗС (в первый год – 73,2%, во второй год – 54,6%) не адаптировались к жизненной ситуации и находились в состоянии ее неприятия, то к третьему году пребывания в семьях число таких детей снизилось до 24,3% ($p=0,002$), в то время как среди воспитанников ДД за три года наблюдения таких детей стало больше (в первый год наблюдения – 71,9%, в третий год наблюдения – 88,6%).

У подростков из разных условий проживания различия в уровне НПР более выражены, чем у младших школьников. У девушек и юношей из ДД достоверно чаще, чем у сверстников из семей выявляются отклонения эмоционально-вегетативной, сомато-вегетативной, психомоторной сферы и поведения, что проявляется наличием страхов, повышенной раздражительностью, нарушением сна и аппетита, энурезом, агрессией, замкнутостью, негативизмом. В сравнении с подростками из БС (14% и 17%), воспитанники ЗС (39% и 26%) и ДД (79% и 55%) часто подвержены тикам и патологическим привычкам, однако, у воспитанников ЗС после помещения в семью эти проявления значительно

уменьшаются. Так, согласно данным анамнеза, произошло достоверное снижение числа детей с тиками с 68,3% до 39,0% ($p=0,040$) и с патологическими привычками с 56,7% до 17,0% ($p=0,002$). Анкетирование родителей показало, что помещение ребенка в семью положительно влияет на его поведение (48,6%), настроение (45,7%), школьную успеваемость (40,2%), здоровье (34,2%). Это подтверждается объективными данными: у детей достоверно улучшилась успеваемость в школе ($p=0,025$), среди них достоверно меньше детей, находящихся в состоянии психологического дискомфорта, чем среди воспитанников ДД ($p=0,017$).

К сожалению, дети, наблюдаемые в возрасте 7-9 лет, и подростки из ЗС имеют ряд параметров НПП, характерных для воспитанников ДД, что, возможно, связано с отягощенным жизненным анамнезом, «педагогической запущенностью» до помещения в семьи и отсутствием у ЗР опыта воспитания таких детей. Так, большинство воспитанников ЗС, как и их сверстники из ДД, имеют внимание, память, словесно-логическое мышление, соответствующие низкому уровню. Для них характерны затруднения в пользовании речью для регуляции поведения и общения с окружающими. Воспитанники ЗС и ДД планируют схожий образовательный маршрут, т.е. в будущем предпочитают интеллектуальному труду рабочие профессии, а количество детей из ЗС, успевающих в школе на «удовлетворительно», было сопоставимо с количеством таких детей в ДД.

Все вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что дети из ЗС нуждаются в углубленном обследовании нервно-психического развития на всех этапах существования семьи. Необходима медико-психолого-педагогическая коррекция внимания, памяти, мышления и речи таких детей. ЗР нуждаются в подготовке к приему детей в семью. В то же время условия, созданные в семьях, должны способствовать успешной реабилитации ребенка и улучшению состояния его психики и когнитивных функций.

Изучение состояния здоровья детей 7-9 лет из ЗС в динамике 3-летнего наблюдения показало, что как и в БС, они с возрастом имеют тенденцию к ухудшению здоровья, росту хронической патологии, что выражается в

достоверном росте заболеваний костно-мышечной системы (32,4%→66,7%, а именно сколиоза на 37,6% ($p=0,011$) и плоскостопия на 30%, ($p=0,022$); психических расстройств (16,2%→33,7%), заболеваний органов пищеварения (19,6→43,6%, $p=0,012$). С возрастом происходит увеличение числа детей, относящихся к 3 группе здоровья (57%→73%) и уменьшение числа детей с 1 и 2 группой здоровья (соответственно 8%→0% и 27%→18%). Эти закономерности характерны для детской популяции в целом с той лишь разницей, что ухудшение более выражено у детей и подростков из ДД по сравнению с их сверстниками, проживающими в семьях. Так, среднее количество заболеваний на 1 ребенка 7 лет из ЗС составляло $3,1 \pm 0,83$, из ДД – $5,6 \pm 0,59$, из БС – $1,8 \pm 0,38$, на 1 подростка из ЗС – $3,1 \pm 1,2$, из ДД – $5,9 \pm 1,0$, из БС – $1,8 \pm 0,8$.

Результаты обследования подростков, проживающих в ЗС, дают основание предполагать, что возраст помещения ребенка в семью является важным условием его успешной реабилитации. Подростки из ЗС по параметрам развития и здоровья остаются более сопоставимыми с подростками из ДД, чем со сверстниками из БС, 7-летние воспитанники ЗС по этим показателям более близки сверстникам из БС. В ЗС достоверно больше, чем в БС подростков с низким ИМТ (54,5%, $p=0,025$), среди них достаточно широко распространены психические заболевания (33%) и заболевания нервной системы (76%), отклонения в поведении, отрицательные привычки, затруднения в обучении, отрицательные личностные качества. 76% ЗР испытывают трудности при взаимодействии с подростками, только для 24% из них характерна высокая степень принятия ребёнка, в ЗС 62% родителей используют как ведущий авторитарный способ воспитания. Планы на совместное будущее с детьми строят только 57% ЗР, 14% имеют психологическую дистанцию по отношению к ребенку, 5% испытывают отрицательные чувства к своему воспитаннику. Динамическое наблюдение за воспитанниками ЗС в возрасте 7-9 лет позволило углубленно изучить динамику их развития и здоровья и наладить с семьей тесный контакт, который привел к достоверному повышению подверженности замещающих родителей исполнению назначений педиатра и способствовал более

благоприятной адаптации ребенка в семейных условиях.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило необходимость комплексного подхода к реабилитации детей-сирот в замещающих семьях. Данный подход должен включать не только регламентированное и гарантированное государством сопровождение семьи органами опеки и попечительства, детским психологом, педагогом и социальным работником, осуществляющими патронаж семьи, но и врачом. Для этого необходимо повышать знания врачей, которые сталкиваются с воспитанниками ЗС об особенностях развития и здоровья, и внедрить алгоритм медицинского обслуживания таких детей на педиатрическом участке.

ВЫВОДЫ

1. В Пермском крае доминирующей формой устройства детей-сирот являются замещающие семьи, в которых проживает 93,6% этих детей. Большинство воспитанников замещающих семей до 2014 года не входили в целевую группу по проведению диспансеризации сирот, при этом результаты этой диспансеризации не согласуются с данными углубленного исследования развития и здоровья детей данной категории.
2. Доля детей младшего школьного возраста из разных форм устройства с отклонениями в физическом развитии в начале наблюдения была одинаковой и составляла 17-18%. В динамике в замещающих семьях доля детей с отклонениями снизилась до 9%; в детском доме преобладающим нарушением была низкорослость (11,2%), которая имела тенденцию к увеличению (до 16,7%, $p=0,910$); в биологических семьях произошло увеличение доли детей с избыточными массой на 10% и ростом на 4,3%.
3. В замещающих семьях у детей 7-9 лет показатели внимания, памяти и мышления имеют более выраженную положительную динамику, чем у детей из детского дома и менее значимую, чем в биологических семьях. При изучении личностных особенностей установлено, что каждому второму ребенку из детского дома свойственна сохраняющаяся нереалистичная оценка жизненной ситуации, тогда как в замещающих и биологических семьях число таких детей составляет около 10%.
4. В структуре заболеваемости детей 7 лет из замещающих семей в первый год наблюдения наблюдалось преобладание болезней нервной, костно-мышечной системы и аллергических заболеваний. В динамике доля детей с болезнями костно-мышечной системы, психическими расстройствами, болезнями органов пищеварения выросла в 2 раза, а с болезнями крови – в 3 раза. Доля детей из детского дома с хронической патологией была значительно выше, чем в замещающих семьях и представлена в первый год болезнями костно-мышечной, нервной системы и психическими расстройствами, к 3 году

наблюдения доля детей с этими заболеваниями увеличилась в 2 раза. В биологических семьях доля детей с хронической патологией была в 2 раза ниже, чем среди детей из замещающих семей и в 3 раза ниже, чем среди детей из детского дома, к 3 году наблюдения у них произошел достоверный рост доли детей с болезнями костно-мышечной системы и аллергическими заболеваниями.

5. Подростки из замещающих семей сопоставимы по уровню физического развития со сверстниками из биологических семей, у воспитанников детского дома 14-16 лет лидирующим отклонением в физическом развитии является низкорослость, которая встречается у 38% подростков и сочетается с повышенной тревожностью. Среди воспитанников замещающих семей и детского дома достоверно чаще, чем в биологических семьях встречаются подростки с отклонениями в психо-моторной и интеллектуальной сфере. Доля подростков, имеющих хроническую патологию самая высокая в детском доме (89,9%), в замещающих семьях хроническую патологию имеют 66,7%, в биологических семьях – 30%. В структуре заболеваемости у подростков из замещающих семей и детского дома достоверно чаще, чем в биологических семьях выявляются психические расстройства и болезни нервной системы.
6. Преобладающими видами замещающих семей на территории Пермского края являются опекунские (54,9%) и приемные (32,4%), средний возраст опекуна составляет $59,2 \pm 0,87$, приемного родителя – $45,2 \pm 1,27$. Среди замещающих семей достоверно больше многодетных, чем среди биологических семей. 48,6% замещающих родителей испытывают трудности из-за отягощенного анамнеза сирот и проблем со здоровьем, большинство законных представителей (89%) неудовлетворенно качеством медицинского сопровождения их воспитанников.

Практические рекомендации

1. При проведении диспансеризации детей-сирот следует более объективно оценивать уровень их физического, нервно-психического развития и выявлять патологию нервной системы, психические расстройства и болезни костно-мышечной системы.
2. Все дети из социопатических семей должны находиться под пристальным вниманием педиатра. Информация о таких семьях должна своевременно поступать на педиатрический участок от акушерско-гинекологической, социальной служб, органов опеки и попечительства. Необходим тщательный мониторинг развития и здоровья детей из социопатических семей и качественное ведение их медицинской документации с внесением данных о перинатальном периоде, перенесенных заболеваниях и травмах, анамнез и др. сведения. Соблюдение этих принципов работы с такими детьми, позволит в случае изъятия ребенка и помещение в семейные формы устройства, врачу, осуществляющему контроль лечения и наблюдения, разработать индивидуальную программу реабилитации ребенка.
3. Наряду с обязательным прохождением будущими замещающими родителями педагогических и психологических курсов, необходимо ввести в программу образовательные материалы о развитии и здоровье детей и способах их оздоровления и реабилитации в условиях замещающей семьи. Их необходимо также обучать методам улучшения когнитивных функций детей, их школьную успеваемость и мотивацию, социализацию.
4. Дети, поступающие в семьи, должны быть взяты на диспансерный учет с включением в план осмотра всех необходимых специалистов.
5. Дети, проживающие в опекунских семьях, нуждаются в выдаче бесплатных лекарств для лечения алиментарно зависимых заболеваний. Необходимо повышать материальный статус опекунских семей, где замещающие родители имеют пенсионный возраст.
6. Целесообразно ввести день ребенка из замещающей семьи в условиях детских поликлиник для привлечения внимания к этим детям и

своевременной их диагностики и лечения. Требуется контроль тщательности заполнения их медицинской документации. Замещающие родители нуждаются в повышении медицинских знаний не только при создании семьи, но и на всех этапах ее существования.

7. Необходимо как можно более раннее извлечение ребенка из детского дома и помещение его в семейные формы устройства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азарова, Е.Г. Социальное обеспечение и правовая защита детей [Электронный ресурс] / Е.Г. Азарова. – Режим доступа: <http://journaldetskidom.ru/magazine/>.
2. Акутова, С.К. Психологическая характеристика подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации / С.К. Акутова, Т.М. Шавров // Вопросы психологии. – 2009. – № 7. – С. 71–78.
3. Алексеева О.С. Родительское отношение и его связь с интеллектом сиблингов / О.С. Алексеева // Вопросы психологии. – 2010. – № 5. – С. 25–31.
4. Алесковская, Г.Я. Состояние здоровья юношей призывного возраста и пути совершенствования их медико-социальной реабилитации: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Алесковская Галина Яковлевна. – Пермь, 2001. – 135 с.
5. Альбертин, С.В. Методика тестирования избирательности внимания / Альбертин С.В. // Вопросы психологии. – 2010. – № 5. – С. 125–130.
6. Андрюхин, Т.В. Коррекция физического развития младших школьников с задержкой психического развития церебрально-органического генеза средствами народных игр: автореф. дис. ... канд. пед. наук – Екатеринбург, 2001. – 21 с.
7. Аносова, Ю.А. Здоровье и развитие девочек-подростков, проживающих в условиях повышенной антропогенной нагрузки: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Аносова Юлия Анатольевна. – Пермь, 1999. – 170 с.
8. Атанесян, Р.А., Клинико-анамнестическая характеристика детей с соматотропной недостаточностью в зависимости от уровня дефицита гормона роста / Р.А. Атанесян, Л.Я. Климов, В.А. Курьянинова, Т.А. Углова, М.В. Стоян, Т.М. Вдовина, Г.А. Александрович, Е.И. Андреева // Педиатрия. – 2013. – № 3. – С. 169–170.

9. Баладин, В.А. Развитие познавательных способностей детей 6–10 лет средствами физического воспитания / В.А. Баладин // Физическая культура: образование, воспитание, тренировка. – 2000. – № 1. – С. 24–26; 39–40.
10. Басманова, Е.Д. Особенности физического развития детей в школах разного типа / Е.Д. Басманова, Н.К. Перовощикова // Российский педиатрический журнал // Российский педиатрический журнал. – 2009. № 1. – С. 53–55.
11. Баранов, А.А. 250 лет от Императорского Московского воспитательного дома до Научного центра здоровья детей РАМН: достойное прошлое, ответственное будущее / А.А. Баранов // Педиатрия. – 2013. – № 4. – С. 99–104.
12. Баранов, А.А. Концепция законопроекта «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» / А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин // Медицинское право и этика. – 2003. – № 3. – С. 7–8.
13. Баранов, А.А. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации / А.А. Баранов // М.: ПедиатрЪ, 2013 – 219 с.
14. Басилова, Т.А. Основные этиопатогенетические факторы нарушения психического и соматического здоровья детей-сирот // Дети-сироты: консультирование и диагностика развития. – М.: Полиграф-сервис. – 2010. – С.35–48.
15. Басманова, Е.Д. Особенности физического развития детей в школах разного типа / Е.Д. Басманова, Н.К. Перовощикова // Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 53–56.
16. Бахметьева, О.З. Замещающая семья – альтернатива детским домам / О.З. Бахметьева // Материалы международной конференции по патронату. – Москва, 2007. – С. 22–25.
17. Бобылева, Т.А. Коррекция двигательной сферы учащихся, имеющих ЗПР, в условиях общеобразовательной школы крайнего севера

- средствами физической культуры: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Т.А. Бобылева. – Екатеринбург, 2002. – 23 с.
18. Бойко, В.В. Социально защищенные и незащищенные семьи в изменяющейся России / В.В. Бойко, К.М. Оганян, О.И. Копытенкова. – СПб.: Социология, 1999. – 242 с.
19. Болотников, И.Ю. Медико-социальная характеристика состояния здоровья воспитанников интернатных учреждений, оставшихся без попечения родителей. // Здоровоохранение РФ. – 2008. – № 9. – С. 40–43.
20. Бородулина, Т.В. Комплексный подход к диагностике и профилактике алиментарно-зависимых заболеваний у детей раннего возраста, воспитывающихся в домах ребенка: дис. ...д-ра. мед. наук: 14.00.08 / Бородулина Татьяна Викторовна. – Екатеринбург, 2012. – 268 с.
21. Буянов, М.И. Ребенок из неблагополучной семьи: записки детского психиатра / М.И. Буянов – М.: Просвещение, 1988. – 159 с.
22. Ванюшкин, В.А. Коррекция координационных способностей учащихся с недостатками интеллектуального развития: автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Екатеринбург. – 1999. – 23 с.
23. Васильев, А.А. Нужны ли нам детские дома? // Социальная педагогика. – 2007. – № 3. – С. 95–102.
24. Вершинин, В.А. «Раздача» сирот, приемная семья: на что надеемся господ? // Социальная педагогика. – 2008. – № 1. – С. 89–100.
25. Волков, С.В. Семья как фактор возникновения тревожных и депрессивных расстройств у детей // Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиск. – М.: Педагогика, 1999. – 48 с.
26. Выявление и устройство детей и подростков, оставшихся без попечения родителей, в 2001 году. Аналитическая справка // Вестник образования России. – 2002. – № 16. – С. 8–17.
27. Галигузова, Л.Н. Проблема социальной изоляции детей // Вопросы психологии. – 1996. – № 3. – С. 101–116.

28. Гасиловская, Т.А. Значение опроса родителей в экспертизе качества педиатрической амбулаторно-поликлинической помощи / Т.А. Гасиловская, М.М. Садыков // Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 6. – С. 43–47.
29. Гордиец, А.В. Состояние здоровья первоклассников и особенности их адаптации к школьному обучению / А.В. Гордиец // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 49–52.
30. Гончар П. На каникулы – в семью! / П. Гончар // Защити меня! – 2006. – № 1. – С. 42–43.
31. Горемыкин, В.И. Формирование адаптационных нарушений у детей с конституциональными вариантами задержки роста / В.И. Горемыкин, А.В. Хижник // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 18–21.
32. Горская, И.Ю. Базовые координационные способности школьников с различным уровнем здоровья / И.Ю. Горская, Л.А. Суянгулова. – Омск: СибГАФК. – 2000. – 212 с.
33. Горская, И.Ю. Координационные способности школьников с нарушениями интеллекта: учебное пособие / И.Ю. Горская, Т.В. Синелькова. – Омск, 1999. – 210 с.
34. Гудинова, Ж.В. Оценка нервно-психического развития подростков с девиантными формами поведения / Ж.В. Гудинова, Е.И. Толькова // Российский педиатрический журнал – 2010. – № 1. – С. 49–51.
35. Дементьева, И.Ф. Социальное сиротство: генезис и профилактика / И.Ф. Дементьева. – М.: Социология, 2000. – 48 с.
36. Дмитриев, С.В. Основы профилактики гиподинамии и гипокинезии инвалидов средствами физической культуры и спорта / С.В. Дмитриев, Г.Н. Сомарева, Е.В. Киселева. – Малаховка, 1993. – 144 с.
37. Деревцова, С.Н. О пропорциональности телосложения юношей и девушек 16–17 лет г. Красноярск / С.Н. Деревцова // Педиатрия. – 2010. – № 3. – С. 34–37.

38. Дубровина, И.В. Психическое развитие воспитанников детского дома / И.В. Дубровина, А.Г. Рузская. – М.: Психология, 1990. – 100 с.
39. Дуновски, М. Усыновление с точки зрения детского врача / М. Дуновски // Педиатрия. – 1987. – № 4. – С. 55–59.
40. Дыскин, А.А. Критерии социальной дезадаптации детей с отклонениями в развитии / А.А. Дыскин // Педиатрия. – 1996. – № 3. – С. 83–88.
41. Ефименко, О.В. Особенности состояния здоровья детей раннего возраста в домах ребенка: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ефименко О.В.– М., 1991. – 23 с.
42. Закон Пермской области от 06.10. 2000 № 1129-164 (ред. от 06.05.2004, с изм. от 27.04.2007) «О патронатном воспитании».
43. Захарова, Ж.П. Воспитание детей в замещающих семьях / Ж.П. Захарова // Социальная работа. – 2005. – № 1. – С. 35–39.
44. Захарова, Ж.П. Детский дом: быть или не быть / Ж.П. Захарова // Социальная педагогика. – 2008. – № 1. – С. 101–105.
45. Захарова, Ж.П. Подготовка замещающих родителей к новой роли / Ж.П. Захарова // Народное образование. – 2008. – № 4. – С. 249–253.
46. Захарова, Ж.П. Подготовка специалистов служб сопровождения к работе с замещающей семьей / Ж.П. Захарова // Социальная педагогика. – 2008. – № 3. – С. 107–112.
47. Зезина, М.Р. Система социальной защиты детей-сирот В СССР / М.Р. Зезина // Педагогика. – 2000. – № 3. – 58 с.
48. Зелинская, Д.И. Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации / Д.И. Зелинская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 1. – С. 83–89.
49. Зерницкий, О.Б. Мотивация усыновления и особенности родительских позиций в семьях с приемными детьми / О.Б. Зерницкий // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2002. – № 1. – С. 45–50.

50. Зимина, И.С. Психолого-педагогические условия снижения уровня тревоги в группах младших дошкольников: автореф. дис. канд. пед. наук / И.С. Зимина – Екатеринбург, 1996. – 20 с.
51. Зорина, И.Г. Состояние здоровья и психологический статус школьников Челябинска / И.Г. Зорина // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 2. – С. 53–54.
52. Зорина, Т. Дом – для ребенка: французский опыт защиты детства / Т. Зорина, Э. Огарышева // Защити меня!. – 2007. – № 4 – С. 26–35.
53. Иваненко, А.В. Состояние здоровья детского и подросткового населения Москвы и его связь с социально-гигиеническими факторами / А.В. Иваненко, И.Ф. Волкова, А.П. Корниенко, Е.В. Судакова, Е.В. Козлова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 2. – С. 28–30.
54. Иванова, И.В. Состояние здоровья и социально-психологические особенности учащихся школ разного типа / И.В. Иванова, Н.Л. Черная, Е.И. Сенягина // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 2. – С. 53–55.
55. Иванова, Н.П. Дети в приемной семье: советы начинающим родителям / Н.П. Иванова, О.В. Заводилкина. – М.: Дом, 1993. – 122 с.
56. Иванова, Н.П. Замещающая семья как социокультурное явление / Н.П. Иванова // Социальная педагогика. – 2008. – № 1. – С. 13–19.
57. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И. Каплан, Б.Д. Сэдок. – М.: Медицина, 1994. – 104 с.
58. Клещина, Ю.В. Мониторинг состояния здоровья и фактического питания современных подростков / Ю.В. Клещина // Российский педиатрический журнал – 2011. – № 2. – С.38–40.
59. Кобринский, Б.А. Мониторинг состояния здоровья детей с использованием современных компьютерных технологий: состояние и перспективы / Б.А. Кобринский // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 1. –С. 6–9.

60. Коколина, В.Ф. Распространенность и структура гинекологических заболеваний у детей и подростков Московской области / В.Ф. Коколина, Е.И. Рубец // Педиатрия – 2013. – № 1. – С. 132–135.
61. Колесникова, Н.В. О положении детей в Томской области в 2002–2003 году / Н.В. Колесникова, Л.Н. Дударева, Н.А. Лахтикова // Образовательный вестник. – 2002. – № 30. – С. 3–72.
62. Коломейцев, М.Г. Проблемы полового воспитания и охраны репродуктивного здоровья подростков / М.Г. Коломейцев // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 36–41.
63. Кретьова, И.Г. Состояние здоровья учащихся образовательного учреждения разного типа г. Самары / И.Г. Кретьова, Н.В. Русакова, И.И. Березин, А.И. Манюхин, Е.А. Косцова, С.Е. Чигарина, О.В. Кондратенко, Е.А. Трифонова, М.А. Гребнева // Педиатрия. – 2011. – № 1. – С. 125–129.
64. Куско, Л.Л. Реабилитация детей-сирот в Красноярском доме ребенка / Л.Л. Куско, Ю.А. Кетанова, А.К. Жиглов // Педиатрия. – 2009. – № 6. – С. 39–41.
65. Лещенко, М.В. Состояние здоровья и развития воспитанников домов ребенка / М.В. Лещенко, Р.В. Тонкова-Ямпольская, Э.Л. Фрухт // Российский педиатрический журнал. – 2003. – № 1. – С. 48–49.
66. Мажура, Н.В. Особенности здоровья детей и подростков из социопатических семей, находящихся в реабилитационном центре: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Мажура Наталья Валерьевна. – Екатеринбург, 2001. – 147 с.
67. Максимова, Е.В. Особенности физического развития школьников в зависимости от материальной обеспеченности их семей / Е.В. Максимова, С.А. Максимов, М.С. Куракин // Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 6. – С. 38–41.

68. Менделевич, Б.Д. Качество жизни подростков с социально-психологической дезадаптацией / Б.Д. Менделевич, С.Я. Волгина // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 42–43.
69. Мироненкова, Е.Г. Почечные резервы и качество жизни детей и подростков с единственной почкой: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Мироненкова Елена Геннадьевна. – Пермь, 2007. – 195 с.
70. Модестов, А.А. Образ жизни детей из бедных семей сельской местности и факторы, его обуславливающие / А.А. Модестов, Д.Ю. Лебедев, А.А. Иванова // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 5. – С. 30–33.
71. Монахов, М.В. Социальная характеристика семей в современной России и здоровье детей / М.В. Монахов, Т.А. Соколовская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 1. – С. 77–82.
72. Мухина, В.С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа / В.С. Мухина // Лишенные родительского попечительства: хрестоматия. – М.: Просвещение, 1991. – С. 113–123.
73. Нагаева, Е.В. Гормон роста – 20 лет применения. / Е.В. Нагаева // Проблемы эндокринологии. – 2011. – № 1. – С. 71–78.
74. Николаева, И.С. Личностные особенности родителей и детей в приемных семьях / И.С. Николаева, О.Г. Япарова // Вопросы психологии. – 2007. – № 6. – С. 37–42.
75. О положении детей в Пермском крае / Информационно-аналитические материалы по Пермскому краю к докладу «О положении детей в Российской Федерации (2010 год)». – Пермь: От и До, 2011. – 250 с.
76. О положении детей в Пермском крае / Информационно-аналитические материалы по Пермскому краю к докладу «О положении детей в Российской Федерации (2013 год)». – Пермь: От и До, 2014. – 260 с.

77. Огрызко, Е.В. Анализ динамики движения контингента детей, воспитывающихся в домах ребенка в Российской Федерации / Е.В. Огрызко // *Здравоохранение РФ.* – 2008. – № 3. – С. 16–19.
78. Огрызко, Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15–17 лет / Е.В. Огрызко // *Здравоохранение РФ.* – 2008. – № 5. – с. 27–30.
79. Одинцова, М.А. Образ мира у подростков из неполных семей / М.А. Одинцова // *Вопросы психологии.* – 2011. – № 2. – С. 82–89.
80. Олиференко, Л.З. Приемная семья – институт защиты детства / Л.З. Олиференко // *Социальная педагогика.* – 2003. – № 2. – С. 77–88.
81. Осипова, И.Г. Государственные стратегии предотвращения социального сиротства / И.Г. Осипова // *Социальная педагогика.* – 2008. – № 2. – С. 19–24.
82. Ослон, В.Н. Дети с особыми образовательными нуждами, лишенные родительского попечения / В.Н. Ослон // *Проблемы обучения детей со специальными образовательными нуждами / под ред. А.К. Колесникова.* – Пермь, 1999. – С. 33–37.
83. Ослон, В.Н. Замещающая профессиональная семья как одна из моделей решения проблемы сиротства в России / В.Н. Ослон, А.Б. Холмогорова // *Вопросы психологии.* – 2001. – № 3. – С. 79–90.
84. Ослон, В.Н. Приемная семья – кризисы первого года / В.Н. Ослон // *Формирование гуманитарной среды и внеучебная работа в вузе, техникуме, школе / под ред. В.Н. Стегния. Т. 2.* – Пермь, 2000. – С. 245–246.
85. Ослон, В.Н. Проблемы сопровождения замещающей профессиональной семьи / В.Н. Ослон // *Дефектология.* – 2006. – № 1. – С. 30–36.
86. Ослон, В.Н. Психологическое сопровождение замещающей профессиональной семьи / В.Н. Ослон, А.Б. Холмогорова // *Вопросы психологии.* – 2001. – № 4. – С. 39–51.

- 87.Ослон, В.Н. Ребенок в неродной семье: психологические проблемы усыновителей / В.Н. Ослон // Защити меня!. – 2008. – № 1. – С. 38–39.
- 88.Ослон, В.Н. Социально-психологические проблемы становления института приемной семьи / В.Н. Ослон // Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований / под ред. М.А. Слюсарянского. – Пермь, 1998. – С. 240–241.
89. Палиева, Н.А. Психологические факторы эффективности замещающих семей / Н.А. Палиева, Г.Н. Соломатина // Вопросы психологии. – 2009. – № 1 – С. 45–48.
90. Перхов, В.И. Актуальные вопросы оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям / В.И. Перхов // Российский педиатрический журнал. – 2010. – №3. – С. 42–43.
- 91.Приказ Министерства социального развития Пермского края от 16.08.2012 № СЭД-33-01-02-261 «Об утверждении административного регламента по предоставлению государственной услуги по заключению договора об установлении постинтернатного сопровождения выпускников интернатных учреждений и замещающих семей в возрасте от 18 до 23 лет».
- 92.Приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216 н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» .
- 93.Прихожан, А.Н. Исследование психического развития младших школьников, воспитывающихся в закрытых учреждениях / А.Н. Прихожан, Н.Н. Толстых // Лишенные родительского попечительства: хрестоматия. – М.: Просвещение, 1991. – 124 с.
- 94.Пронин, А.А. Сиротство: пути решения проблемы / А.А. Пронин // Вопросы ювенальной юстиции. – 2012. – № 2. – С. 6–8.

95. Ракина, Н.К., Павлычева, Т.Н. Рассказы о своей жизни как отражение психологических проблем выпускников сиротских учреждений / Н.К. Ракина, Т.Н. Павлычева // Вопросы психологии. – 2010. – № 5. – С. 41–50.
96. Рассказова, В.Н. Особенности физического развития младенцев, оставшихся без попечения родителей / В.Н. Рассказова // Российский педиатрический журнал. – 2008. – № 6. – С. 43–46.
97. Рожаяева, Е. Почему всё чаще приемные родители сдают сирот обратно в детдома [Электронный ресурс] / Е. Рожаяева. – Режим доступа: <http://gonly.ucoz.ua>.
98. Рыбакова, Н.А. Патронат и патронатные воспитатели / Н.А. Рыбакова, И.Н. Старостина // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2002. – № 3. – С. 44–52.
99. Сапожников, Я.М. Нарушения речи у детей / Я.М. Сапожников, Е.Л. Черкасова, В.С. Минасян, А.С. Мхитарян // Педиатрия. – 2013. – № 4. – С. 82–89.
100. Семёнова, Н.Б. Профилактика суицидального поведения у подростков Республики Тыва / Н.Б. Семёнова // Педиатрия – 2008. – № 6. – С. 30–32.
101. Семья, Г. Подготовка семей к приему детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, на воспитание / Г. Семья, Л. Вильясте // Социальная педагогика. – 2006. – № 4. – С. 67–73.
102. Сидорова, Т. Кому и зачем нужны наши дети? / Т. Сидорова // Правда. – 26.04.2012. – С. 13.
103. Соколова, Н.Д. Основные направления коррекционно-воспитательной работы в специализированном детском доме / Н.Д. Соколова // Дефектология. – 1991. – № 4. – С. 58–64.
104. Спиваковская, А.С. Психологическая помощь семьям, взявшим на воспитание детей из государственных учреждений / А.С. Спиваковская // Лишенные родительского попечительства: хрестоматия. – М.: Просвещение, 1991. – С. 127–132.

105. Степаненко, Е.А. Организация деятельности семейных воспитательных групп (фостерных семей) / Е.А. Степаненко // *Работник социальной службы.* – 2004. – № 4. – С. 29–33.
106. Степина, Н.Ф. Деинституционализация отменяется или кому понадобилось вбивать гвоздь в крышку патроната? / Н.Ф. Степина // *Защити меня!*. – 2008. – № 2. – С. 16–19.
107. Стребнёва, В.А. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / В.А. Стребнева. – М., 1998. – 336 с.
108. Сырочкина, М.А. Клинико-диагностическая характеристика функционального состояния вегетативной нервной системы у детей и подростков: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Сырочкина Мария Александровна. – Екатеринбург, 2000. – 218 с.
109. Терновая, И.П. Семейные формы устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, как социальная проблема [Электронный ресурс] / И.П. Терновая. – Режим доступа: <http://viperson.ru>.
110. Трефилов, Р.Н. Особенности физического и полового развития мальчиков и подростков, проживающих на территории умеренного йодного дефицита: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09 / Трефилов Роман Николаевич. – Пермь, 2007. – 191 с.
111. Трошихина, Е.Г. Влияние ранней социальной депривации на развитие личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1997. – 54 с.
112. Трушкина, С.В. Модели материнства у женщин с нормальным и нарушенным родительским поведением / С.В. Трушкина // *Вопросы психологии.* – 2010. – № 5. – С. 95–103.
113. Тулякова, О.В. Особенности психического развития первоклассников, проживающих в условиях загрязнения атмосферного воздуха / О.В. Тулякова // *Педиатрия.* – 2013. – № 4. – С. 95–99.
114. Ушакова, Е.В. Приемный родитель: профессиограмма специалиста / Е.В. Ушакова // *Дефектология.* – 2006. – № 1. – С. 53– 57.

115. Указ Президента РФ от 28.12.2012 № 1787 «О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».
116. Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».
117. Указ Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы».
118. Филлипова, Е.А. Ранняя диагностика невротических и патохарактерологических расстройств у школьников / Е.А. Филлипова // Педиатрия. – 2011 – № 2. – С. 138–141.
119. Фурманов, И.А. Психологические особенности детей, лишенных родительского попечительства / И.А. Фурманов // Минск. – 1999. – 49 с.
-
120. Холмогорова, А.Б. Здоровье и семья: модель анализа семьи как системы / А.Б. Холмогорова // Развитие и образование особенных детей. Вып. 2. – М., 1999. – С. 49–53.
121. Холмогорова, А.Б. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств / А.Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – № 3. – С. 35–71.
122. Холмогорова, А.Б. О негативных последствиях системы диагностики умственной отсталости у детей-сирот в интернатных учреждениях / А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова, Н.А. Степина // Вопросы психологии. – 2011. – № 1. – С. 66–75.
123. Хрусталькова, Н.А. Воспитание детей в профессионально-замещающих семьях / Н.А. Хрусталькова // Высшее образование сегодня. – 2006. – № 11. – С. 34–36.
124. Хрусталькова, Н.А. Профессионально-замещающая семья – перспективная модель опеки и попечительства / Н. Хрусталькова // Вестник высшей школы Alma mater. – 2006. – № 6. – С. 43–47.

125. Хрусталькова, Н.А. Система комплексного сопровождения профессионально-замещающей семьи / Н.А. Хрусталькова // Педагогика. – 2007. – № 2. – С. 52–44.
126. Хрусталькова, Н.А. Социальный педагог: помощь профессионально-замещающей семье / Н. Хрусталькова // Высшее образование в России. – 2006. – № 11. – С. 175–176.
127. Чагаева, Н.В. Сравнительная характеристика физического развития детей школьного возраста / Н.В. Чагаева, И.В. Попова, А.Н. Токарев, А.В. Кашин, Б.А. Петров // Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 45–47.
128. Чепурных, Е.В. Преодоление социального сиротства в России в современных условиях / Е. Чепурных // Народное образование. – 2001. – № 7. – С. 23–27.
129. Чечет, В. Альтернатива социальному сиротству / В. Чечет // Народное образование. – 2001. – № 9. – С. 82–87.
130. Шарапова, О.В. О совершенствовании медицинской помощи учащимся в общеобразовательных учреждениях / О.В. Шарапова, И.В. Лысиков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 1. – С. 6–9.
131. Шипицына, Л.М. Дети социального риска и их воспитание: учебно-методическое пособие / Л.М. Шипицына. – М.: Речь, 2003. – 144 с.
132. Шипицына, Л.М. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Л.М. Шипицына, Е.И. Казакова. – СПб., 2000. – 18 с.
133. Шурупова, А.А. Физическое развитие школьников, обучающихся в коррекционных школах г. Тюмени / А.А. Шурупова, П.А. Якименко // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 2. – С. 33–37.
134. Юсупова, Д. Детям из интерната интереснее всего просто оказаться дома / Д. Юсупова // Защити меня!. – 2008. – № 1. – С. 15.

135. Яковлева, Т.В. Медицинские и социальные проблемы смертности подростков в России / Т.В. Яковлева, Р.Н. Терлецкая, А.Е. Иванова, В.Г. Семенова, Е.В. Антонова // *Здравоохранение РФ*. – 2009. – № 5. – С. 7–10.
136. Ainsworth, M.D.S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation / M.D.S. Ainsworth, M.C. Blehar, E. Waters, S. Wall // Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978. – 357 s.
137. Alanen, L. Conceptualizing Child-adult Relations / L. Alanen, B. Mayall // London, 2001. – 29 s.
138. Ammitzboell, N.H. The Importance of the Family to the Protection of the Child [Электронный ресурс] / N.H. Ammitzboell. – Режим доступа: http://www.worldcongress.org/wcf2_sprks/wcf2_ammitz.htm.
139. Ann, E. Behavior Problems and Mental Health Contacts in Adopted, Foster, and Nonadopted Children. [Электронный ресурс] / E. Ann, В.М. Brinich, В.М. Brinich. – Режим доступа: <http://www.ccainstitute.org/why-we-do-it-/facts-and-statistics.html>.
140. Become a Foster Parent [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ocfs.state.ny.us/main/fostercare/overview.asp> (дата обращения 01.04.2014).
141. Berk, L.E. Entwicklungspsychologie. / L.E. Berk / München: Pearson. – 2005. – 150 s.
142. By Raising Children Network [Электронный ресурс] Режим доступа: http://raisingchildren.net.au/articles/raising_foster_children.html.
143. Bowman, S. In the Absence of Family: How Ideas of the Substitute Family in Honduran Children's Homes Shape Perception of the Needs of at-risk youth [Электронный ресурс] / S. Bowman // 2008. – Режим доступа: <http://digitalcommons.colby.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1289&context=honortheses>.

144. Challenges In Foster Care. [Электронный ресурс] – 2008. – Режим доступа: <http://www.orphancoalition.org/new/care/challenges-in-foster-care.php>.
145. CHCFC502A - Foster physical development in early childhood (Release 1) [Электронный ресурс]. – 2011. – 25 марта. – Режим доступа: <http://training.gov.au/Training/Details/CHCFC502A>.
146. Clothier., F. Psychology of the adopted child [Электронный ресурс] / F.Clothier // 1995. – Режим доступа: <http://www.originsnsw.com/mentalhealth/id4.html>.
147. Dupree, D. Foster Care and Early Child Development: implications for Child Welfare Policy and Practice [Электронный ресурс] / D. Dupree, S.A. Stephens. –2002. – Режим доступа: <http://www.capd.org/pubfiles/pub-2002-00-01.pdf>.
148. Dausen, M. Der Schutz der Grundrechte in der Rechtsordnung der Europäischen Union unter besonderer Berücksichtigung der institutionellen Schutzes dieser Rechte. Frankfurt a. M.: Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2010. – 124 s.
149. Engl, M. Beschäftigungskompass Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Beschäftigungsmöglichkeiten und -alternativen. /M. Engl // Edition Aumann. – 2011. – № 2. – S. 11–18.
150. Field, T.M. Infants of depressed mothers show «depressed» behavior even with nondepressed adults / T.M. Field, B. Healy, S. Goldstein, S. Perry, D. Bendell, S. Schamberg, E.A. Zimmerman, C. Kuhn // Child Development. – 1988. – № 59. – S. 1569–1579.
151. Foster Care [Электронный ресурс]. – 2011. – 21 октября. – Режим доступа: <http://topics.nytimes.com/top/reference/timestopics/>.
152. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://subjects/f/foster_care/index.html.
153. Foster Care/Relative Placement/Adoption Support/Juvenile rehabilitation/Unaccompanied Minor Program. [Электронный ресурс]. –

2013. – 31 декабря. Режим доступа:
<http://www.dshs.wa.gov/manuals/eaz/sections/FosterCare.shtml>.
154. Foster care. [Электронный ресурс]. – 2013. – 1 октября. Режим доступа:
<http://www.cda.gov.jm/foster-care>.
155. Glücklich an einem fremden Ort? Familienähnliche Betreuung in der Diskussion. / Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.). – Münster, Votum, 2002.
156. Graeber H. Misshandelte Zukunft – Erschütternder Erlebnisbericht eines Heimkindes im Nachkriegsdeutschland / H. Graeber // Köln.: Modest, 2006. – 159 s.
157. Hillmert, S. Halbwaisen müssen schneller auf eigenen Füßen stehen / S. Hillmert // Zeitschrift für Familienforschung Heft. – 2002. – № 1. – S. 44–69.
158. James, H. Die Drehung der Schraube (dt. v. Ingrid Rein), Manesse Verlag. / H. James // Zürich, 2010. – 402 s.
159. Johnson, A. Das geraubte Leben des Waisen Jun Do, Suhrkamp Verlag. / A. Johnson // Berlin.: NDT, 2013. – 167 s.
160. Jürgen, B. Pflegekinder und ihre Familien. Geschichte, Situation und Perspektiven des Pflegekinderwesens. / B. Jürgen // Weinheim.: Juventa, 2004. – 254 s.
161. Kadushin, A. Children in foster families and institutions / A. Kadushin // Social service research: Review of studies. Washington, DC: National Ass. of Soc. Workers, 1978. – 133 p.
162. Kaplan, S. Kinderchirurg Dr. Alfred Jahn und die Waisenkinder von Kigali, Eckstein Iatros Verlag. / S. Kaplan // Nierstein, 2004. – 278 s.
163. Kagan, J. Die Natur des Kindes / J. Kagan // München: Piper, 2006. – 134 s.
164. Keller, H. Handbuch der Kleinkindforschung. 3 korrigierte, überarbeitete und erweiterte Auflage / H. Keller // Bern: Huber, 2011. – 158 s.
165. Kessler, R.C. Effects of Enhanced Foster Care on the Long-term Physical and Mental Health of Foster Care Alumni [Электронный ресурс] /

- R.C. Kessler, P.J. Pecora, J. Williams, E. Hiripi, K.O'Brien, D. English, J. White, R. Zerbe, A.C. Downs, R. Plotnick, I. Hwang, N.A. Sampson // 2008. – 2 июня.– Режим доступа: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482742>.
166. Köhler, L. Von der Biologie zur Phantasie. Forschungsbeiträge zum Verständnis der frühkindlichen Entwicklung aus den USA. In J. Stork (Hrsg.), Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings /Köhler L // Stuttgart: Frommann-Holzboog, 1986. – 92 s.
167. Konner, M. The Evolution of Childhood: Relationships, Emotion, Mind. / M. Konner //Harvard University Press, 2010.
168. Kränzl-Nagl, R. Kindheit im Wohlfahrtsstaat /R. Kränzl-Nagl, J. Mierendorff, T. Olk // Frankfurt am Main: Campus, 2003. – 544 s.
169. Marazyan, K. Biological versus Foster Children Education: the Old-Age Support Motive as a Catch-up Determinant? Some Evidence from Indonesia [Электронный ресурс]. / K. Marazyan // 2008. Режим доступа: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/29/30/74/PDF/V08042.pdf> 2008.
170. Nienstedt, M. Pflegekinder. / M. Nienstedt; A. Westermann // Munchen: Welchebuch, 1998 – 156 s.
171. Nienstedt, M. Westermann: Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen / M. Nienstedt, A. Westermann // Stuttgart: Klett-Cotta, 2007 – 2008 s.
172. Number of large families in Nizhny Novgorod region grows [Электронный ресурс] //Английская правда. – 2013. – 10 июня. – Режим доступа: <http://english.pravda.ru/news/russia/10-06-2013/124801>.
173. Orphans in Russia [Электронный ресурс]. – 2014. – 28 февраля. – Режим доступа: http://en.wikipedia.org/wiki/Orphans_in_Russia.
174. Peschel-Gutzeit, L.M. Die Sorgerechtsstellung des nicht mit der Mutter des Kindes verheirateten Vaters / L.M. Peschel-Gutzeit // Stuttgart: NJW, 2010. – 2990 s.

175. Pickert, K. Russian Kids in America: When The Adopted Can't Adapt [Электронный ресурс]. – 2010. – 28 июня. – Режим доступа: <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,1997439,00.html>.
176. Plotsidem, M. Waisen und Sozialwaisen in staatlichen Fürsorgeeinrichtungen in der Ukraine: Rechtliche Lage und verschiedene Modelle. / M. Plotsidem // Berlin: Lokung, 2008 – 203 s.
177. Portrait of Russian Foster and Adoptive Families. [Электронный ресурс] 2014. – 14 февраля. – Режим доступа: http://www.fireflykids.org/index2.php?option=com_content&view=article&id=432&Itemid=173.
178. Quinton, D. Contact between Children Placed Away from Home and their Birth Parents: Research Issues and Evidence. [Электронный ресурс] / D. Quinton, A. Rushton, C. Dance, D. Mayes // Режим доступа: <http://ccp.sagepub.com/content/2/3/393.abstract> 2014.
180. Riedle H. Pflegekinder – Alles was man wissen muss / H. Riedle, B. Gillig – Riedle // Köln: Asau, 2008 – 156 s.
181. Rieländer M. Sozialwaisen – Kleinkinder ohne Familie Auswirkungen von Hospitalismus / M. Rieländer // Gesellschaft für Sozialwaisen. – 1982. – Marzt. – S. 12–13.
182. Rothmayr, A. Pädagogik und Unterstützte Kommunikation. Eine Herausforderung für die Aus- und Weiterbildung /A. Rothmayr // Karlsruhe: Arius, 2001 – 16 s.
183. Russian orphans: how many and who cares? Statistics, facts and information about Russian orphans [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.bigfamilyministry.org/russian_orphan_information.html.
184. Russia: Foster Family Project [Электронный ресурс] – 2014. – 13 апреля. – Режим доступа: <http://www.healthright.org/where-we-work/russia/foster-family-project>.
185. Sachse, S. Auswirkungen von Kommunikationshilfen auf die körpereigenen Kommunikationsfähigkeiten kaum- und nichtsprechender Menschen. /

- S. Sachse, J. Boenisch // Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe. – 2001. – S. 238 – 249.
186. Schweizer, H. Soziologie der Kindheit. Verletzlicher Eigen-Sinn / H. Schweizer // Wiesbaden: Sozialwissenschaften, 2011 – 148 s.
187. Situation with orphans in Russia improves dramatically. [Электронный ресурс] // Английская правда. – 2013. – 24 октября. Режим доступа: http://english.pravda.ru/russia/politics/24-10-2013/125993-russia_orphans-0.
188. Sonntag, M. Elternerfahrungen. Ich fühl mich wie dieser Fluss / M. Sonntag, B. Fucks, S. Kientop, K. Weid-Goldschmidt, B. Wilken-Thimm, K. Wimmer, B. Wolf // Portraits nichtsprechender Menschen. – 2000. – S. 117.
189. Stewart, W. Pictured happy at last: Russian boy rejected by his adopted mother in America now thriving in his foster home outside Moscow. [Электронный ресурс]. – 2012. – 9 марта. Режим доступа: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2112735/Russian-boy-rejected-adopted-mother-thriving-foster-home-outside-Moscow.html>.
190. Therapeutic foster care [Электронный ресурс]. – 2013. – 27 ноября. Режим доступа: <http://www.hillcrest.com/services/therapeutic-foster-care>.
191. Testimonials from Foster/Adoptive Families [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fosterparents.com/>.
192. Textor, M.R. Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung. / M.R. Textor, P. Klaus, W. Freiburg // Lambertus:ISTA, 1995 – 202 s.
193. The Needs Of Abused And Neglected Children [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/subscare/subscareb.cfm>.
194. Tiedemanns, D. Beobachtungen über die Entwicklung der Seelentätigkeit bei Kindern. Hessische Beiträge zur Gelehrsamkeit und Kunst, Band II (2+3). Tinbergen, F.A. & Tinbergen, N. (1972). Early childhood autism. An ethological approach. / D. Tiedemanns // Tierpsychologie. – 1972. – № 10. – S. 123–134.

195. Tobis, D. Moving from residential institutions to community – based services in Eastern Europe and the former Soviet Union / D. Tobis // Paper prepared for the International Bank for Reconstruction and Development, 1999.
196. Tobias, R. Gleichberechtigung und Sorgerecht. Die Stärkung der Rechte der Väter unehelicher Kinder durch den Entwurf zur Reform des Sorgerechts nicht miteinander verheirateter Eltern / R. Tobias // JSE. – 2012. – № 4. – S. 5.
197. Trenczek, T. Krisenintervention in der Jugendhilfe / T. Trenczek, J. Wiesner, R. Herausgeber // Handbuch des Jugendhilferechts; Baden-Baden, 2007 – S. 165–187.
198. Traditional or Rehabilitation Foster Care. [Электронный ресурс]. – 2014. – 20 января. – Режим доступа: <http://www.fosterparenting.com/foster-care/traditional-foster-care.html>.
199. Traster, T. The truth about adoption and why it's so hard. [Электронный ресурс]. – 2013. – 20 октября. – Режим доступа: <http://www.news.com.au/lifestyle/parenting/the-truth-about-adoption-and-why-its-so-hard/story-fnet08ui-1226739917065>.
200. Troutman, B. Effects of foster care placement on young children's mental health: Risks and opportunities [Электронный ресурс] / B. Trouman // Режим доступа: <http://www.healthcare.uiowa.edu/icmh/child/documents/Effectsoffostercareplacementonyoungchildren.pdf>
201. Video of Russian orphans being beaten sparks outrage [Электронный ресурс] – 2013. – 17 мая. Режим доступа: <http://www.theguardian.com/world/2013/may/17/video-russian-orphans-beaten-outrage>.
202. What we know about the effects of foster care [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.irp.wisc.edu/publications/focus/pdfs/foc142g.pdf>.
203. Zelizer, V.A. Pricing the Priceless Child. The Changing Social Value of Children / V.A. Zelizer // New York: BNM, 1985 – 168 s.
204. Zimmer, D.E. Tiefenschwindel. / D.E. Zimmer // Hamburg: Rowohlt, 1986. – 158 s.

205. Zimmermann, S. Bindung und Anpassung im Lebenslauf. / S. Zimmermann // Lehrbuch der klinischen Entwicklungspsychologie. – Beltz, 1999. – S.34.

206. Zöllner, D. Wenn ich mit euch reden könnte. Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben. /D. Zöllner // Gamburg: Dietmar, 1991 – 156 s.