

ФГБОУ ВО «АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ОРГАНИЗАЦИЯ
ОХРАНЫ
МАТЕРИНСТВА И
ДЕТСТВА

2019

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Учебное пособие

Составители Н.М. Полевая, В.В. Ситникова

Министерство науки и высшего образования РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

***ОРГАНИЗАЦИЯ
ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА***

Учебное пособие

Составители Н.М. Полевая, В.В. Ситникова

Благовещенск
Издательство АмГУ

2019

УДК 369.06

ББК 67.627.6

С 48

*Печатается по решению редакционно-издательского совета факультета
социальных наук Амурского государственного
университета*

Печатается в авторской редакции

Рецензенты:

Крючкова А.Ю., Директор ГБУ АО «Благовещенский СРЦ для несовершеннолетних «Мечта»

Лейфа А.В., доктор педагогических наук, профессор ФГБОУ ВО «Амурский государственный университет».

Организация охраны материнства и детства: учебное пособие для студентов направления подготовки «Социальная работа» / сост. Н.М. Полевая, В.В. Ситникова. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2019. – 100 с.

В пособии представлены основные понятия и содержание организации охраны материнства и детства, раскрыт понятийно-категориальный аппарат материнства и детства, обозначены объект и предмет охраны материнства и детства. Раскрыта сущность социальной защиты материнства и детства, а также содержание основных понятий, входящих в ее проблемное поле. Также даны понятие и характеристика истории организации охраны материнства и детства. Рассматриваются правовые основы организации охраны материнства и детства. Пособие предназначено для студентов, обучающихся по направлению подготовки «Социальная работа» (дисциплина «Организация охраны материнства и детства»), очной, заочной и заочно-сокращенной формы обучения.

ББК 67.627.6

© Полевая Н.М., Ситникова В.В., составление, 2019

©Амурский государственный университет, 2019

ВВЕДЕНИЕ

Показатели развития и здоровья женщин и детей являются наиболее чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Деятельность государственной системы охраны материнства и детства направлена на реализацию комплекса социально-экономических и лечебно-профилактических мер по оптимизации образа жизни в семье, укреплению здоровья женщин и детей, обеспечению условий нормальной жизнедеятельности. Эта деятельность, включающая целый комплекс мероприятий в рамках социальной защиты должна быть направлена на:

- обеспечение гарантий гражданских прав женщин и мер поощрения материнства;
- разработку и обеспечение законодательных актов о браке и семье;
- охрану женского труда и трудовой деятельности подростков;
- государственную материальную и социальную помощь семьям, имеющим детей;
- гарантирование системы обучения и воспитания детей в нормальных условиях, не нарушающих их здоровья;
- качественную, гарантированную и доступную медико-социальную помощь.

В системе охраны материнства и детства также выделяют мероприятия по оказанию профилактической и лечебной помощи, охране здоровья:

- 1) формирование здоровья девочки как будущей матери;
- 2) оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству, совершенствование работы женских консультаций, центров "Брак и семья", генетических центров и др.;
- 3) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в женских консультациях, отделениях патологии беременности, специализированных отделениях и др.;
- 4) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов;

5) охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития;

6) охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание нужного иммунологического статуса;

7) охрана здоровья детей школьного возраста.

Таким образом, организация охраны материнства и детства является важной государственной социальной и медицинской задачей современного общества в целом и его отдельных институтов.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Тема 1. Характеристика понятия «материнство»

Материнство – категория, определяющая исключительную принадлежность человека к женскому полу, иными словами «материнство» – это свойство только женщины. Действующее российское законодательство не дает четкого определения женщины, однако Конвенция МОТ № 103 «Об охране материнства» в ст. 2 закрепляет, что термин «женщина» означает любое лицо женского пола, независимо от возраста, национальности, расы или религии, состоящее или не состоящее в браке. Определяющий признак отнесения человека к категории «женщина» – исключительно половой, то есть набор биологически определенных первичных и вторичных половых признаков, полученный человеком от природы при рождении.

Проблемы материнства получили глубокую разработку в отечественной науке. Социальные проблемы материнства исследовались в работах Ю.В. Бопцовой, В.И. Брутмана, О.Р. Ворошиной, Р.Ф. Мухамедрахимова, М.С. Родионовой и других. В трудах С.И. Голода, И.С. Кона, И.С. Андреевой, А.А. Гордона и других рассматривались различные аспекты семейных отношений.

В трудах, посвященных материнству, рассмотрены общие проблемы материнства: особенности жизнедеятельности матерей в состоянии жизненных затруднений, особенности социализации, воспитательного процесса и т.д. В целом, определение места и роли женщины в семье и обществе отличается широким спектром мнений, однако можно выделить *два основных подхода*: патриархальный (И. Дементьев, К. Черлин) и эгалитарный (Л. Бондаренко, Э. Новикова).

Материнство изучается в русле различных наук: истории, культурологи, медицины, физиологии, биологии поведения, социологии, психологии. Каждая наука изучает и определяет материнство, исходя из своих целей и задач.

Интерес к комплексному изучению материнства появился сравнительно недавно. Но на сегодняшний день единого определения понятия «материнство» по-прежнему нет.

В словаре русского языка С.И. Ожегова «материнство» трактуется как «состояние женщины в период беременности, родов, кормления ребёнка; свойственное матери сознание родственной её связи с детьми».

В сексологическом словаре материнство определяется как функция женского организма, направленная на продолжение человеческого рода и включающая биологические (вынашивание, рождение и вскармливание ребёнка) и социальные (воспитание ребёнка) аспекты.

Г.Г. Филиппова рассматривает материнство как психосоциальный феномен: как обеспечение условий для развития ребёнка, как часть личностной сферы женщины.

Представители феминистского подхода (Е.А. Каплан, Э. Оаклей) объявляют материнство существенной, хотя и необязательной, частью жизни женщины.

Большая же часть теорий материнства (психоанализ, биосоциология, теории, опирающиеся на идеи Руссо) рассматривают материнство, прежде всего как долг, работу.

В.И. Брутман определяет материнство как одну из социальных женских ролей, на содержание которой детерминирующее влияние оказывают общественные нормы и ценности.

А. Минегетти считает, что материнство – это воспроизведение женщиной хорошо усвоенной с детства роли.

Хорват Ф. определяет материнство как личностные качества женщины, её биологические и психологические особенности, которые женщина имеет как бы в себе, как какую-то художественную способность, вроде врождённого таланта.

Е.В. Матвеева определяет его как особый тип деятельности женщины, опираясь на положение В.В. Давыдова о типологии деятельности.

В.В. Давыдов выделял типы деятельности, которые сложились и возникли в процессе онтогенеза. Последние обозначены как воспроизводящие. Е.В. Матвеева считает, что к этому типу деятельности и относится материнство.

С.А. Минюрова, Е.А. Тетерлева отмечают, что все психологические работы в области материнства позволяют выделить *два основных направления современных исследований*.

Первое посвящено обсуждению качеств, поведения матери, изучению их влияния на развитие ребёнка. Мать рассматривается в терминах долженствования как детерминант развития личности ребёнка, как объект – носитель родительских функций, лишённый субъективной психологической реальности.

Второе направление анализа материнства акцентирует внимание на идее субъектности женщины-матери. Поэтому, анализируя материнство, авторы определяют его как уникальную ситуацию развития самосознания женщины, которая становится этапом переосмысления с родительских позиций собственного детского опыта, периодом интеграции образа родителя и ребёнка.

Таким образом, нет единого понятия «материнство». Для целостного видения материнства необходимо обозначить функции, присущие матери. Функции матери достаточно сложны и многообразны. Они состоят в удовлетворении всех физиологических потребностей ребёнка, обеспечении его эмоционального благополучия, в развитии привязанности, базовых структур отношения к миру, общения, основных личностных качеств ребёнка и его деятельности.

Выделяют две взаимосвязанные группы материнских функций: видотипичную и конкретно-культурную.

К *видотипичным* функциям матери относятся следующие:

1. Обеспечение стимульной среды для пре- и постнатального развития когнитивных и эмоциональных процессов.
2. Обеспечение условий (в форме разделения деятельности с ребёнком) для развития видотипичной структуры деятельности.
3. Обеспечение условий для возникновения прижизненно формирующихся видотипичных потребностей: потребности в эмоциональном взаимодей-

ствии со взрослым, в получении положительных эмоций от взрослого, включения взрослого в чувственно-практическую деятельность, потребность в оценке взрослым своей активности и её результатов, познавательная потребность и др., а также формирование привязанности.

4. Обеспечение условий для освоения видотипичных средств отражения в форме формирования потребности в общении, как системообразующих для сферы общения. Обеспечение условий для развития мотивационных механизмов.

Конкретно-культурные функции охарактеризовать сложнее. Все указанные выше видотипичные функции мать осуществляет согласно имеющейся в её культуре модели материнства, в которую входит не только операционный состав и технология ухода воспитания, но и модель переживаний матери, её отношения к ребёнку и своим функциям, а также способы эмоционального взаимодействия с ребёнком.

К конкретно-культурным материнским функциям относятся следующие:

1. Обеспечение матерью предметной среды и условий чувственно-практической, игровой деятельности и общения, которые способствуют образованию культурных особенностей когнитивной сферы и моторики.

2. Обеспечение условий для формирования культурной модели привязанности.

3. Обеспечение условий для формирования культурных особенностей социально-комфортной среды.

4. Обеспечение условий (предметной, игровой среды, общения) для формирования культурных особенностей стиля мотивации достижения.

5. Обеспечение условий для формирования у ребёнка основных культурных моделей: ценностно-смысловых ориентаций, семьи, материнства и детства и др.

Далеко не все эти функции осознаются матерью. Даже науке многие из них стали известны только в последние десятилетия, и, нет оснований считать, что их познание уже закончено. Однако мать успешно выполняет эти функции

много тысячелетий. Культурой они также хорошо освоены и представлены в своде правил, норм, в обрядах, поверьях, обычаях.

Некоторые из материнских функций, такие, как удовлетворение органических потребностей ребёнка, формирование у него некоторых личностных качеств, в достаточной мере осознаются матерью и обществом. Другие существуют в общественном сознании и сознании матери в преобразованной форме, представления об их значении для ребёнка в разной степени приближаются к биологическим и социокультурным задачам его развития.

Материнство – реализованная способность женщины к рождению, выкармливанию, воспитанию детей. Понятие материнства не сводимо к биологическим аспектам репродуктивной способности; его нельзя также ограничивать отношениями между матерью и ребенком непосредственно после родов и в первый год жизни.

Понятие материнства охватывает родственную связь матери и детей и в более старшем возрасте, осознание ею позитивной ответственности за здоровье и нормальное развитие детей, реализацию прав и исполнение обязанностей по отношению к детям, эмоциональные отношения с ними.

Из данного рассуждения следует, что материнство не сводится только к биологической репродуктивной функции женщины. Материнство – это и отношения в связи с приемными детьми, а также последующие, можно сказать, пожизненные отношения с ребенком (детьми).

На этом фоне возникает закономерный вопрос: равнозначны ли категории «материнство» и «отцовство» как принадлежности лица относительно конкретного ребенка? Конституция РФ в п. 2 ст. 7 закрепляет государственную поддержку семьи, материнства, отцовства и детства. Такие же положения можно наблюдать и в ст.1 Семейного кодекса РФ. Можно с уверенностью предположить, что в отношениях по воспитанию ребенка, уходу за ним, общению с ним и пр. материнство и отцовство выступают как совершенно равноправные категории.

Мать и отец имеют равноценный объем прав и обязанностей по отношению к детям, и поэтому выделение в ст. 38 Конституции РФ только «материнства» – это закрепление роли именно женщины в плане отношений не только после рождения ребенка, но и в процессе его вынашивания, непосредственно родов и кормления. Несомненно, социальное значение материнства и отцовства, то есть роли обоих родителей в семье и в воспитании детей равнозначны и необходимы для полноценного роста и развития человека.

Материнство как обеспечение условий для развития ребенка

Изучение материнства в настоящее время становится все более популярным как в теоретическом, так и в прикладном аспектах. Проблемы материнства занимают социологи, медики, педагоги, психологи и многие другие специалисты. Актуальность этих исследований теперь уже не нуждается в дополнительном обосновании.

Полученные в многочисленных работах данные о влиянии материнского отношения и поведения на развитие ребенка во всех возрастах говорят сами за себя. Систематизация имеющихся направлений и аспектов изучения материнства показывает, что материнство, как психосоциальный феномен, рассматривается с двух основных позиций: материнство, как обеспечение условий для развития ребенка и материнство, как часть личностной сферы женщины.

В исследованиях материнства, как обеспечения условий для развития ребенка материнство рассматривается в контексте материнско-детского взаимодействия. Основной ход рассуждений в постановке целей работ психологов и интерпретации, получаемых данных – от задач воспитания ребенка к особенностям матери.

Обсуждаются материнские качества и характеристики материнского поведения, а так же их культурные, социальные, эволюционные, физиологические и психологические аспекты. Все это часто рассматривается в контексте определенного возраста ребенка, в результате чего сами материнские качества и функции, анализируемые в разных работах, не всегда можно сопоставить между собой.

В исследованиях, проводимых с этих позиций, можно выделить *несколько направлений*.

Культурно-исторические аспекты материнства.

Институт материнства рассматривается как исторически обусловленный, изменяющий свое содержание от эпохи к эпохе (эти исследования проанализированы в работах И. С. Кона, М. Мид, Э. Эриксона, М.С. Радионовой, Г. Каплан и других). Кросскультурные исследования показали, что в тех случаях, когда рождение ребенка противоречит социальным ожиданиям (внебрачность, помеха социальному или половому статусу женщины), женщины могут идти на все, чтобы не рожать детей или избавляться от них разными способами.

Скрытый инфантицид (практика несчастных случаев) и отказ от ребенка (подбрасывание, продажа, передача на усыновление) были обычными для всех времен и народов, в том числе и для России, вплоть до начала XX века. По данным Э. Бадинтер понятие «материнский инстинкт» является мифом. Материнская любовь – это понятие, которое наполняется в различные периоды истории различным содержанием. Женщина становится лучшей или худшей матерью в зависимости от того, ценится или обесценивается в обществе материнство.

Во второй половине XX в., как отмечают некоторые исследователи, вновь отчетливо проявились позиции, враждебные «детоцентризму», что связано с двумя основными тенденциями в обществе: эмансипацией женщин и передачей функций воспитания (причем с младенческого возраста) в руки специалистов и на территорию соответствующих учреждений.

В связи с этим изменилось представление о ребенке и своей родительской роли: ребенок расценивается как докучливое, ненужное создание, которое стараются «отодвинуть» даже чисто физически, уменьшая количество и качество телесного контакта, перенося воспитательные функции на развивающие, автодидактические игры и пособия. Такие тенденции могут выражаться не только в появлении родительских воспитательных стратегий, но и в средствах массовой информации.

Примером может служить наличие в американской и западноевропейской литературе и кинопродукции образа ребенка-злодея (вампира, дьявола и т.п.).

Исследования разных культурных вариантов материнства в современном обществе также свидетельствуют о влиянии имеющихся моделей семьи, детства и ценностей, принятых в данной культуре, на материнское поведение и переживания женщины.

Большой интерес представляет приведенное в этих работах сравнение распределения материнских функций в разных культурах, материнского поведения и отношения к ребенку, которые обеспечивают формирование необходимых в данной культуре личностных качеств (например, особенностей когнитивной и эмоциональной сфер, качества привязанности, особенностей переживания успеха и неудачи при достижении цели).

Следует отметить, что в последнее время появляется все больше работ, где авторы обращаются к традиционным представлениям о материнстве и детстве.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Дайте определение понятия «материнство», перечислите его основные характеристики.
2. Перечислите посвященные проблемам материнства, труды, в которых рассмотрены общие проблемы материнства.
3. Сформулируйте видотипичные функции материнства.
4. Раскройте конкретно-культурные функции материнства.
5. Раскройте сущность материнства как обеспечение условий для развития ребенка.
6. Охарактеризуйте культурно-исторические аспекты материнства.

Тема 2. Характеристика понятия «детство»

Детство – период, продолжающийся от новорожденности до полной социальной и, следовательно, психологической зрелости; это период становления ребенка полноценным членом человеческого общества. При этом продолжительность детства в первобытном обществе не равна продолжительности детства в эпоху средневековья или в наши дни.

Этапы детства человека – продукт истории, и они столь же подвержены изменению, как и тысячи лет назад. Поэтому нельзя изучать детство ребенка и законы его становления вне развития человеческого общества и законов, определяющих его развитие. Продолжительность детства находится в прямой зависимости от уровня материальной и духовной культуры общества.

Как известно, теория познания и диалектика должны складываться из истории отдельных наук, истории умственного развития ребенка, детенышей животных, истории языка. Заостряя внимание именно на истории умственного развития ребенка, следует отличать ее как от развития ребенка в онтогенезе, так и от неравномерного развития детей в различных современных культурах.

Термин «ребенок» означает любого ребенка, независимо от того, состояли ли его родители в браке или нет (ст.2 Конвенции МОТ № 103). Согласно ст. 1 Конвенции о правах ребенка, «ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия раньше».

Российское законодательство, прежде всего, семейное, определяет ребенка как лицо, не достигшее возраста восемнадцати лет (совершеннолетия) (п. 1. ст. 54 СК РФ). По российскому законодательству 18 лет – это возраст гражданского совершеннолетия, с этой даты лицо считается полностью дееспособным, взрослым. Однако в случае, когда ребенок признан полностью дееспособным до достижения совершеннолетия, в том числе в случае его эмансипации, это не влияет, за исключением случаев, указанных в законе, на возможность рассматривать его в качестве ребенка. Период от рождения до достижения 18 лет можно смело назвать периодом детства.

При использовании термина «дети», как в законодательстве, так и на бытовом уровне, значение его может быть различным. Термин «дети» может употребляться для обозначения конкретных кровных и некровных сыновей и дочерей, несовершеннолетних или, наоборот, трудоспособных детей, достигших 18 лет.

Детство является объектом изучения многих наук: культурологии, педагогики, психологии, социологии, этнографии, и др. Однако, доминирующими парадигмами в изучении детства до сих пор были психологическая и педагогическая.

В рамках этих парадигм акцент ставится на рассмотрении детства как определенного этапа жизненного пути человека, причем особое внимание уделяется вопросам развития и воспитания ребенка.

Социологическая перспектива изучения детства представлена двумя относительно самостоятельными направлениями анализа данного феномена.

В рамках *первого* можно выделить работы, рассматривающие детство как определенную культурно-историческую ценность. В работах Ф. Ариеса, Ф. Боаса, М. Мид, Б. Малиновского, Л. Демоза, Э. Эриксона и др. представлена эволюция детства, особенности изменения содержания детства в истории развития общества.

Социокультурные аспекты развития детства также нашли отражение в работах современных зарубежных ученых: П. Брюхнера, М. Виннса, Н. Постмана, Д. Рихтера. В России эта проблематика стала предметом исследований И. В. Бестужева-Лады, С.Н. Иконниковой, М.С. Кагана, И.С.Кона, Л.Г.Кураевой, Д.И. Фельдштейна, С.Н. Щегловой и др.

Второе направление социологического анализа детства представлено структурным подходом, о котором говорит Дж. Квортруп: в рамках этого подхода автор рассматривает детство как «структурную форму», подчеркивая, что детство является структурой в любом обществе, хотя и временной.

Таким образом, как указывает Л.Г.Кураева, «несмотря на то, что ребенок развивается во взрослого, детство остается частью социальной структуры».

В отечественной социологии отдельные аспекты детства как «структурной формы» затронуты в работах И.С.Кона, Е.Л.Омельченко, М.В. Осориной, С.Н Щегловой.

В течение детства происходит чрезвычайно интенсивное физическое и психическое развитие. Критически важным периодом развития является раннее детство. Его нарушение, например, изоляция от человеческого общества, способно привести к необратимым психическим нарушениям.

Детство длится примерно одну десятую жизни человека и из характера ребёнка можно понять, какой характер будет у него, когда он вырастет.

Младенчество: от рождения до одного года

Кости новорождённого очень мягки вследствие малого содержания солей кальция. Кости черепа у младенцев не имеют швов и соединяются пластинками хряща – родничками. Всего у новорождённого ребёнка имеется шесть родничков, из них два (клиновидный и сосцевидный) – парные. Самый крупный родничок – передний – находится в месте соединения правой и левой половин чешуи лобной и теменной костей.

У новорождённого позвоночник имеет вид вогнутой спереди дуги, изгибы начинают формироваться в трёх-четырёхмесячном возрасте. Примерно на шестом-восьмом месяце жизни начинают прорезаться зубы.

Большую часть времени младенцы проводят во сне, просыпаясь от голода или неприятных ощущений. Новорождённые дети проявляют широкий спектр врождённых форм поведения, как простые безусловные рефлексы – хватательный, мигательный, защитный, так и сложные инстинкты, такие, как сосание.

От рождения до года развитие ребенка характеризуется следующими особенностями: познаёт мир через ощущения; полностью зависим; сосредоточен на себе; воспринимает звуки, зрительные образы, тон разговора (ласковый или сердитый); быстро растёт и изменяется; играет сам с собой; узнаёт людей и реагирует на них; учится хватать; другие моторные навыки: учится ползать, сидеть и стоять; к одному году начинает ходить.

Раннее детство: от одного года до трех лет. В период от 1 до 3 лет у ребёнка прорезываются все молочные зубы, он быстро растёт и прибавляет в весе. Развивается речь и память ребёнка. Он начинает ориентироваться в окружающем мире, активно познаёт мир.

В этот период огромное значение для малыша имеет игра. Раннее детство сменяет дошкольный возраст. В дошкольном возрасте ребёнок активно познаёт окружающий мир уже с помощью своего мышления.

Очень важна информация, заложенная в ребёнка в этом возрасте, так как именно в этом возрасте мозг ребёнка развивается очень интенсивно и впитывает в себя информацию, словно губка. В дальнейшем (начиная с 7-8 лет), ребёнок просто развивает полученные знания. Учёные считают, что первые шесть лет – это самый важный период в развитии человека. В это время закладывается основание всей будущей жизни.

Уверенность в себе, знание, что ты желаем и любим, чувство собственного достоинства, поведение в стрессовых ситуациях – всё это восходит к самому раннему детству, к отношениям малыша с родителями. Поскольку этот период имеет решающее значение для формирования личности, важно знать, что представляет собой ребёнок этого возраста. Лучший способ узнать ребёнка – понаблюдать за ним и прислушаться к нему. Но полезно также знать и об общих чертах детей этого возраста.

В 2 года ребёнок перешагивает через несколько препятствий чередующимся шагом, удерживает равновесие при ходьбе по доске, лежащей на полу. В подвижные игры для детей 2 лет можно включать прыжки, бег, бросание мяча и скатывание его с горки.

От одного года до двух лет развитие ребенка характеризуется следующими особенностями: ходит всё уверенней; требует внимания к себе; познаёт мир через ощущения; внимание быстро рассеивается; полностью может концентрироваться только на одной вещи; восприятия конкретны, воображение ещё не развито (думает только о том, что видит); слабая координация движений; нет «тормозов», его трудно остановить; решителен; любопытен, жаждет

исследовать мир; подражает взрослым; непослушен; любит постоянный распорядок дня, чувствуя себя так безопасней; сосредоточен на себе; учится проситься на горшок.

От двух до трех лет развитие ребенка характеризуется следующими особенностями: по-прежнему сосредоточен на себе; любопытен; координация движений ещё не совершенна; активен; исследователь, интересуется окружающим миром; играет большей частью один; импульсивен, действует по первому побуждению; склонен проверять «границы дозволенного»; становится всё более независимым; любит учиться; ему не надоедает повторять одно и то же; нелогичен; возникает чувство прекрасного; подражает взрослым; внушаем; сравнивает себя с другими; развивает самосознание; формируется словарь (у трёхлетних он уже довольно богат).

Учится засыпать самостоятельно, сам забирается в кровать, дожидаясь, пока его укроют.

В 3 года ребёнок: называет правильно четыре основных цвета и некоторые оттенки цветов; ориентируется в семи цветах спектра (знает чёрный и белый цвета), находит по образцу, по просьбе взрослого; трехлетний ребёнок собирает последовательно (вкладывает меньшую в большую) матрешки, мисочки, формочки, колпачки из четырех-шести составляющих (по показу, просьбе взрослого, в самостоятельной игре).

Игры для ребёнка 3 лет могут быть основаны на подборе плоских геометрических фигур к образцу (круг, прямоугольник, треугольник, трапеция, овал, квадрат). Наглядно ориентируется в конфигурации объёмных геометрических фигур (подбирает к соответствующим по форме отверстиям). Некоторые из них называет: шар, куб, призма ("крыша"), цилиндр ("столбик"), кирпичик, конус.

Определяет на ощупь (в игре) и называет знакомые геометрические или другие фигуры. Ребенок в 3 года собирает пирамидку из восьми-десяти колец по образцу или по рисунку (по убыванию размера, по размеру и цвету, по форме и размеру). Находит и может назвать большой, маленький предмет, средний – между ними. Определяет предмет по фактуре (мягкий, твёрдый).

Составляет картинку из двух частей (на занятии). Подбирает мозаику к несложному рисунку. Запоминает и указывает место, где стояла убранная взрослым игрушка (в совместной игре).

Дошкольный возраст: от 3 до 6–7 лет. От четырех до шести лет развитие ребенка характеризуется следующими особенностями: всё более и более независим; любит помогать; играет «до изнеможения»; легко утомляется; воображение развито в наивысшей степени; очень доверчив: верит всему, что говорят; может сосредоточить внимание на более продолжительное время; координация движений улучшается; любит поболтать; понимает, что не один на свете; путает факты и вымысел; развивает творческий инстинкт; может испытать подлинное религиозное чувство; четырёхлетние играют вместе; пяти- и шестилетние могут играть по сложным правилам; приобретает уверенность в себе; любит похвастаться; сосредоточен на себе, но способен к состраданию; очень нуждается в похвале и одобрении; может подружиться со взрослым.

Младший школьный возраст: с 7 до 10–11 лет. Школьный период в жизни ребенка начинается в шесть или семь лет и обычно заканчивается к 16 годам. Это период вторичной социализации, когда ребенок, а затем и подросток усваивает культуру и социальную жизнь общества, в котором ему предстоит жить в качестве взрослого. Ребёнок с 6-8 до 16-18 лет ходит в школу, познаёт жизнь с различных сторон. Чувствует на себе ответственность (выполнение домашних заданий, посещение школы). Формируются его вкусы, развивается личность ребёнка.

Условно выделяют младший школьный возраст (до 10 лет) и старший школьный возраст (с 13 лет), который обычно называют подростковым возрастом, или периодом полового созревания. В связи с индивидуальными колебаниями сроков полового созревания границы старшего школьного и подросткового возраста не всегда совпадают.

После периода первого физиологического вытяжения (4–6 лет) до наступления полового созревания отмечается относительная стабилизация скорости роста. Для ориентировочного расчёта нормального роста у детей старше

4 лет можно использовать следующую формулу: $100 + 6(n - 4)$, где n – возраст в годах.

Массу (вес) тела детей до 11 лет рассчитывают по формуле: $10,5 \text{ кг} + 2n$; детей 12 лет и старше по формуле: $(n \times 5) - 20 \text{ кг}$, где n – возраст в годах. Точно оценить соответствие роста и массы тела возрасту ребёнка можно только по стандартным ростовесовым таблицам.

Подростковый возраст: с 11 до 17 лет. В подростковом возрасте (с 11 до 14 лет) семья все еще имеет значение для удовлетворения материальных и эмоциональных потребностей, но на первое место выходит значение среды сверстников и образовательного учреждения для удовлетворения потребностей социально-познавательного характера.

В старшем школьном возрасте (с 15 до 17 лет) семья все еще имеет значение, однако появляется тяга к самообразованию, частичное самостоятельное удовлетворение материальных потребностей, роль взрослых меняется с защитной функции на социально-профессиональное ориентирование.

Культурно-исторические аспекты детства

В ходе истории непрерывно росло обогащение материальной и духовной культуры человечества. За тысячелетия человеческий опыт увеличился во много раз. Но за это же время новорожденный ребенок практически не изменился.

Опираясь на данные антропологов об анатомо-морфологическом сходстве кроманьонца и современного европейца, можно предположить, что новорожденный современного человека ни в чем существенном не отличается от новорожденного, жившего десятки тысяч лет назад.

В ходе истории росло обогащение материальной и духовной культуры человечества. Но за тысячелетия новорожденный ребенок практически не изменился. Продолжительность детства находится в прямой зависимости от уровня материальной и духовной культуры общества.

Памятники культуры, имеющие отношение к детям, бедны. Даже в тех, не очень частых случаях, когда в археологических раскопках находят игрушки,

это обычно - предметы культа, которые в древности клали в могилы, чтобы они служили хозяину в загробном мире.

Миниатюрные изображения людей и животных использовались также в целях колдовства и магии. Можно сказать, что экспериментальным фактам предшествовала теория.

Исторически понятие детства связывается не с биологическим состоянием незрелости, а с определенным социальным статусом, с кругом прав и обязанностей, присущих этому периоду жизни, с набором доступных для него видов и форм деятельности.

Много интересных фактов было собрано французским демографом и историком Филиппом Ариесом. Его интересовало, как в ходе истории в сознании художников, писателей и ученых складывалось понятие детства и чем оно отличалось в различные исторические эпохи.

Открытие детства позволило описать полный цикл человеческой жизни. Для характеристики возрастных периодов жизни в научных сочинениях XVI-XVII веков использовалась терминология, которая до сих пор употребляется в научной и разговорной речи: детство, отрочество, юность, молодость, зрелость, старость, сенильность (глубокая старость).

В старину периоды жизни соотносились с четырьмя временами года, с семью планетами, с двенадцатью знаками зодиака. Совпадение чисел воспринималось как один из показателей фундаментального единства Природы.

Вопрос об историческом происхождении периодов детства, о связи истории детства с историей общества, без решения которых невозможно составить содержательное понятие о детстве, был поставлен в детской психологии в конце 20-х годов XX века и продолжает разрабатываться до сих пор.

И хотя история детства еще не исследована в достаточной мере, важна сама постановка этого вопроса в психологии, социологии и педагогике XX века. Если на многие вопросы в теориях развития ребенка еще нет ответа, то путь решения уже можно представить. И видится он в свете исторического изучения детства.

В современной науке значительное внимание уделяется влиянию развития научно-технического процесса на социализацию и воспитание детей, на изменение роли и места ребенка и родителя в семье.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Дайте определение понятия «детство» и термина «ребенок».
2. Охарактеризуйте период младенчества: от рождения до одного года.
3. Дайте характеристику раннего детства: от одного года до трех лет.
4. Раскройте дошкольный возраст: от 3 до 6–7 лет.
5. Охарактеризуйте младший школьный возраст: с 7 до 10–11 лет.
6. Раскройте подростковый возраст: с 11 до 17 лет.
7. Дайте характеристику старшего школьного возраста (с 15 до 17 лет).

Тема 3. Демографическая ситуация в РФ

Одним из основных показателей любого государства является демографическая ситуация. После развала СССР численность населения плавно, но уверенно снижалась, и только несколько лет назад начался неуверенный и медленный, но все-таки рост.

Согласно аналитическому докладу Высшей Школы Экономики «Демографический контекст повышения возраста выхода на пенсию» к 2034 году продолжительность жизни на пенсии после повышения пенсионного возраста достигнет 14 лет и 23 года для мужчин и женщин соответственно.

Численность населения Российской Федерации вновь начала сокращаться. Если в 2013–2015 гг. она демонстрировала небольшой естественный прирост, то уже в 2016-м он остановился, а с 2017-го возобновилась депопуляция. Естественная убыль населения составила 134 тыс. человек. Она была перекрыта миграционным приростом (207 тыс.), однако и он оказался наименьшим с 1991 года. Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) снизился с 1,777 на 2015-й и 1,762 на 2016-й до 1,621 ребенка на женщину (уровень простого воспроизводства – 2,1-2,15 ребенка).

Таким образом, мы видим перелом тенденции, наблюдавшейся с 1999 года. Снижение смертности, при этом, лишь отложило проблему. В 2017 году уровень рождаемости в России снизился сразу на 10,7%, следует из отчета Росстата. По подсчетам ведомства, за год в стране родились примерно 1,69 млн. детей, что более чем на 203 тыс. меньше, чем в 2016-м. По этому показателю 2017-й оказался худшим годом последнего десятилетия; в последний раз меньше новорожденных в России было зафиксировано лишь в 2007 году (1,61 млн.).

По данным Росстата, в 2018 году в России на свет появилось на 203 тыс. младенцев меньше, чем годом ранее. Единственным регионом страны, где не был зафиксирован спад рождаемости, оказалась Чечня.

За январь – июнь 2018 года естественная убыль численности населения России составила 164 187 человек.

Суммарный коэффициент рождаемости снизился до 1,588. При этом в 2012-м, когда стартовала программа стимулирования рождаемости, он составлял 1,69, в 90-е он составлял 1,42. Миграция снизилась почти в полтора раза – до 102,3 тыс. человек с 141,8 тыс. за тот же период прошлого года.

Дальнейшие перспективы выглядят еще хуже. Малочисленность поколения девяностых при низкой рождаемости означает, что темпы снижения численности населения превысят миллион ежегодно. При этом население быстро стареет – по переписи 1989 года людей до 20 лет в России было 30%, а старше 60 лет – 15%. В 2017 году соотношение поменялось: до 20 лет – 22%, старше 60 лет – 21%.

Что касается численности трудоспособного населения, то она начала снижаться еще в 2009-м. В 2006-2016 гг. число граждан трудоспособного возраста снизилось с 90,2 млн. до 84,2 млн. человек, на 6,7%. До прошлого года это компенсировалось за счет возросшей активности на рынке труда старшего поколения и отчасти молодежи – в итоге численность рабочей силы выросла с 74,4 млн. до 76,6 млн. человек. Однако сейчас этот ресурс почти исчерпан. В 2017 г. одновременно уменьшились и трудоспособное население (до 83,2 млн.), и рабочая сила (до 76,3 млн.).

Сначала приведем *общие основные данные о демографической ситуации в стране на 2018 год:*

1. *Численность населения России на январь 2018 с учетом Крыма:* 146 млн. 880 тысяч 432 гражданина (9 место по численности в мире, после Китая, Индии, США, Индонезии, Пакистана, Бразилии, Нигерии и Бангладеша).

2. *Количество мигрантов, постоянно или большую часть года находящихся в РФ:* около 10 млн. (по данным на 2016 год), из которых около 4 млн. – находится в стране нелегально. Из них около 50% находятся в Москве или Питере.

3. *Распределение по «материковому» делению:* около 68% граждан проживают в европейской части страны, с плотностью 27 человек на 1 км². Осталь-

ная часть проживает в азиатской части страны, с плотностью 3 человека на 1 км².

4. *Распределение по типам населенных пунктов:* 74.43% живут в городах.

5. *Основные данные про населенные пункты:* 15 городов в РФ имеют численность более 1 млн, 170 городов – более 100 тысяч.

6. *Количество национальностей:* более 200. Основная часть – русские (81%), татары (3.9%), украинцы (1.4%), башкиры (1.1%), чувашаи и чеченцы (по 1%), армяне (0.9%).

7. *Соотношение пенсионеров и работоспособных граждан:* 1:2,4 (то есть на 10 пенсионеров приходится 24 работающих человека). По этому показателю РФ входит в десятку худших стран. Для сравнения: в Китае он составляет 3.5 (35 работающих на 10 пенсионеров), в США – 4.4, в Уганде – 9.

8. *Разделение по полу* (по данным на 2016 год): около 67 млн 897 тысяч мужчин и около 78 млн 648 тысяч женщин.

9. *Разделение по возрасту:* пенсионеров – около 43 млн (по состоянию на 2016), работоспособных – 82 млн (по состоянию на 2018), детей до 15 лет включительно – около 27 млн, или 18.3% от общей численности граждан (по данным на 2017).

Власти неоднократно заявляли, что повышение рождаемости – одна из основных задач государства. Однако иметь ребенка, даже одного – большая финансовая нагрузка на семью. Даже минимальный расход составит никак не меньше 5-7 тысяч рублей ежемесячно, и это до подросткового возраста (сначала на пеленки-питание, затем на одежду и игрушки). А некоторые родители содержат своих детей еще дольше – до получения высшего образования (условно до 20-23 лет). Получается, что даже если семья хочет завести ребенка – она может попросту не потянуть этого финансово, и поэтому откладывает это решение.

Чтобы упростить жизнь семьям с детьми и стимулировать рождаемость, в РФ принимаются *такие меры финансовой поддержки:*

1. *Материнский капитал*: единовременное пособие в размере 453 тысяч (на 2018 год), которое можно потратить только на определенные покупки (чтобы родители не растратили деньги на свои нужды). Программа маткапитала появилась в 2007 году, и пока работает до 2021 года. Не исключено, что ее снова продлят, потому что несколько раз ее уже продевали.

2. *Выплаты за первенца*: ежемесячная выплата, которая полагается семье, чей общий доход не дотягивает до регионального прожиточного минимума.

3. *Пособие на ребенка до полутора лет*: мера поддержки материнства.

Помимо этого, государство работает над инфраструктурой.

Решение проблемы с детсадами и яслями. По текущим прогнозам к 2021 года все дети в возрасте от 2 месяцев до 3 лет должны иметь места без очередей и прочих проблем. Для этого во всех регионах строятся новые детсады. В общей сложности планируется создать более 700 новых объектов разной вместимости.

Строительство перинатальных центров. И вынашивание ребенка, и роды, и первые месяцы после них – требуют качественного медицинского обслуживания. Ее тоже планируют решать, строя новые современные центры.

В стадии обсуждения:

1. *Дородовый сертификат*: единовременная выплата в размере 100 тысяч, которая полагается просто за то, что девушка беременеет.

2. *Пересмотр системы детских пособий.* Сейчас их получают все – и малоимущие, и люди с нормальным доходом. Предлагается перераспределить средства, выделяя их только малоимущим.

3. *Льготы семьям, в которых женщины рожают до 30 лет.*

Не исключено, что все эти проекты отклонят – пока что они «сырые», и решения по ним вряд ли стоит ожидать в ближайшем будущем.

На практике одним из наиболее оптимальных способов радикального повышения рождаемости является установление положительной связи между количеством детей и социальным/имущественным статусом. При этом традици-

онной системы льгот и пособий недостаточно. Хуже того, зачастую эти обременения возлагаются на работодателя, что, по сути, создает дополнительные препятствия для элементарного трудоустройства.

Иными словами, *во-первых*, следует создать для работодателя побудительные мотивы для приема на работу и карьерного продвижения родителей с детьми. Это можно сделать, снизив в отношении них страховые выплаты, вплоть до их полной отмены для родителей с тремя детьми и, далее, увеличив размер вычета их зарплаты из облагаемой базы по налогу на прибыль. Иными словами, многодетные родители, как минимум, должны быть поставлены в действительно равные условия на рынке труда, а как максимум получить явно выраженное преимущество. *Во-вторых*, следует четко увязать величину пенсии с количеством детей. В условиях солидарной системы этого требует элементарная справедливость – экономившие на будущих плательщиках в пенсионный фонд заслуживают встречной экономии и наоборот. Схема, возможно, покажется слишком радикальной, однако у нас существует весьма небогатый выбор между радикальными мерами и крупными «неприятностями».

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Дайте характеристику численности населения Российской Федерации и причин ее сокращения.
2. Охарактеризуйте разделение населения Российской Федерации по полу.
3. Раскройте разделение населения Российской Федерации по возрасту.
4. Охарактеризуйте соотношение пенсионеров и работоспособных граждан Российской Федерации.
5. Раскройте численность и соотношение мигрантов на территории Российской Федерации.
6. Перечислите и охарактеризуйте меры финансовой поддержки семьям с детьми.

Тема 4. Семья в структуре российского общества и государства

Семья – это относительно небольшое объединение людей, основанное на кровном родстве, браке или усыновлении, которое связано общностью бюджета, быта и взаимной ответственностью, а, следовательно, совокупностью социальных отношений, основанных на биологических связях, правовых нормах, правилах усыновления (удочерения), попечительства и др.

Семья является важнейшим агентом социализации, от которого во многом зависит формирование в гражданах тех социальных норм и ожиданий, в которых нуждается государство. Семья является бесспорной общечеловеческой ценностью, транслятором культурного наследия, национальных традиций и этических норм, значение которых сегодня возрастает не только для каждой отдельной личности, но и для страны в целом.

Поэтому именно благополучная семья является опорой государства и основой его стабильности. Социальное государство, которым согласно Конституции является Российская Федерация, заинтересовано не только в воспроизводстве населения, но и в улучшении качества трудового потенциала, здоровья населения, в эффективной социализации детей, обеспечивающих его национальную безопасность и прогрессивное развитие. Эти задачи весьма актуальны в современной геополитической обстановке.

Роль семьи заключается в формировании качественного человеческого потенциала, нового поколения граждан, способных приносить пользу обществу.

Важную роль семья играет в формировании социокультурной среды, где важны высокая степень ответственности в труде и учебе, взаимопомощь, гуманность. На современную российскую семью оказывают влияние множество факторов: социально-экономическое положение ее членов, семейная политика государства, социокультурное пространство, СМИ, а также общемировые тенденции развития семьи. История семьи в России всегда шла в условиях трансформации общества.

Урбанизация, индустриализация, масштабные экономические реформы оказали значительное влияние на демографическое поведение, семейно-брачные отношения, характер и способ ведения домохозяйства, структуру и размер семьи.

В нулевых годах в России была разработана и успешно реализовывалась государственная политика поддержки семьи, материнства и детства. 25 августа 2014 г. была утверждена Концепция государственной семейной политики в РФ на период до 2025 года, которая направлена на поддержку, укрепление и защиту семьи и ценностей семейной жизни, создание необходимых условий для выполнения семьей своих функций, повышение качества жизни семей, а также обеспечение прав членов семьи в процессе ее общественного развития.

Принятый документ лишней раз подтверждает значимость проблемы поднятия престижа института семьи для государства. Главное место в стратегии занимает создание благоприятной экономической среды, повышение доходов семьи с детьми. По данным экспертов, рождение детей приводит к ухудшению уровня жизни семьи после рождения первого ребенка на 16%, второго – на 30%, третьего и последующих – более чем на 50%, причем это касается, только полных семей.

Для предотвращения бедности российских семей на федеральном и региональном уровне были приняты меры по материальному стимулированию рождаемости, по поддержке молодых и многодетных семей. В декабре 2006 г. вступил в силу Федеральный закон N 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», в основе которого лежало внедрение с 2007 г. «материнского (семейного) капитала», который предназначался для семей, в которых родился второй ребенок. Сумма материнского капитала за период с 2007 по 2015 г. возросла с 250 до 453 тыс. руб. вследствие индексации, связанной с инфляцией.

С целью сохранения и возможности инвестирования этих средств в будущее семьи было разрешено потратить их после достижения ребенком 3-летнего возраста на улучшение жилищных условий, образование детей либо на

формирование накопительной части трудовой пенсии матери. Эта программа показала свою результативность в демографической сфере, послужив причиной повышения суммарного коэффициента рождаемости до 1,76. При этом рост показала рождаемость вторых и третьих детей – доля вторых рождений выросла с 30% в 2007 г. до 36,6% в 2012 г., а доля третьих рождений – с 7,6% до 10,8% за аналогичный период.

На основании указа Президента № 606 начиная с 2013 г. нуждающимся в поддержке семьям, в которых рождается третий ребенок и последующие дети, выплачивается специальное ежемесячное пособие до достижения ребенком 3-летнего возраста. Так как эти средства поступают на условиях федерального софинансирования и зависят от размера прожиточного минимума в каждом регионе, то по России сумма пособия варьируется, но в среднем составляет 7,7 тыс. руб. На 2014 г. данные выплаты были введены в 66 субъектах федерации, а с 2015 г. – в Крыму и Севастополе.

Федеральный закон «Об образовании» 2012 г. сохранил действующие ранее выплаты компенсаций родителям, чьи дети посещают учреждения дошкольного образования, в размере 20% платы на первого ребенка, 50% – на второго ребенка, 70% размера платы на третьего ребенка и последующих детей. Значительное место в деле повышения экономических возможностей семей занимали долгосрочные федеральные программы, направленные на государственную поддержку молодых семей в обеспечении их жильем.

Их суть состоит в том, что семья, возраст супругов которой не превышает 35 лет, получает ипотечный кредит на льготных условиях, который может использоваться как для покупки квартиры, так и для строительства индивидуального дома. Кроме того, молодые семьи имеют право на получение субсидии, размер которой зависит от наличия или отсутствия детей (30% и 35% соответственно). Семье, в которой трое и более детей, предоставляются дополнительные льготы при погашении кредита. За 9 лет работы программ «Молодая семья» и «Обеспечение жильем молодых семей» жилищные условия смогли улучшить около 300 тыс. семей.

Реализация всех этих мер поддержки семей с детьми в совокупности с другими федеральными и региональными программами позволила сделать значительный шаг на пути достижения материального благополучия и повышения качества жизни российской семьи. Результатом стало и то, что в 2013–2014 гг. впервые с начала 1990-х гг. был отмечен естественный прирост населения.

Несомненно, принимаемые государством меры по материальной поддержке семей играют важную роль, однако только экономическими мерами поднять престиж семьи невозможно. Семейные ценности относятся скорее к нравственным категориям, к сознанию человека, поэтому только повышение доходов не сможет кардинальным образом исправить ситуацию. Доказательством этого являются раз витые страны Европы, в которых рост благосостояния не привел к увеличению рождаемости.

Скорее наоборот, именно там возникло и набирает сторонников движение «чайлдфри», т.е. добровольной бездетности. Причинами этого явления и его популярности в странах Европы, Северной Америки, Австралии стали рост реальных доходов, которые можно потратить на собственный досуг и развлечения, дополнительное образование и на путешествия, а также социальная мобильность, нежелание засиживаться на одном месте. Препятствием на пути удовлетворения этих потребностей, а также ограничением личной свободы и времени, по мнению последователей этого движения, могут стать семья и дети.

Не осталась в стороне от этой негативной тенденции и Россия. Так, согласно последним опросам, примерно 17% молодых женщин Москвы в возрасте 30–40 лет заявляют, что не собираются иметь детей. Несколько лучше ситуация в провинции, где такого же мнения придерживается каждая 15-я девушка. Причем, как правило, это люди с высшим образованием, высоким социальным статусом, имеющие престижную работу и значительные доходы, т.е. как раз та категория, которая могла бы воспитать полноценное потомство, но отказалась от родительства ради карьеры или привычного комфорта.

Однако не только эгоизм и индивидуализм современных граждан являются причиной кризиса семьи. Падение авторитета семьи и девальвация семейных

ценностей стало следствием широкой пропаганды в средствах массовой информации, где ежедневно в свободном режиме разбирают семейные проблемы, разводы, факты жестокого обращения с детьми. Образ благополучной семьи – весьма редкое явление на российском телевидении, что определяется спросом телевизионной аудитории на семейные скандалы, интриги, а это в свою очередь – показатель духовного кризиса общества. Кроме того, есть и объективные причины, связанные с ограниченными возможностями женщин сочетать семейные и профессиональные обязанности.

Эта проблема весьма актуальна для России в настоящее время. В советский период дошкольными учреждениями были охвачены 100% всех детей. Большую роль в воспитании оказывали бабушки и дедушки. Экономические проблемы 1990-х гг. и резкий спад рождаемости практически полностью разрушили всю систему дошкольного образования, которая сейчас в условиях демографического бума постепенно восстанавливается, правда, очень медленно.

Нехватка мест в детских садах и яслях резко сокращает возможности матерей. Притом на помощь старшего поколения в настоящее время тоже рассчитывать не приходится, т.к. в силу экономических обстоятельств пенсионеры вынуждены продолжать профессиональную деятельность. И все чаще женщины отдают предпочтение профессиональной деятельности в ущерб семейным ценностям. Неблагоприятная ситуация на рынке труда заставляет отложить на будущее рождение первого ребенка, отказаться от второго и третьего, чтобы не потерять хорошее рабочее место и сделать карьеру.

В настоящее время государство ищет дополнительные возможности защиты интересов родителей. Так, сейчас для женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком, предусмотрены бесплатные программы дополнительного профессионального обучения и переподготовки, чтобы приобрести новую специальность или повысить квалификацию.

В стадии обсуждения находится вопрос о помощи в трудоустройстве родителей на рабочие места с гибким графиком работы.

Как отмечалось выше, задачи семьи в государственном масштабе не сводятся только к воспроизводству населения. Не менее важна ее общественно значимая воспитательная функция. Становление гражданского общества в России во многом зависит от поколения будущих граждан.

И насколько качественным будет этот человеческий потенциал, во многом зависит от семьи, ведь традиции семейного воспитания оказывают непосредственное влияние на социализацию ребенка. Никто не сможет дать ему столько любви и внимания, а если нужно – строгости, как родители. Как отмечают специалисты, влияние семьи на ребенка гораздо значительнее, чем влияние других факторов.

Если оценивать степень влияния в процентном соотношении, то на долю семьи приходится 40%, СМИ – 30%, школы – 20%, улицы – 10%. Характер семейных отношений определяет социальные идеалы и установки ребенка в будущем. Так, неблагоприятная семейная обстановка порождает физическое, сексуальное и психологическое насилие, в некоторой степени способствует росту наркозависимости и алкоголизации населения.

По мнению экспертов, аморальное поведение родителей, низкий культурный и образовательный уровень, грубые ошибки в воспитании детей, жестокость по отношению к ним ведут в будущем к серьезной деформации сознания, вследствие чего подрастающий молодой человек неправильно воспринимает ценности, принятые социумом, и выбирает асоциальную модель поведения.

Увеличение числа преступлений и правонарушений напрямую связано с ростом числа неблагополучных семей. Деграция семьи приводит к тому, что она уже не может выполнять все присущие ей функции по воспроизводству и воспитанию человеческого потенциала. Воспитание детей в таких семьях не способствует социализации и должному становлению личности, а, напротив, лишь усугубляет положение.

В подтверждение этого статистика неутешительно свидетельствует о росте числа правонарушений, совершенных детьми и подростками, и, что самое

страшное, ежегодно увеличивается число преступлений, совершенных ими с особой жестокостью.

Конечно, отчасти детская безнадзорность стала следствием экономического и духовного кризиса общества. Некоторые родители просто не в состоянии создать своим детям нормальные условия жизни. Однако, как это ни странно, безнадзорные дети встречаются и в материально благополучных семьях. Причину этого, вероятно, нужно искать в том, что родители, занятые работой и личными проблемами, самоустраиваются от воспитания детей. Одной из проблем, свойственной, прежде всего, благополучным на первый взгляд семьям, является отсутствие элементарного общения и доверительных отношений между родителями и детьми. Карьерный рост и материальное благополучие становятся приоритетными и вытесняют воспитательные функции.

Дети, испытывая дефицит общения с родителями, компенсируют его интернетом, компьютерными играми и т.п. Нарушение эмоционального взаимодействия может привести к снижению познавательной активности детей, что впоследствии негативно отразится не только на их обучении, но и на психологическом самочувствии. Кроме того, недостаток доверительного контакта создает препятствия на пути адаптации ребенка к новым жизненным условиям, т.к. отношения с родителями являются фундаментом всех других социальных связей, которые ему предстоит устанавливать и создавать в будущем.

Как показали исследования, модель семейного поведения оказывает непосредственное влияние на формирование характера ребенка и его отношений с окружающими. Так, наиболее оптимальной является стратегия сотрудничества всех членов семьи. Дети, выросшие в таких семьях, имеют собственную позицию, но, в то же время, более способны к компромиссу. Такие отношения характеризуются эмоциональной близостью, равноправием, низким уровнем конфликтности. Детям легче устанавливать межличностные связи.

Противоположностью стратегии сотрудничества являются стратегии подчинения (беспрекословное выполнение указаний взрослых, неспособность отказать) и противодействия (действие наперекор мнениям и советам родителей,

частое применение грубости и отрицания в общении). Стратегии подчинения и противодействия имеют одинаковые основания в родительском воспитании, они обусловлены авторитарностью, чрезмерным контролем и требовательностью, конфликтностью, ограничением свободы и ответственности или излишней демонстрацией любви и внимания. Дети из таких семей намного сложнее проходят процесс социализации, чаще возникают трудности в общении с коллективом.

Неблагоприятный климат в семье и отсутствие взаимопонимания снижают воспитательные функции семьи. Низкий образовательный уровень и культурная ограниченность родителей приводят к падению их авторитета у ребенка. В условиях модернизации большое значение имеют механизмы саморазвития, самосовершенствования и самореализации личности, воспитание способности искать нестандартные пути решения проблем в различных жизненных ситуациях, направленные на формирование интеллектуального потенциала общества.

Социализация детей в семье, с одной стороны, должна способствовать социальной адаптации к меняющимся условиям жизни и окружению, но, в то же время, развивать некоторую автономность по отношению к обществу, умение формулировать и отстаивать свои жизненные интересы и позиции.

Подрастающее поколение должно воспитываться в духе приоритета обязанностей и ответственности по отношению к правам. На наш взгляд, попытки поставить права человека выше обязанностей приводят к печальным последствиям. Примером может быть модель ювенальной юстиции, распространенная в некоторых странах Западной Европы, в основе которой права ребенка ставятся выше прав родителей, учителей и воспитателей. Благородные, на первый взгляд, цели по защите интересов детей на деле приводят к противопоставлению их взрослым, функции которых фактически сводятся к обслуживанию ребенка.

Либерализация воспитания приводит к отмене наказаний ребенка, т.к. оно может быть расценено как насилие над ним. Угроза изъятия детей из семьи не позволяет родителям применять хоть какие-то меры воздействия, что не дает в

полной мере реализовывать воспитательные функции. По сути, система ювенальной юстиции разрушает семейные ценности, дискредитирует весь институт семьи. В России тоже есть сторонники внедрения ювенальной юстиции, но большинство экспертов все-таки полагают, что грубое вмешательство в семейное воспитание противоречит многовековым социокультурным устоям и способно принести больше вреда, чем пользы.

Большую роль в воспитании полноценного потомства имеет доступность спортивных, культурных и иных секций, которые не только способствуют социализации детей, но и помогают развивать их внутренний потенциал. Физическое воспитание в семье дисциплинирует, повышает интеллектуальный, нравственный, эстетический, эмоциональный уровень детей, формирует привычку к повседневной работе.

Трудовая деятельность также является важным средством развития личности. Дети с раннего возраста должны приучаться соблюдать установленный порядок в семье и приобщаться к совместному труду. Это позволит почувствовать общность интересов, ответственность каждого перед семейным коллективом. Труд развивает человека физически, приносит радость и определенное благополучие.

Одним из направлений государственной политики, направленной на сохранение института семьи в том виде, в котором это необходимо обществу, должна стать популяризация семейных ценностей на основе создания положительного имиджа семьи через кинематограф, СМИ, организацию масштабных конкурсов и конференций, посвященных данной проблематике. В XXI в. имеются широкие возможности использования информационных технологий в процессе воспитания, которые, к сожалению, в должной степени не востребованы. Не на самом высоком уровне сегодня находится детский кинематограф.

Если в Советском Союзе из 150 фильмов, ежегодно выходящих на экран, обязательно было 30 детских, на которых выросло не одно поколение, то сейчас юношеская тематика представлена в основном мультипликацией, а фильмов для подростковой аудитории практически нет.

В условиях модернизации в современной России институт семьи имеет определяющее значение для будущего развития государства и становления гражданского общества. Именно в семье закладываются важные для любого общества духовно- нравственные ценности, такие как патриотизм, гражданственность, гуманность, справедливость, уважение к культуре и традициям народов, что немаловажно для многонациональной России.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Дайте определение понятия «семья».
2. Охарактеризуйте государственную политику поддержки семьи, материнства и детства.
3. Раскройте Федеральный закон N 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».
4. Сформулируйте основную идею движения «чайлдфри», охарактеризуйте ее.
5. Охарактеризуйте причиной кризиса современной семьи: эгоизм и индивидуализм современных граждан; наркозависимость и алкоголизация молодого населения; увеличение числа преступлений и правонарушений.
6. Соотнесите понятия «детская безнадзорность» и «детская беспризорность».

РАЗДЕЛ 2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Тема 5. История становления и развития системы охраны материнства и детства

Здоровье матери и ребенка являются важнейшими показателями социального благополучия государства, и потому охрана материнства и детства в Российской Федерации рассматривается как одно из приоритетных направлений в области охраны здоровья населения.

Главная цель политики в этом вопросе – создание благоприятных условий для реализации важнейших для каждой женщины функций – рождения и воспитания здоровых детей.

На практике это требует от государства создания системы социально-правовой защиты женщин-матерей, а также формирования и эффективного функционирования, специальных лечебно-профилактических учреждений охраны материнства и детства, которые в настоящее время представлены амбулаторно-поликлиническими, стационарными и санаторными учреждениями, специализирующимися на оказании медико-социальной помощи женщинам-матерям и детскому населению.

Охрана здоровья матери и ребенка является одной из важнейших задач социального государства, приоритетным направлением государственной политики в области охраны здоровья населения, поскольку от состояния здоровья женщин и детей зависит уровень воспроизводства населения, развитие трудового, интеллектуального, оборонного потенциала государства.

Среди множества факторов, влияющих на здоровье матери и ребенка, особая роль принадлежит социальным, поэтому состояние здоровья женщины-матери и ребенка является чутким индикатором социального благополучия населения и зрелости государства.

Социальная значимость здоровья матери и ребенка обуславливает и тот факт, что в систему показателей, используемых для оценки общественного здо-

ровья, эксперты ВОЗ рекомендуют включать показатели, отражающие состояние здоровья этих групп населения, а также характеризующие организацию медико-социальной помощи женщине-матери и ребенку.

Среди них важнейшими являются материнская и младенческая смертность как интегральные показатели оценки здоровья женщин и детей, а также доступность и охват беременных квалифицированной медицинской помощью.

Становление и развитие системы охраны здоровья матери и ребенка насчитывает не одно столетие, однако стройно она сформировалась в России лишь в XX в.

После Октябрьской революции 1917 г. охрана материнства и младенчества получает государственный статус. В Народном комиссариате государственного призрения был создан *Отдел охраны материнства и младенчества*, в подчинение которого передаются все учреждения, занимающиеся медицинским обслуживанием матери и ребенка.

На передний план выдвигается борьба с высокой младенческой смертностью. С этой целью разворачивается широкая работа по организации сети учреждений для детей. К 1920 г. в России было создано 108 домов младенца, 267 приютов для грудных детей и домов ребенка до трех лет.

Важно также отметить, что среди первых декретов советской власти были и призванные обеспечить подрастающее поколение страны полноценным питанием ("Об усилении детского питания" от 14 сентября 1918 г.; "О бесплатном детском питании" от 17 мая 1919 г.), что можно рассматривать как важнейшую меру, направленную на сохранение здоровья детей.

Следует отметить, что с приходом к власти большевиков отношение к охране материнства и детства принимает политизированный оттенок. До революции профессиональная деятельность женщин не носила массового характера, женщины занимались преимущественно выполнением домашних обязанностей и воспитанием детей.

Становление и развитие советского государства потребовало вовлечения в общественное производство женщин. Лозунгом тех лет стал призыв: "Осво-

бодить женщину от семейного рабства". В эти годы акцент делается на охране здоровья "женщины-работницы" и создании условий для сочетания последней трудовой деятельности с материнством.

Подтверждением этому является *легализация в 1920 г. искусственного аборта*, а также форсированное развитие сети учреждений "внесемейного воспитания": детских яслей, в которые женщина могла отдать ребенка в возрасте 2–3 месяцев, и детских садов, предназначенных для детей от трех до семи лет. Созданием этих учреждений обеспечивалось своевременное возвращение женщины после родов на рабочее место. На это было также направлено создание в детских яслях и садах специальных групп, в которых женщина могла оставлять ребенка на всю рабочую неделю.

Аналогичные группы "продленного дня" создавались и в школах. Организацию "внесемейного воспитания" также брали на себя интернатские учреждения для детей из многодетных или сельских семей, одиноких матерей, в которых дети школьного возраста могли проживать и обучаться, в то время как их матери трудились в сфере промышленного производства, сельском хозяйстве.

Создание таких учреждений, безусловно, сыграло позитивную роль в укреплении здоровья детей, снижении детской заболеваемости и смертности. Санитарные условия содержания здесь были в среднем намного лучше, чем те, которые существовали тогда в семейных жилищах.

В дошкольных и школьных учреждениях детям обеспечивался режим обучения, питания, в них регулярно проводились профилактические осмотры и вакцинация, тем самым охрана здоровья детей постепенно становилась предметом деятельности не только учреждений здравоохранения, но и образовательных учреждений.

После 1920 г. консультации, обслуживавшие детей до одного года, превращаются в школы матерей. Тогда же возникают и консультации для беременных, которые вначале обслуживают только беременных, а затем и всех женщин.

На начальных этапах деятельность женских и детских консультаций носила исключительно профилактический характер, но постепенно они начинают

приобретать и лечебные функции, а затем на женские консультации была возложена задача лечения женщин с гинекологическими заболеваниями.

В результате в начале 1930-х гг. в СССР складывается трехзвенная система охраны материнства и детства, включающая:

– *женские консультации*, которые осуществляли диагностику беременности и наблюдение за беременными, лечение женщин с гинекологическими заболеваниями, а также выдачу направлений на искусственный аборт;

– *родильные дома*, которые были учреждениями стационарного типа, оказывающими медицинскую помощь роженицам;

– *детские поликлиники*, в которых врачи-педиатры наблюдают и лечат детей с момента их выписки из родильного дома и до 15 лет.

После создания Народного комиссариата здравоохранения (Наркомздрав) Отдел охраны материнства и младенчества принимает на себя руководство женскими консультациями и родильными домами, а также яслями, детскими консультациями, детскими пищевыми станциями, молочными кухнями.

Переломным моментом в развитии системы охраны материнства и детства в СССР стал 1936 г., когда было принято знаменитое постановление от 26 июля о запрещении абортов. После этого в развитии системы начался настоящий бум: разворачивались тысячи коек в родильных домах, как в городах, так и в сельской местности. Кроме обеспеченности врачами, на уровень смертности с конца 1930-х годов существенно влияло внедрение новых медицинских технологий и препаратов, в частности сульфамидов и антибиотиков, которые позволили кардинально снизить младенческую смертность даже в годы войны. Успех от внедрения новых технологий был во многом обеспечен развитой инфраструктурой и хорошо организованной системой распределения этих препаратов, созданной в 1930-е годы.

Таким образом, в СССР в 1920–1930-е годы были созданы основные контуры системы охраны материнства и младенчества в СССР. Была налажена подготовка медицинских кадров, создана система централизованного управления, определены функции и задачи отдельных звеньев системы. Советская

власть как бы прослеживала весь путь ребенка, начиная с его внутриутробного состояния и до совершеннолетия.

В 1939 г. для руководства системой охраны материнства и детства в Наркомздраве создается специальное Управление лечебно-профилактической помощи (в дальнейшем преобразованное в Главное управление лечебно-профилактической помощи женщинам и детям).

Постепенно решается проблема научных исследований и подготовки квалифицированных кадров для данной сферы. Большой вклад в ее решение внесли созданные в городах Москве, Харькове, Киеве, Петрограде, а затем и в других крупных городах научно-исследовательские институты охраны материнства и младенчества, институты охраны здоровья детей и подростков, а также вновь создаваемые педиатрические факультеты медицинских вузов.

В стране активизируется работа по созданию учреждений охраны материнства и детства, в результате чего к 1940 г. 97% рождений в городах и 26,3% в сельской местности были охвачены системой родовспоможения.

За эти годы удалось достичь существенного снижения показателей материнской и младенческой смертности, в том числе за счет улучшения обеспеченности учреждений квалифицированными кадрами, а также внедрения новых медицинских технологий. Это позволило снизить материнскую и младенческую смертность даже в годы Великой Отечественной войны.

Быстрый рост доступности квалифицированного родовспоможения, замедлившийся во время войны, вновь ускорился в 1950-х гг. и достиг пика к началу 1960-х гг., когда большинство родов, как в городах, так и в сельской местности происходило в родильных домах. Вплоть до 1970-х гг. продолжает расширяться сеть учреждений дошкольного воспитания, благодаря чему почти половина всех детей в возрасте моложе семи лет посещают эти учреждения.

Таким образом, в период 1940–1980 гг. система охраны материнства и детства имела интенсивный характер развития: расширялась сеть учреждений здравоохранения, оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям и

матерям, росло число квалифицированных кадров акушеров и педиатров, внедрялись новые технологии.

После распада СССР охрана материнства и детства, как и вся система охраны здоровья населения, переживала тяжелые времена. Резкое снижение рождаемости привело к тому, что женские консультации, приоритетным направлением деятельности которых прежде было оказание помощи беременным, вынуждены были переориентировать свою работу на лечение гинекологических больных, а также деятельность по профилактике искусственных абортов, число которых в те годы существенно увеличилось.

Социально-экономические преобразования не могли не отразиться и на здоровье детей. К сожалению, в эти годы профилактическое направление охраны здоровья матери и ребенка постепенно утрачивало свои позиции. Затяжной экономический кризис негативно повлиял на репродуктивные установки населения детородного возраста и, как следствие, повлек за собой снижение рождаемости и ухудшение демографической обстановки в стране *в 1990-е годы*.

К настоящему времени в стране создана и функционирует стройная система охраны материнства и детства как совокупность мер государственного, общественного и частного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции – рождения и воспитания детей, а также позволяющая ей сочетать материнство с производственной и общественной деятельностью.

Кроме того, в охране здоровья матери и ребенка принимают участие специалисты научно-исследовательских учреждений, перинатальных и реабилитационных центров, детских санаториев и др. Заботу о сохранении и укреплении здоровья детей осуществляют и учреждения образования: детские дошкольные учреждения, школы.

Система охраны материнства и детства в настоящее время представлена: учреждениями, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь;

лечебно-профилактическую помощь детям; комплексом социальных и правовых мер, направленных на поддержку материнства и детства.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Охарактеризуйте социальную значимость здоровья матери и ребенка.
2. Раскройте период в советской истории, когда охрана материнства и младенчества получает государственный статус.
3. Охарактеризуйте этап форсированного развития сети учреждений «внесемейного воспитания».
4. Раскройте деятельность женских и детских консультаций на начальных этапах советской истории.
5. Охарактеризуйте трехзвенную систему охраны материнства и детства, которая стала складываться в начале 1930-х гг. в СССР.
6. Раскройте переломный момент в развитии системы охраны материнства и детства в СССР – 1936 г.
7. Охарактеризуйте интенсивный характер развития системы охраны материнства и детства в период 1940–1980 гг.
8. Раскройте период развития системы охраны материнства и детства после распада СССР.
9. Охарактеризуйте элементы современной системы охраны материнства и детства.

Тема 6. Организация охраны здоровья женщин

Охрана здоровья женщин включает широкий комплекс мероприятий, реализация которых начинается еще задолго до ее вступления в репродуктивный период жизни.

Сохранение и укрепление здоровья девочки и девушки-подростка как будущей матери включает мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, проведение комплексных профилактических осмотров с целью раннего выявления и своевременного лечения заболеваний, способных в дальнейшем негативно повлиять на выполнение женщиной репродуктивной функции.

Сюда следует также отнести мероприятия, направленные на создание оптимальных условий для воспитания и обучения девочек и девушек-подростков.

На этапе подготовки к вступлению в брак охрана здоровья будущей матери включает просвещение по вопросам планирования семьи, формирование ответственного и безопасного сексуального поведения, профилактику нежеланной беременности и искусственного ее прерывания. Огромное значение в этот период имеет своевременная диагностика и лечение имеющихся заболеваний органов репродуктивной системы. В комплекс мер по охране здоровья будущей матери следует также включить мероприятия, направленные на создание оптимальных для здоровья будущей матери условий труда.

Этап вынашивания и рождения ребенка представляет исключительную важность с точки зрения здоровья не только беременной женщины, но и будущего ребенка. Здесь необходимо создание соответствующих физиологическому состоянию беременной условий труда, исключающих влияние вредных и опасных для здоровья производственных факторов; организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья женщины в период беременности, родов и послеродового периода; обеспечение мер социально-правовой поддержки женщины в период беременности и ухода за ребенком в первые годы его жизни и др.

Охрана здоровья женщины в позднем *репродуктивном возрасте*, а также в *пред- и постклимактерическом периодах* (периодах угасания репродуктивной функции) ее жизни направлена на профилактику, диагностику и лечение гинекологических заболеваний и болезней молочной железы, формирование рационального контрацептивного поведения с целью профилактики искусственных абортов, создание благоприятных и безопасных для здоровья женщины условий труда и быта.

Таким образом, охрана здоровья женщины-матери включает не только лечебно-диагностические мероприятия, но и широкий спектр мер профилактического характера, включая формирование здорового образа жизни, создание оптимальных условий обучения, труда и быта, организацию мер правовой и социальной поддержки женщин при рождении и воспитании детей. Это обуславливает участие в охране здоровья женщины-матери не только специалистов-медиков, но и психологов, юристов, а также социальных работников. В реализации данного комплекса мер особое место принадлежит лечебно-профилактическим учреждениям, оказывающим женщинам акушерско-гинекологическую помощь. Это амбулаторно-поликлинические и стационарные учреждения.

К первой из этих групп относятся *женские консультации* (в сельской местности – фельдшерско-акушерские пункты), а также специальные смотровые кабинеты для женщин в городских поликлиниках.

Стационарную акушерско-гинекологическую помощь обеспечивают родильные дома (на селе – родильные отделения сельских участковых, районных и межрайонных больниц), а также специализированные гинекологические больницы и гинекологические отделения городских многопрофильных (в сельской местности – центральных районных) больниц.

Оказание высокотехнологичной акушерско-гинекологической помощи женщинам возложено на акушерские клиники медицинских вузов, а также профильные научно-исследовательские институты (центры) и другие научные учреждения.

Женская консультация

Основная роль в оказании амбулаторно-поликлинической помощи принадлежит женской консультации.

Женская консультация – лечебно-профилактическое учреждение диспансерного типа. Основные ее задачи заключаются в следующем:

- оказание лечебно-профилактической помощи женщинам во время беременности и после родов;
- проведение психопрофилактической подготовки беременных к родам и уходу за новорожденным;
- оказание лечебно-диагностической помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи, профилактике аборт, инфекций, передаваемых половым путем, внедрение современных методов контрацепции;
- проведение мероприятий по повышению санитарной культуры женщин по вопросам охраны репродуктивного здоровья;
- оказание социально-правовой помощи женщинам в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка.

Согласно приказу Минздравсоцразвития России «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению в Российской Федерации» женская консультация является подразделением поликлиники, многопрофильной больницы или родильного дома, оказывающим амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь населению.

Здесь осуществляется работа по территориально-участковому принципу. Территориальный акушерско-гинекологический участок, обслуживаемый врачом акушером-гинекологом и акушеркой, рассчитан на 5–6 тыс. человек, из которых до 25% женщин находятся в репродуктивном возрасте (15–49 лет).

Режим работы женской консультации устанавливается с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин, работающих как в дневное, так и вечернее время.

Для этого устанавливается двухсменный график работы врачей и среднего медицинского персонала.

В соответствии с задачами женской консультации в ее структуре предусмотрены:

1) кабинеты акушеров-гинекологов;

2) кабинеты специализированных приемов: планирования семьи, невынашивания беременности, гинекологической эндокринологии, патологии шейки матки, бесплодия, гинекологии детского и подросткового возраста, функциональной и пренатальной диагностики;

3) кабинеты других специалистов: терапевта, стоматолога, психотерапевта (медицинского психолога), юриста, социального работника, психопрофилактической подготовки беременных к родам, лечебной физкультуры, физиотерапевтических методов лечения;

4) другие подразделения: малая операционная, клиничко-биохимическая лаборатория, стерилизационная, набор помещений для дневного стационара, регистратура.

Рассмотрим содержание основных направлений деятельности женской консультации.

В основе организации медико-социальной помощи беременным – диспансерное наблюдение за женщиной с момента постановки ее на учет в связи с беременностью вплоть до окончания послеродового периода, что положительно влияет на благополучное течение и исход беременности.

Для стимулирования раннего обращения беременных всем обратившимся в женскую консультацию и вставшим на учет в сроки до 12 недель беременности выплачивается единовременное денежное пособие.

Диспансерное наблюдение за беременными предусматривает динамический контроль за состоянием здоровья женщины и плода. Он обеспечивается путем сбора акушерского анамнеза, осмотра, проведения необходимых клинико-лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей – терапевта и стоматолога, а при наличии заболеваний – специалистов соответ-

ствующего профиля. Частота и объем проводимых в рамках диспансерного наблюдения мероприятий зависят от срока беременности, а также состояния здоровья и наличия отклонений в течение беременности.

В ходе диспансерного наблюдения обязательным является изучение социального статуса женщины: жилищных и материальных условий жизни, характера и особенностей трудовой деятельности, взаимоотношений в семье и других социальных характеристик. Данный раздел работы может выполняться специалистом социальной работы.

Особого внимания заслуживают беременные, имеющие отклонения в течение беременности, а также хронические заболевания различных органов и систем организма.

На основе комплексной оценки состояния здоровья, выявления медицинских и социальных факторов риска неблагоприятного течения и исхода беременности формируются группы риска, к которым, например, относятся юные беременные, женщины с хроническими заболеваниями, имеющие проблемы социального характера (безработные, с низким уровнем материального достатка, неблагоприятными условиями труда, асоциальным поведением и др.). В отношении таких женщин применяются дополнительные меры, направленные на уменьшение влияния факторов риска и ликвидацию имеющихся проблем.

Большое внимание при работе с беременными уделяется профилактической деятельности: формированию здорового образа жизни, психопрофилактической подготовке к родам, обучению навыкам ухода за новорожденным и др. В последние годы во многих женских консультациях работа по подготовке к рождению ребенка проводится и с будущими отцами, а по желанию – и с другими членами семьи.

Осложненное течение беременности требует проведения диагностических и лечебных мероприятий, которые могут осуществляться как на базе самих женских консультаций, так и в отделениях патологии беременности родильных домов. В ряде случаев для профилактики психологического дискомфорта при госпитализации предпочтительным является проведение необходимых лечебно-

диагностических процедур на базе женских консультаций, для чего в них организуются дневные стационары.

Такие стационар замещающие технологии оказания медицинской помощи беременным имеют и экономическую целесообразность, поскольку стоимость пребывания больного в последнем значительно превышает расходы на проведение аналогичных процедур в условиях дневных стационаров.

Организация амбулаторной гинекологической помощи женщинам является еще одним из направлений деятельности женской консультации. Для диагностики заболеваний используются возможности клинической лаборатории, а также другие, в том числе современные инструментальные и иные методы исследования.

В лечении гинекологических заболеваний широко используются медикаментозные, а также физиотерапевтические и другие методы. В сложных случаях, при невозможности осуществления комплекса диагностических и лечебных мероприятий на базе женской консультации, а также для проведения оперативного лечения, женщины направляются в гинекологический стационар.

Выявление и диагностика гинекологических заболеваний производится при обращении женщин к акушеру-гинекологу, а также в ходе индивидуальных и массовых профилактических осмотров женского населения.

Организация последних является одной из важнейших задач акушера-гинеколога на обслуживаемом участке. Цель таких осмотров направлена на раннее выявление и диагностику заболеваний органов репродуктивной системы и молочной железы, а одной из задач является организация просветительской работы с женщинами по вопросам профилактики аборт и гинекологических заболеваний.

Для оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам – работницам промышленных предприятий, находящихся на территории деятельности женской консультации, из ее штата выделяется акушер-гинеколог, работающий по установленному для всех врачей цеховому принципу. В его обязанности

входит организация профилактических осмотров работающих женщин, выявление гинекологической патологии, санитарное просвещение.

Обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи, профилактике аборт, инфекций, передающихся половым путем, внедрение современных методов контрацепции составляют еще одно важное направление деятельности женской консультации.

Сохраняющийся высокий уровень искусственных абортов, низкий охват населения современными методами регулирования рождаемости создают реальную опасность для репродуктивного здоровья женщин и требуют организации широкого комплекса мер, направленных на профилактику искусственных абортов. Данное направление деятельности реализуется посредством организации кабинета (приема) по планированию семьи, для работы в котором выделяется специальный врач. При отсутствии в структуре женской консультации такого кабинета его функции возлагаются на акушеров-гинекологов, работающих на участке.

Здесь женщины могут получить информацию и приобрести навыки безопасного сексуального поведения: подобрать и обучиться правильному применению средств контрацепции, пополнить знания по вопросам предупреждения заболеваний органов репродуктивной системы, включая инфекции, передающиеся половым путем, и др.

Одной из задач такого кабинета (приема) является знакомство женщин с сущностью, целью и задачами планирования семьи как комплекса мероприятий, направленных на рождение желанных и здоровых детей.

На базе крупных женских консультаций в условиях дневного стационара организуется работа операционного блока для проведения несложных хирургических манипуляций и операций, включая прерывание беременности, срок которого в условиях женской консультации ограничен пятью неделями беременности (мини-аборт). Технологии этой операции предусматривают использование щадящих методик (вакуум-аспирация) с последующим проведением ком-

плекса реабилитационных мероприятий, а также консультирование по использованию средств контрацепции.

Для оказания психологической, правовой, социальной и иных немедицинских видов помощи беременным и другим категориям пациенток женской консультации – еще одного из направлений ее деятельности – в штат помимо медицинских работников рекомендуется вводить специалистов немедицинского профиля, в том числе и социальных работников.

В структуре женской консультации для оказания таких видов помощи предусмотрен кабинет медико-социальной помощи, возглавлять работу которого может профессиональный социальный работник. Задачи и организация деятельности данного кабинета регламентированы приказом Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 г. № 389 "О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях".

В документе указано, что кабинет медико-социальной помощи женской консультации создается с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин, их медико-социальную защиту, поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни. В разработанном в рамках данного приказа Положении о социальном работнике кабинета медико-социальной помощи закреплены его права и обязанности. Тем самым созданы правовые основы для организации и проведения в женской консультации социальной работы.

Следует отметить, что успешное развитие медико-социальной помощи женщинам в учреждениях охраны материнства и детства в первую очередь зависит от совершенствования деятельности женских консультаций, поскольку основной объем услуг женщинам в связи с репродуктивной функцией оказывается именно здесь.

Наблюдающаяся в последние годы тенденция постепенного сокращения объемов стационарных видов помощи за счет их замещения амбулаторными, в том числе путем развития стационар замещающих технологий, требует разра-

ботки и внедрения в деятельность женских консультаций новых форм и методов оказания акушерско-гинекологической помощи, повышения квалификации и совершенствования подготовки кадров.

Но это невозможно без введения в штат данных учреждений специалистов немедицинского профиля, а также разработки технологий их деятельности, а точнее технологии социальной работы.

Родильный дом

Стационарными учреждениями охраны материнства и детства, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь, являются *родильные дома*, специализированные гинекологические больницы, а также гинекологические отделения многопрофильных стационаров. В сельской местности эту функцию осуществляют родильные отделения сельских участковых (районных, межрайонных), а также гинекологические отделения центральных районных больниц.

Главной задачей родильного дома является оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период пребывания их в родильном доме. Таким образом, на базе данного учреждения одновременно оказывается медицинская помощь, как женщинам, так и детям.

Родильные дома преимущественно осуществляют свою деятельность по территориальному принципу. В связи с принятой в 2006 г. в рамках национального проекта "Здоровье" программой "Родовой сертификат" беременные получили право на выбор учреждения и врача, осуществляющего их медицинское обслуживание.

Мощность родильных домов определяется коечным фондом. Для оказания специализированной акушерской помощи женщинам в последние десятилетия созданы родильные дома, специализирующиеся на оказании медицинской помощи беременным женщинам с заболеваниями отдельных органов и систем (сахарный диабет, сердечнососудистая патология, заболевания мочевыводящей и других систем). Ряд рассматриваемых учреждений оказывает специа-

лизированную акушерскую помощь женщинам при несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, а также женщинам с невынашиванием беременности и др.

Типичная структура родильного дома предусматривает следующие отделения:

- приемное отделение;
- родильный блок;
- послеродовое (физиологическое) отделение;
- отделение патологии беременности;
- наблюдательное отделение (для оказания акушерской помощи беременным, не обследованным и не находившимся под наблюдением врача во время беременности, а также роженицам с признаками заболеваний);
- отделение для новорожденных детей.

Рассмотрим организацию и особенности их работы.

В приемном отделении родильного дома врач акушер-гинеколог и акушерка осуществляют круглосуточный прием рожениц для родоразрешения, а также беременных для стационарного лечения в отделении патологии беременности.

Здесь женщина осматривается, измеряются ее рост, масса и температура тела, проводятся необходимые исследования и санитарная обработка, после чего ее направляют в родильное отделение или отделение патологии беременности.

Родильный блок предназначен для ведения родов, а также пребывания в нем в течение первых двух часов после них рожениц и новорожденных. Работа персонала здесь носит сменный характер, тем самым обеспечивается круглосуточное ведение родов бригадой, состоящей из врачей акушеров-гинекологов, педиатра-неонатолога, анестезиолога, а также акушерок.

В последние годы в ряде родильных домов разрешено присутствие на родах мужа или других членов семьи беременной. Для этого в родильном блоке

выделяются отдельные палаты и обеспечивается строгий санитарный режим их содержания и обслуживания.

Палаты для совместного пребывания мужа (родственников), родильницы и новорожденного вплоть до выписки из родильного дома могут быть организованы и в послеродовом отделении.

В настоящее время в большинстве родильных домов работа послеродовых отделений построена на совместном пребывании матери и новорожденного. Это ускоряет развитие у женщины навыков ухода за ребенком, а также способствует созданию атмосферы психологического комфорта для обеих.

В случае осложненного течения родов родильницы и новорожденные размещаются в отдельных палатах. Большое внимание в период пребывания женщины в послеродовом отделении уделяется вопросам грудного вскармливания. Отделение патологии беременности родильного дома предназначено для оказания стационарной помощи женщинам при осложненном течении беременности – угрозе ее досрочного прерывания, ранних и поздних токсикозах (гестозах), анемии и других заболеваниях.

Здесь беременным обеспечивается оптимальный для их состояния режим дня, полноценное питание, а также проводятся необходимые диагностические и лечебные мероприятия. Предметом деятельности медицинского персонала отделения является также санитарное просвещение, включающее подготовку к предстоящим родам, обучение навыкам ухода за новорожденным.

В отделении новорожденных врачами педиатрами-неонатологами обеспечивается динамическое наблюдение за состоянием их здоровья, организуется уход и питание (в случае невозможности или недостаточности грудного вскармливания), проводится вакцинация здоровых новорожденных против гепатита В, туберкулеза в соответствии с национальным календарем прививок.

У новорожденных исследуется кровь на врожденные заболевания (фенилкетонурию, гипотиреоз, муковисцидоз, адреногенитальный синдром и галактоземию), проводится скрининг на выявление нарушения слуха.

Санитарный режим родильного дома призван обеспечить полную изоляцию здоровых женщин, поступивших для родоразрешения, от больных. Для этого предусмотрено разобщение родильного блока для здоровых женщин и наблюдационного отделения, которое представляет собой "мини-роддом", где предусмотрен отдельный родильный блок для больных рожениц, а также отдельные палаты для лечения беременных с патологическим течением беременности в сочетании с острыми заболеваниями. В отделении имеются также отдельные палаты для новорожденных.

Для оказания правовой помощи пациенткам родильного дома в его штате предусмотрена должность юрисконсульта.

Таким образом, в деятельности родильного дома можно выделить *два основных направления*:

- 1) оказание акушерской помощи женщинам в родах и послеродовом периоде, а также при осложненном течении беременности;
- 2) уход и оказание медицинской помощи новорожденным.

При этом важно отметить, что деятельность данного учреждения имеет не только лечебно-диагностическую, но и профилактическую направленность.

В работе родильного дома и женской консультации обеспечивается принцип взаимосвязи и преемственности, что позволяет улучшить качество оказания акушерско-гинекологической помощи.

Гинекологическая больница (Гинекологическое отделение)

Стационарная помощь гинекологическим больным, а также женщинам в связи с прерыванием беременности организуется в *гинекологических отделениях многопрофильных стационаров или специализированных гинекологических больницах*. В данные учреждения женщины направляются врачами женских консультаций в плановом порядке, а в экстренных случаях доставляются бригадами скорой (неотложной) помощи. В ряде случаев больные обращаются в приемные отделения стационаров самостоятельно.

Госпитализация пациенток в гинекологический стационар чаще всего бывает связана с острыми заболеваниями половой системы, требующими в силу

тяжести состояния пациентки круглосуточного наблюдения медицинским персоналом, проведением операций, включая искусственное прерывание беременности, а также сложными диагностическими процедурами.

Специализированная акушерско-гинекологическая помощь, оказываемая пациенткам гинекологических стационаров, включает диагностические исследования, а также консервативное (медикаментозное, физиотерапевтическое и др.) и оперативное лечение. Для этого стационарные учреждения располагают мощной лечебно-диагностической базой, предусматривающей возможность применения самых передовых технологий обследования и лечения больных, а также высококвалифицированными кадрами.

Оказание женщинам высокотехнологичной акушерско-гинекологической помощи является задачей преимущественно учреждений государственной системы здравоохранения: акушерско-гинекологических клиник медицинских вузов, научно-исследовательских институтов (центров). В этих учреждениях, сочетающих в своей деятельности научную, педагогическую и лечебную работу, разрабатываются, апробируются и внедряются новые технологии акушерско-гинекологической помощи. Примером являются новые репродуктивные технологии, например экстракорпоральное оплодотворение.

Данная помощь регламентирована программой государственных гарантий оказания населению Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Для обеспечения ее доступности предусмотрено дальнейшее развитие центров высоких медицинских технологий во всех регионах страны.

Санаторно-курортные учреждения

Для оздоровления и проведения мероприятий по медицинской реабилитации женщин с различными заболеваниями органов репродуктивной системы в течение многих десятилетий активно используются санаторно-курортные учреждения. Природные лечебные факторы (грязе- и водолечение, климатотерапия, морские купания и др.) в сочетании с режимом дня, лечебным питанием являются высокоэффективными методами восстановительного лечения для многих гинекологических больных. Санаторные учреждения (отделения) орга-

низуются как в традиционных курортных местностях (Черноморское побережье Кавказа, район Кавказских Минеральных Вод), так и других регионах страны, в так называемых местных курортных зонах, располагающих природными лечебными факторами.

Для оздоровления женщин-работниц промышленных предприятий используются также санатории-профилактории. Однако в последние годы в связи с закрытием многих заводов и фабрик такие учреждения прекратили свое существование.

Одной из удобных для женщин-матерей формой санаторно-курортного лечения являются санаторные учреждения, работающие по принципу "Мать и дитя". В условиях совместного пребывания матери и ребенка эффективность оздоровления женщин и детей увеличивается за счет создания психологического комфорта.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Охарактеризуйте охрану здоровья будущей матери на этапе подготовки к вступлению в брак.
2. Раскройте этап вынашивания и рождения ребенка.
3. Охарактеризуйте охрану здоровья женщины в позднем репродуктивном возрасте, а также в пред- и постклимактерическом периодах.
4. Раскройте структуру и деятельность женской консультации.
5. Охарактеризуйте структуру и деятельность родильного дома.
6. Раскройте структуру и деятельность гинекологической больницы (гинекологического отделения).
7. Охарактеризуйте структуру и деятельность санаторно-курортных учреждений.

Тема 7. Организация охраны здоровья детей

Охрана здоровья детей в Российской Федерации осуществляется путем реализации комплекса мер, предусматривающих антенатальную (дородовую) охрану плода, диспансерное наблюдение за детьми (от 0 до 15 лет) и подростками (от 15 до 18 лет), организацию лечебно-диагностической помощи детям в амбулаторно-поликлинических, стационарных и санаторно-курортных учреждениях здравоохранения, создание оптимальных санитарно-гигиенических условий учебно-воспитательного процесса и отдыха, а также меры правовой и социальной защиты детей.

Диспансерное наблюдение беременных

Здоровье ребенка во многом зависит от состояния здоровья его родителей. Доказано, что на 80% здоровье ребенка первого года жизни зависит от здоровья матери. Именно поэтому охрана здоровья ребенка начинается задолго до его появления на свет. Диспансерное наблюдение беременных преследует цель не только динамического наблюдения за здоровьем беременной женщины, но и мониторинга здоровья плода. Для этого, помимо традиционных методов, широко используются современные технологии, такие как ультразвуковое сканирование, контроль за сердечной деятельностью и другими органами еще не родившегося ребенка.

Выявление отклонений во внутриутробном развитии плода, в том числе дефектов развития, позволяют своевременно проводить необходимые мероприятия. Высокотехнологичные виды медицинской помощи, осуществляемые в перинатальных центрах и других учреждениях охраны материнства и детства, дают, например, возможность диагностики и оперативного лечения пороков сердца.

Контроль за состоянием новорожденных в родильных домах

Следующим этапом охраны здоровья детей является наблюдение за состоянием новорожденных в родильных домах. Динамический контроль за состоянием плода в родах, а также своевременные лечебно-диагностические мероприятия после его рождения проводятся врачами педиатрами-неонатологами

в течение всего периода пребывания новорожденного в родильном доме. Как указывалось выше, большое внимание уделяется в этот период профилактической работе: первая вакцинация здоровых новорожденных против гепатита В, туберкулеза, а также исследования на наследственные заболевания – это забота педиатров родильного дома.

Нельзя не отметить в данном комплексе мер и обучение женщин основам грудного вскармливания, поскольку кормление грудью рассматривается сегодня не только как способ оптимального питания ребенка до одного года, но и как способ его иммунологической защиты и важный компонент психологической взаимосвязи матери и ребенка.

Лечебно-профилактические учреждения педиатрического профиля

После выписки новорожденного из родильного дома реализацию комплекса мероприятий по охране его здоровья принимают на себя лечебно-профилактические учреждения педиатрического профиля: детские поликлиники, стационары, санаторно-курортные и другие лечебно-оздоровительные учреждения здравоохранения.

Среди амбулаторно-поликлинических учреждений главная роль в охране здоровья детей принадлежит *детским поликлиникам*, деятельность которых построена по территориально-участковому принципу. Одновременно на участке под наблюдением врача-педиатра находятся около 800 детей в возрасте от 0 до 15 лет. Для оказания медико-социальной помощи подросткам (от 15 до 18 лет) в детской поликлинике (или в поликлинике для взрослого населения) организуется работа подросткового кабинета с выделением должности подросткового терапевта.

Деятельность детских поликлиник нацелена на обеспечение необходимых условий для развития и воспитания здорового ребенка, проведение первичной профилактики заболеваний, оказание диагностической и лечебной помощи больным детям, а также организацию лечебно-оздоровительной работы и реабилитационных мероприятий с детьми, имеющими отклонение в развитии и состоянии здоровья.

В настоящее время рассматриваемые учреждения обеспечивают в районе своей деятельности:

- организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий путем диспансерного наблюдения за всеми детьми в возрасте от 0 до 15 лет, включая проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний, а также санитарного просвещения и воспитания;

- лечебно-диагностическую помощь детям в условиях поликлиники и на дому, включая первичный медико-санитарный и специализированный виды помощи, а также направление на лечение в стационарные учреждения и для проведения восстановительных и реабилитационных мероприятий в санаторно-курортные и другие оздоровительные учреждения;

- совместно с центрами санэпиднадзора противоэпидемические мероприятия по предупреждению и ликвидации инфекционных заболеваний, включая карантинные;

- лечебно-профилактическую работу в детских организованных коллективах, в том числе дошкольных образовательных учреждениях и школах, а также учреждениях, осуществляющих работу по организации отдыха детей.

Структура современной детской поликлиники отвечает основным направлениям ее деятельности и включает:

- фильтр с отдельными входами для здоровых и больных детей, изоляторами и боксами;

- кабинеты врачей-педиатров и врачей-специалистов;

- кабинет здорового ребенка (кабинет профилактической работы);

- отделение восстановительного лечения, в которое входят физиотерапевтический кабинет, кабинет лечебной физкультуры и др.;

- лабораторное отделение (кабинет);

- прививочный кабинет;

- регистратуру с "окном" для приема вызовов врача на дом;

- гардероб и другие вспомогательные службы;

- административно-хозяйственную часть.

В деятельности участкового врача-педиатра выделяются следующие направления: профилактическая работа, лечебно-диагностическая деятельность, противоэпидемические мероприятия, лечебно-профилактическая работа в детских организованных коллективах.

Главной целью профилактической деятельности участкового педиатра является проведение мероприятий, способствующих правильному физическому и нервно-психическому развитию детей, формирование здорового образа жизни через систему санитарного просвещения и воспитания как самих детей, так и их родителей (семей).

Основной технологией профилактической деятельности педиатра является диспансерное наблюдение как активный динамический и дифференцированный в зависимости от принадлежности ребенка к той или иной группе здоровья метод наблюдения за его здоровьем и нервно-психическим развитием.

Организация диспансерного наблюдения за здоровьем будущего ребенка начинается еще во время беременности женщины и осуществляется педиатром совместно с акушером-гинекологом женской консультации. С этой целью участковый педиатр и медицинская сестра проводят патронаж семьи будущего ребенка для оценки жилищно-бытовых условий жизни семьи, обучения будущих родителей навыкам ухода и воспитания здорового ребенка.

Такую работу совместно с медицинским персоналом может осуществлять и бакалавр социальной работы. Особое внимание при этом должно уделяться социально неблагополучным семьям, будущим юным матерям, а также другим социально уязвимым семьям, в отношении которых бакалавром социальной работы должны осуществляться мероприятия по ликвидации (уменьшению влияния) неблагоприятных для здоровья будущего ребенка социальных факторов.

После выписки новорожденного из родильного дома за ним устанавливается динамическое наблюдение, характер и объем мероприятий которого зависит от возраста ребенка, а также состояния его здоровья.

Большое внимание, особенно в первые годы жизни ребенка, уделяется профилактике инфекционных заболеваний. Вакцинопрофилактика детей в

настоящее время осуществляется в соответствии с национальным календарем прививок. Задачей медицинских и социальных работников является проведение разъяснительной работы с родителями о важности вакцинации, а также по вопросам предупреждения ее осложнений.

Осмотры детей в условиях диспансерного наблюдения включают контроль за физическим, а также нервно-психическим развитием. На первом году жизни (в возрасте 3, 6, 9 и 12 месяцев) проводится расширенный осмотр ребенка с участием педиатра, а также специалистов: невролога, хирурга, отоларинголога, окулиста и др.

Аналогичные расширенные осмотры детей проводятся в возрасте трех лет, а также перед поступлением в детское дошкольное образовательное учреждение и в школу. Их цель – комплексная оценка состояния здоровья детей, на основе которой вырабатываются индивидуальные рекомендации по обучению и воспитанию.

Важнейшим направлением профилактической деятельности детских поликлиник является *организация наблюдения за состоянием здоровья воспитанников дошкольных образовательных учреждений и учащихся школ, колледжей и других образовательных учреждений*. В этой связи необходимо рассмотреть работу *дошкольно-школьного отделения детской поликлиники*.

Сотрудники данного отделения – педиатры и медицинские сестры – осуществляют свою деятельность в рассматриваемых учреждениях, обеспечивая медицинский контроль и комплекс профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья воспитанников дошкольных образовательных учреждений, учащихся школ. Эти мероприятия включают организацию и проведение вакцинопрофилактики, санитарного просвещения и воспитания учащихся, контроль за организацией питания и соблюдением режима учебных нагрузок.

В рамках профилактической работы проводится выявление детей с факторами риска нарушения здоровья, в том числе социального характера, а также с начальными проявлениями заболеваний, нуждающихся в особом внимании

медиков. Такие мероприятия включают гигиеническое обучение и воспитание самих детей, их родителей, а также различные оздоровительные и лечебно-диагностические меры.

Работу с этими детьми осуществляет педиатр и специалисты организованного в детских поликлиниках "Кабинета здорового ребенка", задачами которых, включая социального работника, является помощь родителям по организации рационального питания ребенка, обучение навыкам закаливания, массажа, гимнастики, режиму дня, подготовке ребенка к поступлению в дошкольное образовательное учреждение и школу.

Лечебно-диагностическое направление деятельности детской поликлиники предусматривает организацию своевременной диагностики и лечения заболеваний ребенка. Для реализации этого направления данное учреждение обладает современной лечебно-диагностической базой, в том числе возможностями проведения не только лекарственной терапии, но и немедикаментозных методов лечения: физиотерапевтических, массажа, лечебной физкультуры и др.

Для оказания специализированной медицинской помощи больным детям в штате поликлиники предусмотрены "узкие" специалисты: неврологи, отоларингологи, окулисты, инфекционисты, хирурги и другие, к которым их направляют участковые педиатры. Характер и объем диагностических и лечебных мероприятий напрямую связан с видом и особенностями течения заболевания, а также зависит от группы здоровья, к которой относится ребенок.

На основе комплексной оценки состояния здоровья все дети подразделяются на пять групп.

Первая группа – это здоровые дети с нормальным развитием и нормальным уровнем функций. Это дети, не имеющие хронических заболеваний; не болевшие или редко болевшие за период наблюдения; имеющие нормальное, соответствующее возрасту, физическое и нервно-психическое развитие (здоровые дети, без отклонений). Для лиц, входящих в первую группу здоровья, учебная, трудовая и спортивная деятельность организуется без каких-либо ограничений. Педиатр осуществляет их профилактический осмотр в плановые сроки, а вра-

чебные назначения состоят из общеоздоровительных мероприятий, оказывающих тренирующее воздействие на организм.

Вторая группа – это здоровые дети, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям. Это дети, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения; часто (четыре раза в год и более) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие (здоровые, с морфологическими отклонениями и сниженной сопротивляемостью). Дети и подростки, входящие во вторую группу здоровья (так называемая группа риска), требуют более пристального внимания врачей. Данный контингент нуждается в комплексе оздоровительных мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма неспецифическими средствами:

- оптимальной двигательной активностью;
- закаливанием естественными факторами природы;
- рациональным режимом дня;
- дополнительной витаминизацией продуктов питания и т.д.

Сроки повторных медицинских осмотров устанавливаются врачом индивидуально с учетом направленности отклонений в состоянии здоровья и степени устойчивости организма.

Третья группа – это дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма. Это дети, имеющие хронические заболевания или с врожденной патологией в стадии компенсации, с редкими и не тяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия (больные в состоянии компенсации).

Четвертая группа – это дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями. Это дети с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, с нарушениями общего состояния и самочувствия

после обострения, с затяжным периодом восстановления после острых заболеваний (больные в состоянии субкомпенсации).

Пятая группа – это дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Это дети с тяжелыми хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, со значительным снижением функциональных возможностей (больные в состоянии декомпенсации). Как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения и массовыми медицинскими осмотрами не охвачены.

Дети и подростки третьей, четвертой и пятой групп здоровья находятся на диспансерном наблюдении у врачей разных специальностей, они получают ту или иную лечебную и профилактическую помощь, обусловленную имеющейся патологией и степенью компенсации. В детских учреждениях для них создается щадящий режим дня, удлиненная продолжительность отдыха и ночного сна, ограничивается объем и интенсивность физических нагрузок и др. При необходимости они направляются в специальные детские и подростковые учреждения, где с учетом особенностей патологии целенаправленно проводится лечение и воспитание.

Особую группу составляют дети-инвалиды. Дети с признаками инвалидности в силу имеющихся тяжелых заболеваний или дефектов развития по заключению врачебно-экспертной комиссии детской поликлиники направляются в специализированные педиатрические бюро МСЭ для проведения клинико-экспертной диагностики и установления факта инвалидности.

Ребенку до 18 лет, имеющему нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, приведшему к нарушениям жизнедеятельности и нуждающемуся в связи с этим в социальной защите, устанавливается статус "ребенок-инвалид". В отношении его специалистами бюро МСЭ разрабатывается "Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида", а также организуется ее реализация с последующей оценкой полученных результатов. Осуществление мероприятий в рамках медицинского направления реабилита-

ции входит в задачи лечебно-профилактических учреждений, в том числе и городской детской поликлиники.

Дети-инвалиды и их семьи представляют особый объект социальной работы в поликлинике. Постановка социального диагноза, участие в комплексной оценке состояния здоровья, выявление потребностей и содействие в осуществлении мер социальной защиты, участие в разработке и реализации индивидуальной программы реабилитации, включая мероприятия психолого-педагогической и социальной реабилитации, а также оценка ее результатов составляют предмет деятельности профессионального социального работника детской городской поликлиники.

Комплекс противоэпидемических мероприятий как еще одно направление деятельности детской поликлиники включает такие элементы противоэпидемического режима и контроля, как оказание остро заболевшим детям помощи на дому, разделение потоков здоровых и больных детей в поликлинике, вакцинопрофилактика, своевременная диагностика и лечение инфекционных заболеваний, а также организация карантинных мероприятий в детских организованных коллективах и др.

В настоящее время в работу данных учреждений широко внедряются новые формы и методы. В их числе, например, стационар замещающие технологии: дневной стационар и стационар на дому.

Таким образом, сейчас детские поликлиники осуществляют основной объем профилактических, лечебно-диагностических, противоэпидемических мероприятий по охране здоровья детей. Внедрение новых технологий их деятельности с участием специалистов немедицинского профиля позволит в будущем расширять спектр услуг и медико-социальной помощи в сфере охраны здоровья детей, что в конечном итоге служит цели сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения.

Детские стационарные учреждения здравоохранения

Детские стационарные учреждения здравоохранения, как правило, являются самостоятельными учреждениями и различаются по мощности и профи-

лю. Помимо многопрофильных детских стационаров, в силу относительно высокой распространенности инфекционных заболеваний среди детей, в стране развернуты инфекционные детские больницы.

Основная цель деятельности детских больниц – оказание пациентам специализированной лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях и обострении хронических. Госпитализация туда осуществляется в плановом и экстренном порядке. Для экстренной госпитализации в службе скорой медицинской помощи предусмотрены специализированные педиатрические бригады.

Структура детского стационара соответствует выполняемым функциям и включает приемное отделение, профильные лечебные отделения, клиническую лабораторию и иные диагностические кабинеты, операционный блок, аптеку, хозяйственные службы и административно-управленческий аппарат.

Размещение детей в палатах профильных отделений осуществляется с учетом возраста.

Помимо оказания лечебно-диагностической помощи, в детском стационаре организуется досуг, а при возможности – обучение детей школьного возраста. Данное направление деятельности реализуется педагогами-воспитателями, а также палатными медицинскими сестрами. С этой целью в лечебных отделениях выделяются специальные помещения: столовые-игровые, комнаты для проведения учебной работы. Для организации прогулок детей оборудуются веранды и (или) участок на территории стационара, специально предназначенный для этой цели.

Социальные работники также могут внести свой вклад в организацию досуговой и учебной деятельности. Следует отметить, что пребывание в стационаре необходимо использовать для проведения санитарного просвещения и гигиенического воспитания детей и их родителей.

После проведения в стационаре всех необходимых лечебно-диагностических мероприятий ребенок выписывается под наблюдение участко-

вого врача-педиатра детской поликлиники с рекомендациями по дальнейшему ведению.

Многопрофильные и специализированные детские санаторные учреждения

Большая роль в проведении восстановительных мероприятий после перенесенного острого или обострения хронического заболевания принадлежит санаторно-курортным учреждениям. В настоящее время в стране развернута сеть многопрофильных и специализированных детских санаторных учреждений, в которых широко используются природные климатические и иные лечебные факторы. Для совместного пребывания детей с родителями используются санатории, работающие по принципу "Мать и дитя".

Так же как и в детских стационарах, в учебное время года организовано обучение детей школьного возраста, а также их досуг.

Комплексное оздоровление ослабленных или имеющих хронические заболевания детей является целью деятельности не только детских санаториев, но и лесных школ, специализированных санаторных лагерей круглогодичного действия, бальнео- и грязелечебниц и других оздоровительных учреждений.

Как указывалось выше, организация работы по сохранению и укреплению здоровья учащихся является важным направлением деятельности учреждений образования различного уровня, как дошкольных, так и школ. Педиатры и школьные медицинские сестры организуют работу по санитарному воспитанию детей, организуют и проводят вакцинопрофилактику инфекционных заболеваний, содействуют организации рационального питания и режима дня, а также проводят санитарно-гигиеническое просвещение родителей учащихся.

Современные требования учебного процесса, предъявляемые к школьникам, не всегда соответствуют их готовности к обучению вследствие невысокого уровня здоровья и нервно-психического развития. Примером этому может быть предпринятая несколько лет назад попытка начала школьного обучения детей с шестилетнего возраста. Как показала практика, многие дети не справлялись с

объемом и интенсивностью предлагаемых учебных программ, в результате чего низкая успеваемость сочеталась с ухудшением их здоровья.

В настоящее время диагностика готовности к школьному обучению является предметом деятельности не только педагогов, но и врачей-педиатров, детских психологов. Адекватное возрасту физическое развитие ребенка не всегда совпадает с уровнем его нервно-психического развития, что должно являться препятствием для начала обучения в школе.

Большую роль в подготовке и диагностике готовности к обучению в школе может сыграть и социальный работник образовательного учреждения. В его обязанности входит комплексная социальная диагностика школьника и его семьи до начала и в процессе обучения, контроль за соблюдением режима учебных нагрузок и содействие ему, выявление учащихся, не справляющихся с программой школьного обучения и нуждающихся в разработке индивидуальных программ обучения или изменении его организации (обучение на дому, введение дополнительного выходного дня и др.).

Задача сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения является предметом деятельности специалистов различных профилей: врачей и среднего медицинского персонала, психологов, педагогов, социальных педагогов и социальных работников, осуществляющих работу в учреждениях здравоохранения, образования, социальной защиты и социального обслуживания населения, а также досуговых и иных учреждений. Принципами деятельности по охране здоровья детей всех указанных специалистов должны быть профилактическая направленность, преемственность, а также четкое разграничение профессиональных функций и обязанностей.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Дайте характеристику диспансерного наблюдения беременных.
2. Раскройте сущность и содержание контроля за состоянием новорожденных в родильных домах.

3. Охарактеризуйте деятельность лечебно-профилактических учреждений педиатрического профиля.

4. Раскройте организацию наблюдения за состоянием здоровья воспитанников дошкольных образовательных учреждений и учащихся школ, колледжей и других образовательных учреждений.

5. Раскройте лечебно-диагностическое и противоэпидемическое направление деятельности детской поликлиники.

6. Охарактеризуйте детские стационарные учреждения здравоохранения.

Тема 8. Правовое регулирование охраны материнства и детства

Международные нормативно-правовые акты

Правовое регулирование охраны материнства и детства в Российской Федерации осуществляется на основе ратифицированных Россией международных правовых актов, а также нормативных правовых актов РФ.

Международно-правовая защита материнства и детства находит свое отражение в основополагающих актах и декларациях, пактах и хартиях о правах человека уже с начала XX столетия. Всеобщая декларация прав человека, принятая на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией от 10 декабря 1948 г., закрепила, что материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь (п. 2 ст. 25).

Нормы о защите материнства и детства содержатся в более чем тридцати международных актах (конвенциях, рекомендациях международных организаций, межгосударственных договорах). Среди них следует отметить Европейскую социальную хартию ETS № 163 (Страсбург, 3 мая 1996), Хартию социальных прав и гарантий граждан независимых государств, утвержденную Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств (29 октября 1994) и ряд других международных правовых документов.

С начала XX в. был разработан и принят ряд специальных международно-правовых актов, направленных на охрану материнства и детства, среди которых необходимо выделить следующие: Конвенция Международной организации труда (далее – МОТ) № 103 об охране материнства (Женева, 1952); Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979); материалы Международных конференций ООН по народонаселению и развитию (1974, 1984, 1994), Всемирной конференции по правам человека (1993), Всемирных конференций по положению женщин (1975, 1980, 1986, 1995); Конвенция МОТ № 156 о равном обращении и равных возможностях для трудящихся мужчин и женщин: трудящиеся с семейными обязанностями (Женева, 1981) и др.

Основополагающей правовой нормой Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин является запрещение всех форм дискриминации в отношении женщин во всех областях: в политической и общественной жизни, в области занятости, брака и семьи, охраны здоровья, обеспечении безопасного материнства и т.д.

Так, в частности, государства, принявшие Конвенцию ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, обязаны "обеспечить право на охрану здоровья, в том числе по сохранению репродуктивной функции"; "не допускать дискриминации женщин в области охраны здоровья и обеспечить... доступ к медицинскому обслуживанию" (ст. 12); "обеспечить предоставление соответствующих услуг женщинам в связи с беременностью, родами и в послеродовом периоде, в случае необходимости – бесплатных услуг, а также адекватного питания во время беременности и кормления" (ст. 12); на основе равенства обеспечить "одинаковые права на вступление в брак, свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождением" (ст. 16).

В XX столетии на международном уровне был принят ряд специальных актов о правах ребенка. Основным является Конвенция о правах ребенка (1989). Защите интересов детства также посвящены и такие специальные конвенции МОТ, как № 138 "О минимальном возрасте для приема на работу" (Женева, 1976), № 29 "О принудительном или обязательном труде" (Женева, 1930) и № 182 "О запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда" (Женева, 1999) и ряд других правовых документов.

Федеральные нормативно-правовые акты Российской Федерации

Законодательные основы охраны материнства и детства в Российской Федерации закреплены в Конституции РФ, Трудовом кодексе РФ, Семейном кодексе РФ, Законе об охране здоровья, Федеральном законе от 19 мая 1995 г. № 81 -ФЗ "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей", Федеральном законе "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" и иных законодательных актах.

Нормативными правовыми актами закреплён комплекс мер по обеспечению правовой и материальной поддержки материнства и детства, охране труда несовершеннолетних и женщин, защите интересов, прав и здоровья семьи, созданию условий для воспитания детей и др.

В соответствии со ст. 19 Конституции РФ государство гарантирует равенство полов и свобод человека и гражданина независимо от пола. Согласно ст. 38 материнство и детство, семья находятся под защитой государства.

В ст. 41 закреплено право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Конституция РФ содержит и иные положения, по которым не может быть допущена дискриминация женщин, в том числе по реализации права на репродуктивный выбор и охрану здоровья.

В соответствии со ст. 1 *Семейного кодекса РФ* "семья, материнство, отцовство и детство в Российской Федерации находятся под защитой государства". Статьей 13 данного кодекса установлен брачный возраст. Здесь же закреплены права несовершеннолетних (гл. 11), права и обязанности родителей (гл. 12), а также порядок организации и воспитания детей, оставшихся без попечения родителей (гл. 18–21).

Трудовым кодексом РФ закреплены особые права несовершеннолетних и женщин-матерей на характер, условия и охрану труда (гл. 41,42). Наряду с сохраняющимися действующими ранее гарантиями, здесь усилены меры защиты в области трудовых прав женщин: беременные женщины защищены от увольнения, отменено установление испытательного срока при приеме их на работу и др.

В Российской Федерации установлены меры социальной поддержки семей, воспитывающих детей. Так, в соответствии со ст. 3 Федерального закона "*О государственных пособиях гражданам, имеющим детей*" установлены следующие виды пособий:

- пособие по беременности и родам;
- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинское учреждение в ранние сроки беременности;

- единовременное пособие при рождении ребенка;
- ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- ежемесячное пособие на ребенка.

Многие регионы России устанавливают региональные доплаты и пособия при рождении, а также усыновлении детей, оставшихся без попечения родителей.

Прямое отношение к охране материнства и детства имеет и ряд статей Закона об охране здоровья.

Приоритет охраны здоровья детей рассматривается в настоящее время как один из принципов охраны здоровья граждан, определенных Законом «Об охране здоровья» (ст. 4). Статьей 7 (п. 1) данного документа государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей. В комплекс мер по этому вопросу согласно ст. 7 Закона об охране здоровья включаются мероприятия по оказанию не только медицинской помощи, но и формированию здорового образа жизни семей с детьми, а также предусматривающие развитие инфраструктуры, ориентированной на организацию отдыха, оздоровления детей и восстановление их здоровья.

В соответствии со ст. 51 "Права семьи в сфере охраны здоровья" государство берет на себя заботу о здоровье семьи. Каждый гражданин и семья имеет право без взимания платы на консультирование по вопросам планирования семьи, медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, медико-генетическому консультированию.

Согласно ст. 52 "Права беременных женщин" в Российской Федерации охраняется и поощряется материнство, закрепляется право беременных женщин на оказание медицинской помощи в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Статья 53 "Рождение ребенка" закрепляет за уполномоченным федеральным органом исполнительной власти право на разработку медицинских крите-

риев рождения, а также определяет порядок выдачи медицинскими организациями документа, свидетельствующего о рождении ребенка.

Статьей 54 "Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья" определены права несовершеннолетних на получение медицинской помощи, а также обучение и воспитание в условиях, способствующих сохранению и укреплению их здоровья. Здесь же закреплено их право на гигиеническое просвещение и воспитание, а также право несовершеннолетних, достигших возраста 15 лет, на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него. В отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, данной статьей предусмотрено их право до четырехлетнего возраста находиться в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Статьи 55–57 Закона «Об охране здоровья» закрепляют право мужчин и женщин на использование вспомогательных репродуктивных технологий, а также право выбора метода регулирования рождаемости (искусственный аборт и медицинская стерилизация).

Среди документов последних лет следует отметить названную ранее программу "Родовой сертификат" национального проекта "Здоровье", предусматривающую ежегодно индексируемые материальные выплаты учреждениям службы охраны материнства и детства (женским консультациям, родильным домам) за медицинское обслуживание женщин в связи с беременностью и родами.

Данная программа направлена на улучшение охраны здоровья женщин и детей, создание конкурентной среды и внедрение экономических стимулов для повышения качества услуг, предоставляемых женщинам в период беременности и родов государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения.

С 1 января 2007 г. вступил в силу Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ "О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей", которым предусмотрено создание материнского (семейного)

капитала – обособленных средств федерального бюджета, зачисляемых в бюджет Пенсионного фонда РФ.

Право на "материнский капитал" имеют женщины, родившие и усыновившие второго, а также родившие третьего и последующих детей, если ранее они не пользовались правом на данные дополнительные меры государственной поддержки. Размер материнского капитала ежегодно пересматривается с учетом роста инфляции.

Законодательство РФ в области охраны материнства и детства отражает мировые тенденции развития международных правовых норм в данной области и вместе с тем требует дальнейшего развития и совершенствования.

Среди основных медико-социальных и правовых актов охраны материнства и детства следует выделить закон РФ "О дополнительных мерах по охране материнства и детства" (04.04.92 г.), который предусматривает продолжительность отпуска по беременности и родам в 70 календарных дней до родов и 70 дней после родов, а в случаях осложненных родов – 70 дней до родов, 86 дней после родов; при рождении двух детей и более – 84 дня до родов, 110 дней после родов. Введено единовременное пособие (50% от минимального размера оплаты труда) дополнительно к пособию по беременности и родам.

Постановлением Верховного Совета РФ от 01.10.90 г. "О неотложных мерах по улучшению положения женщин, семьи, охраны материнства и детства на селе" женщинам устанавливаются ежегодные отпуска не менее 28 календарных дней, гарантирована 36-часовая рабочая неделя, предусмотрены гигиенические и социально-правовые нормативы работы на опасных видах производства.

Указ Президента "О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения" (№ 468 от 20.04.93 г.) предусматривает комплекс государственных мер по охране материнства и детства. Основные законодательные акты по здравоохранению, труду, социальной поддержке и др. создают предпосылки к укреплению здоровья женщин и детей.

Трудовые льготы женщинам в связи с материнством гарантирует трудовое законодательство, запрещающее труд женщин на тяжелых и вредных для ее

здоровья и здоровья будущего ребенка производствах (список отраслей промышленности периодически пересматривается). Расширены льготы работающим беременным женщинам и имеющим малолетних детей: режим неполного рабочего времени, возможность выполнения работы на дому, получение дополнительного отпуска без сохранения содержания, привлечение к сверхурочным работам и направление в командировку только с согласия женщины, увеличение оплачиваемого периода по уходу за больным ребенком.

В соответствии с приказом минздрава Российской Федерации № 206 от 19.10.94 г. при амбулаторном лечении ребенка в возрасте до 7 лет листок нетрудоспособности выдается одному из родителей на весь период заболевания или до наступления ремиссии (в случае обострения хронического заболевания). При заболевании ребенка старше 7 лет листок нетрудоспособности выдается на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока. При стационарном лечении ребенка до 7 лет больничный лист выдается родителю на весь срок лечения ребенка. При лечении в стационаре ребенка старше 7 лет листок нетрудоспособности выдается после заключения экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода за ребенком.

В общем и целом, деятельность государства по защите материнства и детства можно разделить на три пласта:

- принимаются соответствующие законодательные акты, прописываются гарантии и нормы реализации гарантий. Разрабатываются программы на федеральном и региональном уровнях;

- создаются механизмы и институты, направленные на реализацию этих гарантий и норм;

- нарабатывается практика, совершенствуются институты и нормы, создаются дополнительные условия, корректируются в соответствии с изменением экономических, социальных и иных обстоятельств в государстве и в мире в целом, поскольку защита материнства и детства - феномены динамичные, развивающиеся.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Дайте характеристику международно-правовых актов, направленных на охрану материнства и детства.
2. Раскройте Конвенцию ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.
3. Сформулируйте основные идеи Конституции РФ, Семейного кодекса РФ, Трудового кодекса РФ в отношении охраны материнства и детства.
4. Раскройте Федеральный закон РФ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».
5. Охарактеризуйте Федеральный закон РФ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».
6. Раскройте Указ Президента "О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения".

Тема 9. Социальная защита материнства и детства

Основная цель работы отдела социальной защиты семьи, материнства и детства – способность реализации права семьи, женщин, детей на защиту и помощь со стороны государства, содействовать развитию и укреплению семьи, как социального института, улучшению социально-экономических условий жизни семьи и оказание социальной поддержки детям, нуждающимся в помощи.

Основные направления деятельности:

1. оказания услуг обратившимся гражданам;
2. Анализ социального, экономического и правового положения различных типов семей (многодетных, неполных, воспитывающих детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, детей-сирот и др.), а также положение женщин, детей из семей, находящихся в социально опасном положении;
3. Разработка комплексных программ и составлением планов мероприятий по вопросам социальной защиты населения совместно с заинтересованными ведомствами и контроль за их реализацией;
4. Принятие участия совместно с заинтересованными ведомствами в работе по профилактике безнадзорности несовершеннолетних, защите их прав.

Материнство, детство, семья представляют собой взаимосвязанную систему социальных факторов, в решающей степени определяющих состояние общества и перспективу его прогрессивного развития, связь, нормальную смену и преемственность поколений, подготовленность новых членов общества к полноценной реализации прав и обязанностей человека и гражданина, как и фактическую реализацию этих прав и обязанностей в социальной и частной жизнедеятельности.

Охрана материнства и детства – это созданные государством условия, направленные на обеспечение необходимых условий для рождения, выживания и защиты детей, их полноценного развития и для реализации семьей всех ее функций в жизни общества.

В общем и целом, деятельность государства по защите материнства и детства можно разделить на три пласта:

1. *Принимаются соответствующие законодательные акты*, прописываются гарантии и нормы реализации гарантий. Разрабатываются программы на федеральном и региональном уровнях;

2. *Создаются механизмы и институты*, направленные на реализацию этих гарантий и норм;

3. *Совершенствуются институты и нормы*, создаются дополнительные условия.

Защита материнства и детства, семьи носит комплексный социально-экономический характер и осуществляется путем принятия разнообразных государственных мер по поощрению материнства, охране интересов матери и ребенка, укреплению семьи, ее социальной поддержке, обеспечению семейных прав граждан. Государство защищает эти права, развивая охрану здоровья матери и ребенка, социальное обеспечение, охрану труда работающих матерей, законодательство о браке и семье и др.

Так, трудовое законодательство устанавливает оплачиваемый отпуск по беременности и родам. При рождении ребенка женщина получает право на единовременное пособие. Отпуска по уходу за ребенком предоставляются женщине по ее заявлению с выплатой социальных пособий и компенсаций. По усмотрению семьи такие отпуска могут быть использованы (полностью или частично) не только матерью, но и другими членами семьи. Законодательство обеспечивает особую охрану трудовых прав женщин и создание им благоприятных условий труда, отвечающих их физиологическим особенностям.

Так, запрещено отказывать женщинам в приеме на работу и снижать им заработную плату по мотивам, связанным с беременностью и наличием детей. Не допускается также увольнение указанных категорий женщин по инициативе администрации за исключением случаев полной ликвидации предприятия и при условии обязательного их трудоустройства.

Запрещение их труда на тяжелых работах и работах с вредными или опасными условиями труда; установление предельно допустимых нагрузок при подъеме и перемещении тяжестей вручную; ограничение труда в ночное время и др. Законом предусмотрены меры, обеспечивающие сочетание труда с материнством: использование труда женщин, имеющих детей, на работе с неполным рабочим днем или неполной рабочей неделей по скользящему (гибкому графику), на дому; предоставление дополнительных оплачиваемых выходных дней в месяц для ухода за детьми-инвалидами.

Государство всемерно содействует укреплению семьи и помощи матерям и детям. В РФ идёт работа по обеспечению и защите прав детей. Приняты указы о помощи семье и детям, ряд других нормативных правовых актов, в которых содержатся нормы, защищающие права и интересы детей. Законодательством установлена ответственность взрослых за нарушение прав ребенка на неприкосновенность его личности, за посягательства на его честь и достоинство, за некорректные приемы воспитания, психическое и физическое насилие.

Острейшей проблемой остается исполнение судебных решений о взыскании алиментов. Обострена проблема правовой информированности населения (родителей, воспитателей, работников социальных служб, детей) о законодательстве в интересах детей и семьи. Общая цель государственной социальной политики - улучшение положения детей – осуществляется в следующих направлениях: укрепление правовой защиты детства; поддержка семьи как естественной среды жизнеобеспечения детей; обеспечение безопасного материнства и охраны здоровья детей; улучшение питания детей; обеспечение воспитания, образования и развития детей; поддержка детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах.

Основными целями и задачами социальной защиты семьи являются:

снижение младенческой смертности, медицинский контроль состояния здоровья детей и матерей, обеспечение приоритетного и опережающего развития службы охраны материнства и детства, в том числе на основе федеральных целевых программ;

обеспечение государственной гарантии бесплатной, оптимальной по объему и качеству, дифференцированной в зависимости от возраста и состояния здоровья медицинской помощи детям и женщинам;

предоставление дорогостоящих специализированных видов медицинской помощи женщинам и детям на основе создания во всех территориях гарантированных базовых медицинских услуг.

Государственная социальная помощь семье

В Конвенции ООН о правах ребенка говорится, что государства-участники обязуются обеспечить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его благополучия: и с этой целью принимают все соответствующие законодательные и административные меры.

В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты.

Семейное законодательство исходит из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в дела семьи, обеспечения беспрепятственного осуществления членами семьи своих прав, возможности судебной защиты этих прав.

Основная цель государственной помощи семье. Основная цель в области поддержки семьи как естественной среды развития детей – обеспечить экономическими, социальными, правовыми и административными мерами право детей на жизнь в семье, поддержку возможностей семьи по воспитанию содержанию детей, улучшение семейного образа жизни.

Это предполагает развитие семьи на основе самообеспечения, совмещения трудовой деятельности и семейных обязанностей с личными интересами каждого человека, стимулирование роста реальных доходов семьи, а также

дальнейшее развитие системы основных социальных гарантий для семей с детьми, поддержку благоприятного психологического климата в семье и воспитательных функций.

Для достижения поставленной цели необходимо решить *задачи*: создать условия, позволяющие семье обеспечить уровень доходов от экономической деятельности родителей, достаточный для нормального развития ребенка; совершенствовать систему государственных социальных гарантий поддержки уровня благосостояния семей с детьми; содействовать семье в реализации ее воспитательной функции; сохранить семейную среду и создать ее для детей, лишенных попечения родителей.

Оказание помощи многодетным семьям. В целях проведения целенаправленной и адресной политики по усилению социальной поддержки многодетных семей в условиях либерализации цен, законодательство РФ постановляет для многодетных семей:

установить скидку в размере не ниже 30 процентов установленной платы за пользование отоплением, водой, канализацией, газом и электроэнергией, а для семей, проживающих в домах, не имеющих центрального отопления, - от стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению на данной территории;

бесплатную выдачу лекарств, приобретаемых по рецептам врачей, для детей в возрасте до 6 лет;

бесплатный проезд на внутригородском транспорте (трамвай, троллейбус, метрополитен и автобус городских линий (кроме такси), а также в автобусах пригородных и внутрирайонных линий для учащихся общеобразовательных школ;

прием детей в дошкольные учреждения в первую очередь;

бесплатное питание (завтраки и обеды) для учащихся общеобразовательных и профессиональных учебных заведений за счет средств всеобуча и отчислений от их производственной деятельности и других внебюджетных отчислений;

бесплатное обеспечение в соответствии с установленными нормативами школьной формой либо заменяющим ее комплектом детской одежды для посещения школьных занятий, а также спортивной формой на весь период обучения детей в общеобразовательной школе за счет средств всеобуча либо иных внебюджетных средств;

один день в месяц для бесплатного посещения музеев, парков культуры и отдыха, также выставок.

При разработке региональных программ занятости учитывать необходимость трудоустройства многодетных родителей, возможность их работы на условиях применения гибких форм труда (неполный рабочий день, неполная рабочая неделя, работа на дому, временная работ и т.д.); обеспечивать организацию их обучения и переобучения с учетом потребностей экономики региона.

Денежные выплаты в связи с материнством, отцовством и детством.

Конституция РФ предусматривает, что в Российской Федерации обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства. В ней также указано, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства.

Одной из наиболее действенных форм социальной защиты семьи и детей являются комплекс денежных выплат, адресованных родителям, семье с детьми либо непосредственно детям, лишенным родительской опеки и попечительства. Все эти выплаты неразрывно связаны между собой. Единая система государственных пособий гражданам, имеющим детей, в связи с их рождением и воспитанием, которая обеспечивает гарантированную государственную материальную поддержку материнства, отцовства и детства, установлена Федеральным законом от 19 мая 1995 г. «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» (в дальнейшем в него вносились изменения и дополнения).

Федеральным законом от 24 июля 1999 г. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» предусмотрено, в частности, установление минимальных социальных стандартов основных показателей качества жизни детей. Они включаются в установленный минимальный объем услуг по гаран-

тированной выплате государственных пособий гражданам, имеющим детей, в связи с их рождением и воспитанием.

Пособие по беременности и родам, пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности. Цель такого пособия – возместить утраченный заработок в связи с необходимостью прекращения женщиной трудовой деятельности в период беременности и родов, обеспечить охрану здоровья женщины-матери, восстановление ее здоровья после родов и материнский уход за ребенком в первые месяцы после его рождения. Данное пособие рассчитано на работающих женщин.

Право на пособие по беременности и родам имеют женщины, которые подлежат государственному социальному страхованию, т. е. выполняют работу по найму и некоторую иную работу (к ним приравнены женщины, уволенные в связи с ликвидацией предприятий, учреждений и организаций в течение 12 месяцев, предшествующих дню признания их в установленном порядке безработными); обучаются с отрывом от производства в образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования, а также в учреждениях послевузовского профессионального образования; проходят военную службу по контракту, службу в органах внутренних дел и некоторую иную службу; принадлежат к гражданскому персоналу воинских формирований РФ, находящихся на территории иностранных государств в случаях, предусмотренных международным договором РФ.

Единовременное пособие при рождении ребенка. Единовременное пособие при рождении ребенка – это одно из социальных пособий на каждого родившегося ребенка, независимо от каких-либо условий, касающихся социального положения родителей. Такое пособие вправе получать как работающие, так и неработающие граждане.

Право на получение единовременного пособия при рождении (усыновлении ребенка в возрасте до трех месяцев) имеет один из родителей либо лицо, его заменяющее. При рождении двух или более детей пособие назначается и выплачивается на каждого ребенка (при рождении мертвого ребенка пособие не

выдается). Назначается и выплачивается пособие одному из родителей (либо лицу, его заменяющему) по месту работы (службы, учебы), а если родители не работают (не учатся), то органом СЗН по месту жительства ребенка. Срок обращения за пособием 6 месяцев со дня рождения ребенка.

Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет. Федеральный закон от 19 мая 1995 г. предусмотрел следующий круг лиц, имеющих право на ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком (рожденным, усыновленным, принятым под опеку) до достижения им возраста полутора лет.

Во-первых, это матери (отцы, усыновители, бабушки, дедушки, другие родственники или опекуны, фактически осуществляющие уход за ребенком), подлежащие государственному социальному страхованию.

Во-вторых, это матери, уволенные в период беременности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет в связи с ликвидацией организации, в которой они трудились по трудовому договору (контракту).

В-третьих, это матери, обучающиеся с отрывом от производства в образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования, в учреждениях послевузовского профессионального образования.

В-четвертых, это матери, проходящие военную службу по контракту, службу в качестве лиц рядового и начальствующего состава в органах внутренних дел.

В-пятых, это матери из числа гражданского персонала воинских формирований РФ, находящихся на территории иностранных государств; они обеспечиваются пособием в случаях, когда его выплата предусмотрена международными договорами России.

Ежемесячное пособие на ребенка. Ежемесячное пособие на ребенка назначается и выплачивается одному из родителей (усыновителей, опекунов, попечителей) на каждого рожденного, усыновленного, принятого под опеку (попечительство) и проживающего совместно с ним ребенка до достижения им

возраста 16 лет (на учащегося общеобразовательного учреждения – до окончания им обучения, но не более чем до достижения им возраста 18 лет) в семьях, имеющих размер среднедушевого дохода, дающий право на получение этого пособия в соответствии с законодательством РФ.

Ежемесячное пособие назначается и выплачивается независимо от получения пенсии по случаю потери кормильца, социальной пенсии, алиментов и других социальных выплат. Однако оно не выплачивается опекунам (попечителям), получающим в установленном порядке денежные средства на содержание ребенка, находящегося под их опекой (попечительством).

Субъекты социальной защиты материнства и детства

Социальный работник осуществляет связь между семьей и субъектами социальной помощи.

Служба занятости: поиск удобной работы для родителей. Служба занятости занимается первоочередным трудоустройством многодетных родителей; обеспечением, по возможности, гибкого графика работы; организацией обучения и переобучения родителей для получения другой специальности; трудоустройством детей и получением ими специальности, привлечением к работе подростков, получением ими статуса безработных, привлечением их к труду круглогодично.

Отдел народного образования: вопрос о группе продленного дня, проблема бесплатного питания, материальная помощь, обеспечение учебниками, психологические проблемы детей, проблемы досуга (отдыха) детей, детские диспансерные учреждения.

Органы здравоохранения: наблюдают за здоровьем старшего поколения (особенно если старики не могут посещать поликлиники), лекарственным обеспечением (льготным для детей и стариков), здоровьем всех членов семьи. Служба занятости занимается вопросами трудоустройства сред него поколения в связи с обстановкой в семье, при необходимости – трудоустройством старшего поколения.

Органы социальной защиты: вносят изменения и дополнения по социальному обеспечению, предоставляют льготы и услуги, организуют материальную и другие виды помощи, санаторно-курортное лечение, корректировку действий, оформление в специализированные учреждения. Органы социальной защиты состоят из: центра трудоустройства (трудоустройство матери и отца); предприятия по организации работы на дому; центра профориентации (профориентация ребенка с ограниченными возможностями).

Ведущим аспектом социальной защиты детства является всесторонний учет интересов детей в условиях социально-экономических трудностей, переживаемых Россией в течение более десяти лет. Особое значение приобретает помощь социально незащищенным детям и детям группы риска.

Система защиты детства начинается с защиты семьи, матери и ребенка. Правовое обеспечение этой социальной сферы России является одним из самых разработанных. На социальную защиту младенцев и детей дошкольного возраста мобилизованы учреждения здравоохранения, образования и социального обеспечения. Вместе с тем учреждения защиты семьи, матери и ребенка финансируются недостаточно, что заставляет искать средства для проведения мер социальной защиты детей.

Расширяется психологическая помощь детям и молодежи. В частности, проводятся мероприятия, формирующие устойчивость против пропаганды секса, наркотиков, насилия, агрессивного поведения. Результатом работы является формирование социальной защиты детей и подростков. Несмотря на разработанность правовой базы социальной защиты детства, материально-экономическая база ее столь недостаточна, что реализовать эти законы не представляется возможным.

Важным направлением социализации детей и подростков является их реабилитация в связи с депривацией (образовательной, психологической, нравственной, социальной и др.), т. е. утратой важных личностных качеств. При этом диагностируется личностное развитие, строятся индивидуальные планы восстановления способностей (перцептивных, интеллектуальных, коммуника-

тивных, практической деятельности), организуются коррекционные группы, подбираются актуальные занятия, позволяющие в коллективной деятельности приобрести социально ценные знания и умения их применения в труде, в общении, личной жизни.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Дайте характеристику работы отдела социальной защиты семьи, материнства и детства.
2. Охарактеризуйте деятельность государства по защите материнства и детства можно разделить на три пласта.
3. Сформулируйте основные цели и задачи социальной защиты семьи.
4. Раскройте сущность государственной социальной помощи семье.
5. Охарактеризуйте денежные выплаты в связи с материнством, отцовством и детством.
6. Раскройте субъекты социальной защиты материнства и детства.

Контрольные вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Демографическая ситуация в РФ. Здоровье матери – как фактор, определяющий здоровье ребенка.
2. Семья в структуре общества и государства.
3. Сущность и правовые гарантии охраны материнства и детства в РФ.
4. Организация защиты материнства и детства в современных условиях модернизации российского общества.
5. Основные направления государственной социальной политики в интересах женщин и детей.
6. Социальная служба как институциональная основа социальной работы с семьей и детьми.
7. Основные направления государственной семейной политики в РФ.
8. Защита прав детей в РФ. Правовые аспекты защиты детей в семье.
9. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
10. Российские и международные благотворительные организации в сфере защиты материнства и детства в РФ.
11. Организационно-правовые предпосылки функционирования общественных и благотворительных организаций в РФ.
12. Новые репродуктивные технологии как элемент планирования семьи, поддержания репродуктивного здоровья. Этические проблемы.
13. Правовое регулирование отношений, связанных беременностью, родами, искусственным прерыванием беременности.
14. Планирование семьи в структуре охраны материнства и детства.
15. Принципы организации и этапы оказания медико-социальной помощи в системе охраны материнства и детства.
16. Права граждан при оказании медико-социальной помощи.
17. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.

18. Структура и законодательное регламентирование политики социальной защиты детства. Инновационные подходы в области социальной защиты детства в регионах.

19. Основные направления государственной семейной политики в РФ.

20. Семья: понятие, функции и значение.

Примерные вопросы к экзамену

1. Основные задачи семейной политики в РФ.
2. Какие существуют правовые гарантии социальной защиты населения.
3. Какие учреждения, организации, службы способны оказать содействие женщине в решении ее проблем.
4. Социальное значение семьи.
5. Социальные проблемы современных семей.
6. Система защиты права несовершеннолетних детей в РФ.
7. Защита прав и интересов детей, оставшихся без попечения родителей.
8. Государственные пособия на детей.
9. Трудовой кодекс об охране материнства и детства.
10. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской федерации» о правах семьи, беременных женщин и матерей.
11. Законодательная и структурная организация обеспечение права граждан РФ на социальное обслуживание.
12. Учреждения социальной защиты семьи, материнства и детства.
13. Цель и основные задачи Центра социальной помощи семьям с детьми.
14. Семейная политика в Амурской области.
15. Социальные гарантии семьи в развитых странах (Швеция, Дания, США, Англия).
16. Организация охраны материнства и детства в Амурской области
17. Правовое обеспечение беременности, родов, прерывания беременности .
18. Цели, задачи, структура, правовые основы работы Центров социальной помощи семье и детям.
19. Социальный приют для детей и подростков как форма социальной

защиты.

20. Современные технологии поддержки семьи.

21. Цели, задачи, структура, правовые основы работы социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних.

22. Цели, задачи, структура, правовые основы работы детских Домов-интернатов для умственно отсталых детей, интернатов для детей с ограниченными физическими недостатками.

23. Цели, задачи, структура, правовые основы работы Центров планирования семьи.

24. Новые репродуктивные технологии как элемент охраны репродуктивного здоровья.

25. Законодательная основа использования новых репродуктивных технологий.

26. Благотворительность, ее сущность и значение в сфере охраны материнства и детства.

27. Специфика деятельности социального работника в учреждениях лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения.

28. Женщины как объект медико-социальной работы.

29. Институт Уполномоченного по правам ребенка в РФ: правовая основа функционирования, цель и задачи.

30. Демографическая ситуация в современной России

Библиографический список

1. Агешкина Н.А., Колосова Т.Ю. Мать-одиночка: все права и льготы. М.: Эксмо, 2012. – 112 с.
2. Андриановская Т.Л. Современные проблемы правовой защиты женщин в сфере трудовых отношений: дис. канд. юрид. наук.– Санкт-Петербург, 2005. – 64 с.
3. Анисимов Л.Н. Особенности охраны труда женщин // Вопросы трудового права. – 2012. – № 12. – С. 32-35.
4. Баздырева О.Ю. Стандартизация социального обслуживания молодой семьи // Молодая семья в контексте развития региональной семейной политики: сб. материалов V Международного конгресса «Российская семья» (Москва, 10-12 апреля 2008 г.). – М., 2008. – С. 125-128.
5. Байбарина, Е.Н. Совершенствование системы оказания помощи новорожденным на территориальном уровне / Е.Н. Байбарина, Сорокина З.Х., Ермолаева Е.И., Киричок Е.В. // Современные подходы к выявлению, лечению и профилактике перинатальной патологии: материалы V съезда РАСПИМ. - М., 2005. - С. 31.
6. Болдина Ю.А. Положение женщины в семье // Молодая семья в контексте развития региональной семейной политики: сб. материалов V Международного конгресса «Российская семья» (Москва, 10-12 апреля 2008 г.). – М., 2008. – С. 74-78.
7. Волжина О.И. Укрепление ценности семьи как направление государственной семейной политики // Молодая семья в контексте развития региональной семейной политики: сб. материалов V Международного конгресса «Российская семья» (Москва, 10-12 апреля 2008 г.). – М., 2008. – С. 103-108.
8. Володин Н.Н. Современная модель организации помощи новорожденным на региональном уровне / Н.Н. Володин, Антонов А.Г., Байбарина Е.Н. и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2003. Т. 2, № 4. - С. 68.

9. Гаврилова С.Ю. Судопроизводство по делам об оспаривании отцовства (материнства): дис. канд. юрид. наук.– Саратов, 2001. – 229 с.
10. Дети в России. 2009: Стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. - 121 с.
11. Дзгоева Ф.О. Правовое регулирование труда и социального обеспечения лиц с семейными обязанностями): дис. канд. юрид. наук.– Москва, 2001. – 210 с.
12. Захарова Н.А. Больничные листы и пособия в связи с материнством [Электронный ресурс]: порядок назначения, исчисления, выплаты, учета и налогообложения/ Захарова Н.А., Сергеева Т.Ю., Шитова М.А.– Электрон. текстовые данные.– Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2014.– 84 с.
13. Зубкова Т.С. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи: Учеб. пособие / Т.С. Зубкова, Н.В.Тимошина - М.: Издательский центр «Академия», 2004.- 204 с.
14. Касаева Л.В. Социальная защита материнства и детства: на примере Республики Северная Осетия-Алания: дис. канд. соц. наук.– Москва, 2002. – 180 с.
15. Корсаненкова А.Ф., Корсаненкова Ю.Б. Социальные пособия и иные меры социальной поддержки семьям с детьми в Российской Федерации: учебное пособие. (присвоен гриф Минобразования РФ) М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. – 288 с.
16. Кузнецова О.В. Конституционно-правовая защита семьи, материнства, отцовства и детства в России: дис. канд. юрид. наук.– Челябинск, 2004. – 160 с.
17. Кузык Б.Н. Россия - 2050 : стратегия инновационного прорыва / Б. Н. Кузык, Ю. В. Яковец. - М. : Экономика, 2005. - 624 с.
18. Кучеренко А.В. Государственная социальная политика в области защиты материнства и детства (1990-е гг.): дис. истор. наук.– Москва, 2004. – 210 с.
19. Матчина О.И. Охрана здоровья матери и ребенка [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Матчина О.И., Баянова Н.А., Борщук Е.Л.– Электрон.

текстовые данные.– Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2014.– 154 с.

20. Митрякова Е.С. Правового регулирования суррогатного материнства в России: дис. канд. юрид. наук.– Тюмень, 2006. – 175 с.

21. Петюкова О.Н. Пробелы российского законодательства о суррогатном материнстве // Российское законодательство: тенденции и перспективы: сборник статей. М.: Финуниверситет, 2012 г.

22. Российский статистический ежегодник. 2009: Стат.сб./ Росстат. - М., 2009. - 795 с.

23. Рыбинский, Е.М. Детство в России: Реальности и проблемы : учеб. пособие / Е.М. Рыбинский. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 156 с.

24. Самарина ОБ. Социальная защита женщин и семейная политика в современной России / О. Самарина // Вопросы экономики. - 2003. - № 3.

25. Смирновская С.И. Проблемы и перспективы развития социально-правовой защиты материнства, детства в городе Оренбурге и Оренбургской области // Молодая семья в контексте развития региональной семейной политики: сб. материалов V Международного конгресса «Российская семья» (Москва, 10-12 апреля 2008 г.). – М., 2008. – С. 369-372.

26. Удалых Е.Ю. Материнство и детство в русской культуре // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Философия. Социология. Право. – 2011. – Выпуск 16, № 8 (103). – С 266-271.

27. Шакирова Н.Н. Социальная защита материнства и детства в условиях социально-экономической трансформации российского общества : дис. канд. соц. наук.– Саратов, 2006. – 216 с.

28. Шушания Ш.С. Конституционно-правовое регулирование государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства в России: дис. канд. юрид. наук.– Москва, 2011. – 196 с.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Введение</i>	5
<i>Раздел 1. Теоретические основы материнства и детства</i>	7
Тема 1. Характеристика понятия «материнство»	7
Тема 2. Характеристика понятия «детство»	15
Тема 3. Демографическая ситуация в РФ	24
Тема 4. Семья в структуре российского общества и государства	29
<i>Раздел 2. Организационные основы охраны материнства и детства</i>	39
Тема 5. История становления и развития системы охраны материнства и детства	39
Тема 6. Организация охраны здоровья женщин	46
Тема 7. Организация охраны здоровья детей	60
Тема 8. Правовое регулирование охраны материнства и детства	73
Тема 9. Социальная защита материнства и детства	81
<i>Контрольные вопросы и задания для самостоятельной работы</i>	92
<i>Примерные вопросы к экзамену</i>	94
<i>Библиографический список</i>	96

Ситникова Виктория Владимировна,
доцент кафедры социальной работы АмГУ, канд. социол. наук

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Учебное пособие

Печать офсетная. Формат 60x84x16.

Усл. печ. л. 8, уч.-изд. л. 6.

Тираж 70 экз. Заказ от 20.02. 18.

Отпечатано ИП Сажинным А.А.

Адрес: г. Благовещенск, ул. Калинина, 127 кв. 45

тел: 44-44-04