

А.С. Суходольська, аспір.

*Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи  
Національної академії наук України*

## СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ-СИРИТ У КОНТЕКСТІ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ СИРИТСТВА В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*(Представлено д.е.н., проф. Євдокимовим В.В.)*

*Проаналізовано стан здоров'я дітей в Україні та визначено основні тенденції його зміни протягом останніх років. Особливу увагу приділено стану здоров'я дітей-сиріт Житомирської області. Наголошено на проблемах сирітства та процесах інституалізації дітей, зокрема дітей-сиріт з інвалідністю, функціональними відхиленнями. Наведено основні пріоритетні кроки усунення дискримінації таких дітей, у тому числі внаслідок розвитку інклюзивної освіти, створення реабілітаційних центрів, інтегративної взаємодії усіх суб'єктів державної політики подолання сирітства. Запропоновано популяризувати сімейні форми виховання дітей-сиріт, особливо тих, які мають проблеми зі здоров'ям.*

**Ключові слова:** *соціальне сирітство; стан здоров'я дітей; сімейні форми виховання.*

**Постановка проблеми.** Сьогодні на державному рівні варто приділяти значну увагу профілактиці та вирішенню проблем здоров'я дітей, особливо дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (далі – діти-сироти). Політика їх соціального захисту має бути максимально адаптована до особливостей кожної області. За сучасних умов проголошення орієнтації на сімейні форми виховання дітей, скорочення інтернатних установ, варто проаналізувати стан здоров'я дітей-сиріт та його вплив на перспективу їх усиновлення, встановлення опіки чи піклування, створення прийомних сімей (далі – ПС), дитячих будинків сімейного типу (далі – ДБСТ). За умов набрання чинності Конвенцією про права інвалідів особливого значення набуває дослідження стану здоров'я та адаптації в суспільстві дітей-сиріт із функціональними обмеженнями.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій з проблеми.** Протягом останніх років актуалізувалися дослідження з питань соціального захисту дітей, їх стану здоров'я, психологічних особливостей дітей-сиріт, сімейних форм виховання, поширення інклюзивної освіти. Значний внесок у дослідження проблем дітей зробили фахівці Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи та Інституту соціальної роботи та управління Національного педагогічного університету ім. М. Драгоманова.

Створення цілісної системи проблем сирітства стало можливим завдяки результатам досліджень учених, які всебічно аналізували становище дітей у суспільстві. Це праці І.С. Голубевої (дослідження рівня забезпеченості вихованців інтернатних установ і ДБСТ), І.М. Долі (визначення ПС і ДБСТ як перспективних інститутів виховання дітей-сиріт), І.В. Пеші (дослідження соціального становлення дітей у ДБСТ), О.О. Яременко (вивчення становлення ПС для дітей з функціональними обмеженнями), Р.О. Моїсеєнко, А.В. Терещенко (акцентування уваги на доцільності реформування системи будинків дитини МОЗ) та інших.

Основною метою дослідження є аналіз стану здоров'я дітей, особливо дітей-сиріт на прикладі Житомирської області та розробка пропозицій щодо вдосконалення сімейних форм їх виховання.

**Викладення основного матеріалу дослідження.** Здоров'я нації є найвищою цінністю суспільства, показником рівня розвитку держави. Піклування про здоров'я дітей передбачає збереження й розвиток їх психічних і фізіологічних функцій, підтримку оптимальної працездатності та соціальної активності за максимальної тривалості життя. Кожна дитина має право на рівень життя, достатній для її фізичного, інтелектуального, морального, культурного, духовного і соціального розвитку.

Дати оцінку стану здоров'я дітей досить складно, адже вона включає рівні фізичного, розумового, функціонального розвитку в різні вікові періоди дитини [19]. У 2012 році в Україні на 100 000 дітей було зареєстровано 138 340 уперше виявлених випадків захворювань, що на 3,9 % більше, ніж у 2008 році. Тобто в середньому на 1 дитину припадало 1,38 випадків хвороб [4]. За період 2008–2012 роки загальний рівень поширеності хвороб зріс на 10,2 % з 1885,79 на 1000 дітей відповідного віку до 1922,8 [21]. Спостерігається негата

© А.С. Суходольська, 2014

ькості виявлених новоутворень, випадків травм та отруєнь, наслідків дій інших зовнішніх причин.

Основи здоров'я закладаються при народженні дитини. Це той певний базис, на який впливають майбутні батьки своєю поведінкою (харчуванням, шкідливими звичками, стресовими ситуаціями, хворобами в період вагітності, дотриманням рекомендацій лікарів тощо). Проаналізувавши зміни за віковими групами [4, 21], можна стверджувати, що загальне зростання зумовлене зростанням захворюваності дітей віком від 7 років на фоні зниження захворюваності у молодших вікових групах.

Так, у 2012 році порівняно з 2008 роком на 9,8 % (з 1639,1 до 1479,5 випадків на 1000 дітей відповідного віку) знизився рівень захворюваності дітей першого року життя, що певною мірою зумовлено розвитком медико-генетичної служби в країні, а особливо її лабораторної частини. Покращується доступ пацієнтів до медико-генетичного консультування, що, у свою чергу, призводить до покращення діагностування та реєстрації генетично обумовленої патології [2, С. 58]. Саме тому намітилася тенденція до зниження майже у 2 рази окремих станів, що виникають у перинатальному періоді у 2012 році порівняно з 2005.

Позитивно відобразилося на якості діагностики вроджених і спадкових патологій та підвищенні ролі медико-генетичних консультацій прийняття Наказу МОЗ «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні», який регламентував діяльності медико-генетичних служб [11]. В обласних центрах відкривалися перинатальні центри, що також позитивно вплинуло на розвиток медичної допомоги. У Житомирському перинатальному центрі протягом останніх років спостерігається тенденція до зростання кількості ускладнень після пологів, зростає і захворюваність новонароджених дітей. Якщо у 2009 році кількість хворих дітей була на рівні 194,3 на 1000 осіб, то у 2013 – 269,1, тобто частіше ніж кожна четверта дитина народжувалась з певними фізіологічними відхиленнями. Така тенденція пояснюється тим, що відкриття перинатальних центрів дозволило сконцентрувати зусилля досвідчених лікарів та направляти до центрів вагітних з певними відхиленнями стану здоров'я для якісного медичного супроводу.

Протягом останніх років на базі перинатальних центрів почали з'являтися так звані «Вікна життя» – спеціально обладнані бокси для анонімної відмови від дитини. У Житомирській області таких пунктів ще немає. Основною метою їх створення було зниження рівня смертності серед покинутих дітей, адже є випадки, коли новонароджених залишали в несумісних із життям місцях. Сьогодні ставлення до таких боксів є неоднозначним. Противники цих заходів стверджують, що це призведе до підвищення рівня відмов від малюків (розглядають бокси як захід популяризації відмов). Прихильники встановлення боксів вважають, що це є гуманним заходом, до того ж спрощується процес подальшого усиновлення дитини, адже малюка, якого залишають в лікарні, досить тривалий період не ставлять на облік з усиновлення через довгу роботу соціальних служб із біологічною матір'ю з метою недопущення відмови від дитини, а покинуті у боксах новонароджені прирівнюються до підкинутих дітей.

Безсумнівно, не можна обмежуватися створенням «Вікон життя», необхідно також удосконалювати та впроваджувати у життя комплексні програми профілактики відмов від новонародженої дитини. Зазначена ідея втілиться з прийняттям Концепції реформування будинків дитини на період до 2017 року, яка перебуває на етапі громадського обговорення. Вона передбачає [7]:

- створення нової організаційно-структурної моделі будинку дитини з функціями медико-соціального центру, з врахування особливостей та потреб регіонів, до складу яких увійдуть: координаційно-аналітичний відділ, відділення медичної діагностики та фізіотерапевтичної реабілітації, педагогічної діагностики та корекції, відділення соціальних інфекцій (для ВІЛ- інфікованих дітей, тубінфікованих дітей, хворих на гепатит С, TORCH-інфекції та інше), відділення профілактики соціального сирітства («Відділення кризової сім'ї»), відділення сумісного перебування матері з дитиною, відділення фізичної реабілітації для дітей-інвалідів віком до 7 років;

- забезпечення медичного комплексного, інтегрованого та індивідуального підходу до кожного вихованця закладу, з метою розкриття його природного потенціалу та адаптації до повноцінного життя в суспільстві;

- забезпечення підготовки та перепідготовки кадрів для роботи в медико-соціальних центрах;

- організація інформаційно-правового, аналітичного та методичного забезпечення закладів;

- методично-консультативна робота та забезпечення інтеграції медичної реабілітації при влаштуванні дітей у сімейні форми виховання;

- здійснення заходів щодо посилення громадської готовності до реінтеграції дітей з обмеженнями життєдіяльності в суспільство;

- удосконалення заходів з формування навичок усвідомленого батьківства не лише для сімей, які виявили бажання усиновити дитину чи взяти її під опіку, створити прийомну сім'ю, будинок сімейного типу, але й для біологічних батьків;

- створення законодавчих механізмів економічного стимулювання, які б сприяли залученню коштів інвесторів та благодійників для вирішення питання комплексної реабілітації дітей;

- забезпечення наявності показань подальшого проведення діагностичних обстежень та лікування, медичної реабілітації та реабілітації дітей після закінчення терміну їх перебування в закладах.

Важливість реалізації цих заходів полягає у тому, що в перші роки життя на здоров'я дитини впливають чинники зовнішнього середовища (біологічні фактори, стан навколишнього середовища, медична політика держави, рівень розвитку медицини та рівень медичного обслуговування), соціальні чинники (настрої в суспільстві щодо здорового способу життя), чинники сімейного оточення (соціально-гігієнічна поведінка, матеріальний стан батьків, їх соціальна (чи асоціальна) поведінка та виховна

робота), а в подальшому до них належатимуть фактори самовизначення дитини щодо способу життя, шкідливих звичок, реагування на стресові ситуації.

Результати досліджень останніх років свідчать, що значна частина молоді не дотримується здорового способу життя. Так, науковці вказують на недостатню обізнаність з питань здорового харчування, зниження рівня рухової активності у старших вікових групах дітей, значну поширеність ранньої практики куріння та вживання алкоголю (15 % респондентів опитування серед учнівської молоді, проведеного Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.О. Яременка за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні у 2010 р. в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» («Health Behaviour in School-aged Children» – HBSC), вказали, що вперше вживали алкоголь у віці до 11 років), високі показники вживання наркотичних речовин серед підлітків 15–17 років (16 % респондентів), необізнаність у сфері інфікування ВІЛ/СНІД (менше 12 % опитаних вказали правильно всі шляхи передачі інфекції) [20].

Ускладнюється ситуація значним впливом так званого «шкільного» фактору, про що свідчить зростання кількості захворювань дітей від шкільного перенавантаження. Так, у 70 % дітей молодшого шкільного віку індивідуальна, розумова та фізична працездатність не відповідає їх шкільному навантаженню. Надалі впродовж п'яти років навчання у школі у дітей у 3–4 рази зростає патологія органів травлення, у два рази – органів зору та нервової системи [18].

Ефективність впливу медико-організаційних технологій на стан здоров'я дітей зменшується зі збільшенням їх віку, і в старших вікових групах рівень їх впливу сягає лише приблизно 8–9 %, тоді як соціальні чинники, такі як сімейне оточення, прагнення батьків передати навички здорового способу життя визначають стан здоров'я на 50 % [19]. Однак за сучасних умов економічних та політичних потрясінь зростає чисельність сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, не піклуються про своїх дітей, діти часто зазнають насилля з боку дорослих, бачать асоціальний спосіб життя своїх рідних, що дуже негативно впливає на стан їхнього здоров'я.

Низький життєвий рівень таких соціопатичних сімей, спадкові хвороби, часто асоціальний спосіб життя та шкідливі звички призводять до погіршення стану здоров'я новонароджених, а в подальшому, за умови спільного проживання, – до гальмування розвитку дітей та їх хвороб.

Останнім часом скоротилася чисельність матерів, які відмовляються від дитини у пологовому будинку або в перші місяці життя. Із запровадженням значної допомоги при народженні дитини асоціальні групи населення (маргінальні прошарки) почали користуватись державною підтримкою, але не змінили свого ставлення до батьківських обов'язків. Фактично відбулося зниження раннього соціального сирітства із подальшим його зростанням у старших вікових групах. Батьки соціальних сиріт не переймаються вихованням дітей і в подальшому все одно позбавляються батьківських прав, часто декілька дітей одночасно потрапляють до категорії «сиріт при живих батьках». У таких випадках обов'язок повноцінного виховання соціальних сиріт покладено на державу та суспільство. Збереження здоров'я дітей-сиріт та їх повноцінний розвиток мають бути основними орієнтирами державної політики.

Важливим профілактичним заходом для них є проведення медичних періодичних оглядів дітей-сиріт, адже попередити тачасно виявити відхилення від нормального стану здоров'я важливо на початкових етапах. Як показує практика, лише у разі своєчасного виявлення та проведення комплексу реабілітаційних заходів, серед них педагогічної діагностики та корекції, можна досягти не лише попередження інвалідності у переважній більшості дітей, але й ефективного повернення їх до сімейних форм виховання. Так, згідно зі статтею 34 Закону України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» обов'язковим є проведення профілактичних медичних оглядів дітей-сиріт раз на півроку [5].

В Україні прийнята класифікація стану здоров'я дітей за групами. Наприкінці 2012 року в Житомирській області було обстежено 3584 дитини-сироти (рис. 1). До I групи належать діти здорові, з нормальним психічним розвитком і що хворіють не частіше 3–4 разів на рік. Діти цієї групи не мають вад розвитку або інших порушень внутрішніх органів (32,3 % загальної чисельності). До II групи належать здорові діти, але які можуть мати невеликі проблеми зі здоров'ям, наприклад, дитина може страждати алергічними захворюваннями або мати зайву вагу. Також – діти з хронічними захворюваннями в стадії стійкої клініко-лабораторної ремісії (не менше 3–5 років) або частими ГРЗ. Це наймасовіша група дітей-сиріт у Житомирській області (42,9 % загальної чисельності). До III і IV груп здоров'я належать діти з хронічними захворюваннями або вродженими вадами розвитку з періодами загострення, які мають значні відхилення у стані здоров'я зі зниженими функціональними можливостями. Такі діти потребують значної уваги з боку дорослих, періодичного лікування. У Житомирській області їх 24,8 % загальної кількості, тобто кожна четверта дитина-сирота.

За результатами обстеження, 2135 осіб (59,57 %) потребують диспансерного нагляду (мають хронічні захворювання) [9].



Рис. 1. Результати медичного обстеження дітей-сиріт у Житомирській області наприкінці 2012 року

Джерело: дані Житомирського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

Звичайно, оптимальною формою виховання сиріт є сімейне оточення. Тому потрібно докладати максимальних зусиль для того, щоб дітей-сиріт усиновлювали, хоча б брали під опіку чи піклування, у ПС та ДБСТ.

Сьогодні діти-сироти з інвалідністю опиняються у невідному становищі. Так, наприклад, у 2013 році у Житомирській області було усиновлено лише 4 такі дитини (причому 3 з них – іноземними громадянами), хоча на обліку для усиновлення їх перебувало близько 10 % загальної чисельності дітей-сиріт.

У прийомних сім'ях Житомирської області на початок 2013 року виховувалось лише 5 дітей-інвалідів (всього у ПС – 345 дітей), а у ДБСТ – лише 1 дитина (всього на вихованні – 207 дітей). Пояснити поведінку опікунів та потенційних батьків-усиновлювачів можна значними труднощами адаптації їх у суспільстві, адже система соціального захисту та реабілітації дітей, інклюзивна освіта перебуває в зародковому стані, науковці зазначають про її стихійний характер.

Досить неузгоджений процес інституалізації дітей-сиріт, адже залежно від віку та стану здоров'я відбувається розподіл дітей-сиріт у інтернатні заклади, які підпорядковані різним міністерствам: Міністерству освіти і науки України (далі – МОН України), Міністерству охорони здоров'я та Міністерству соціальної політики. Відсутність уніфікації підходів до діяльності інтернатних закладів різного підпорядкування стосовно реабілітації дітей, освітнього процесу, норм витрат (хоча б норм харчування) призводить до неузгодження їх функціонування.

За умов значної кількості хворих дітей-сиріт у Житомирській області протягом останніх років скорочується кількість звичайних загальноосвітніх інтернатних закладів, вони трансформуються у спеціальні інтернати або у навчально-реабілітаційні центри. Так, у структурі вихованців інтернатних закладів, підпорядкованих МОН України, частка дітей-інвалідів у 2013/14 навчальному році становила – 30,5 %. Невирішеною проблемою вітчизняної статистики є ведення обліку дітей-інвалідів таких закладів без розмежування у структурі дітей-сиріт та дітей, які навчаються чи перебувають на вихованні в інтернатних установах.

Для влаштування у спеціальні школи-інтернати для дітей з затримкою психічного розвитку або розумовою відсталістю необхідно надати висновок психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК). Діти з малозабезпечених сімей часто отримують рекомендації для навчання у таких закладах не через стан здоров'я, а в результаті неспроможності батьків опікуватися своїми дітьми [6]. І хоча сьогодні науковці та законодавці вказують на доцільність законодавчого закріплення обрання навчального закладу батьками незалежно від результатів проходження ПМПК, за умов значного зниження рівня життя батьків таке впровадження не призведе до значних успіхів. Помилково встановлений діагноз під час визначення рівня розвитку дитини або бажання батьків оформити дитину в такий заклад може стати для неї соціальним вироком, адже за результатами навчання у спеціальних школах видається не атестат про повну середню освіту, а свідоцтво, що значно ускладнює подальшу соціалізацію дітей.

Відсутність будь-якого доступу до освіти через стан здоров'я є ще однією важливою дискримінаційною проблемою дітей-сиріт. Так, за даними Універсального періодичного звіту про дотримання прав людини в Україні, поданого Урядом до ООН у 2012 році, 10,4 тисячі дітей з інвалідністю в Україні взагалі не мають доступу до освітнього процесу. Система реабілітації таких дітей сьогодні направлена на їх лікування, а не на інтеграцію та соціальне залучення. Наказ Міністерства освіти і науки від 15.09.2008 № 852 [10] містить перелік тяжких захворювань, які є протипоказаннями для направлення дітей до спеціальних шкіл. Причому нормативних актів, які б визначали доступ дітей із такими діагнозами до освіти, немає, а тому вони залишаються без освіти, перебувають у інтернатних закладах, які підпорядковані Міністерству соціальної політики і практично

не мають шансів на подальше сімейне виховання.

У кризових умовах функціонування економіки йде мова про оптимізацію використання бюджетних коштів. Наприклад, у Житомирській спеціальній ЗОШ-інтернаті № 2 навчається щорічно близько 110 дітей (наприкінці 2012 року – 109, з них лише 6 дітей-сиріт), а витрати лише на оплату праці персоналу в закладі становили 3134,41 грн./дитину. Згідно зі статистичними даними в середньому по Україні вартість утримання однієї дитини в дитячих закладах інтернатного типу становить 48,1 тис. грн. на рік, або близько 4 тис. грн. на місяць [6].

Тому протягом останніх років спостерігалось значне переміщення вихованців інтернатних закладів з метою подальшої трансформації таких установ (рис. 2). Так, у Новоград-Волинській ЗОШ-інтернаті у 2013/14 навчальному році не навчалось жодної дитини-сироти, їх було переведено до Бердичівської ЗОШ-інтернату та спеціалізованих шкіл згідно з медичними висновками. Звичайно, такі переміщення негативно впливають на стан здоров'я дітей, їх емоційний стан, адже адаптація дитини у раніше вже сформованому колективі є досить складною, діти вказують на значну конфліктність. Доцільно трансформувати інтернатні заклади поступово, оформлюючи нових вихованців в укрупнені заклади, щоб дати змогу дітям дозвичаїтися у звичному для них оточенні.

Враховуючи нерозвиненість мережі навчальних закладів для дітей з особливими потребами, особливо у віддалених районах області, у спеціальних ЗОШ-інтернатах навчалось у 2013 році лише 10,6 % дітей-сиріт (до речі, включаючи тих, хто виховується в сімейних формах – ПС, ДБСТ, перебуває під опікою чи піклуванням родичів) (рис. 2).

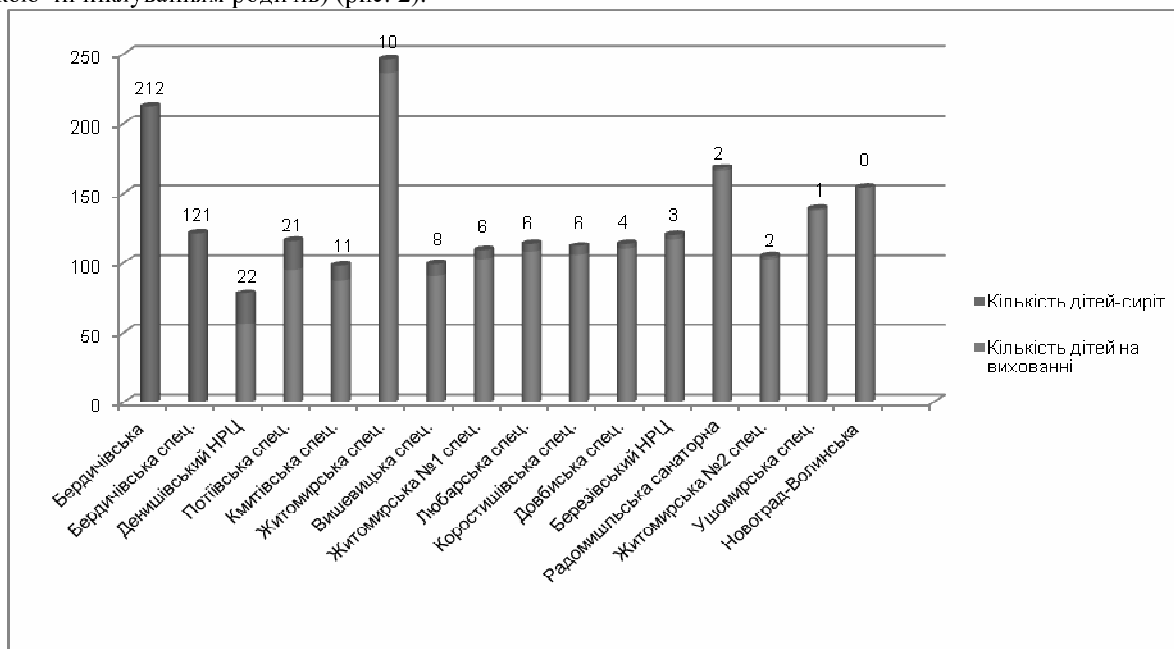


Рис. 2. Розподіл вихованців загальноосвітніх шкіл інтернатів у Житомирській області станом на початок 2013/14 навчального року, осіб

Джерело: дані Житомирського обласного управління освіти та науки Житомирської обласної державної адміністрації

Звичайно, практика створення центрів є досить позитивною і варто враховувати наявність покинутих важкохворих дітей, які не можуть бути усиновлені чи виховуватись у ПС чи ДБСТ через надважкий стан, що потребує низки реабілітаційних та лікувальних заходів. Однак численні соціологічні дослідження свідчать, що крім значних витрат коштів, за умов виховання дитини у державних інтернатних закладах не задовольняється її потреба у любові, приналежності, дитина не здатна самоактуалізуватися. Негативний життєвий досвід, а в подальшому «ізоляція» в інтернатних закладах, негативно впливає на стан здоров'я дітей-сиріт. І хоча заклади забезпечуються відповідною матеріальною базою та в змозі хоча б певною мірою індивідуалізувати підхід до дітей з вадами здоров'я, поєднувати навчання і реабілітацію, варто зробити перебування дітей у них тимчасовим, тобто лише для навчання і реабілітації.

За сучасних умов доцільно популяризувати сімейні форми виховання для хворих дітей, адже тільки у сім'ї дитина може отримати належний рівень турботи, а державна допомога буде дійсно адресною. З цією метою варто проводити роз'яснювальну роботу серед населення у формі проведення спільних свят інтернатних закладів і звичайних загальноосвітніх закладів, сприяти на державному рівні їх співпраці з громадськими організаціями.

Сьогодні пропонується розробити державну програму підтримки сімей, які беруть на виховання

дітей з інвалідністю, а на регіональному рівні сприяти максимальній адаптації таких сімей, адже державні інтернатні заклади не можуть повністю замінити таким дітям сім'ю. Звернути увагу населення на зазначену проблему нескладно, а от адаптувати в подальшому такі сім'ї в суспільстві – надзвичайно складна справа, адже рідні батьки часто відмовляються від хворих дітей: в Україні у 94,6 % дітей, які поступають на виховання до будинків дитини, виявлені відставання у фізичному та психічному розвитку [6].

Інтегративні заходи потрібно втілювати на державному рівні за участю усіх суб'єктів впливу – державних інституцій, громадських організацій, загальноосвітніх закладів. Важливо забезпечити хворим дітям доступ до освіти в звичайних загальноосвітніх школах за рахунок застосування методів навчання, що враховують індивідуальні особливості таких дітей. В основу такої інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей; забезпечує рівноцінне ставлення до всіх людей, але створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами.

Важливим кроком було ухвалення у квітні 2014 року в першому читанні законопроекту «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України про освіту щодо організації інклюзивного навчання» [17]. Практика поширення інклюзивної освіти в Україні яскраво представлена майже в усіх регіонах країни, проте проблематичним залишається доступ до такого навчання дітей у віддалених населених пунктах (однак лише 11 % шкіл в Україні повністю обладнані для реалізації інклюзивного навчання, 39 % – частково). Ставлення вчителів у загальноосвітніх школах до дітей з функціональними обмеженнями свідчить про їх несприйняття системи інклюзивного навчання. Пропонується розробити навчальний курс «Інклюзивна освіта» для студентів педагогічних спеціальностей та для вчителів, які проходять перепідготовку.

У 2013 році Житомирська область посіла другу рейтингову позицію по Україні щодо розвитку інклюзивної освіти, 1400 дітей у 2013/14 році відвідували дошкільні групи, яких було спеціально створено 77 [3]. Введено посади 32 асистентів учителів у інклюзивних класах.

Система реабілітації дітей з функціональними обмеженнями має бути комплексною та ґрунтуватися на принципах соціальної рівності таких дітей та створення для них безбар'єрного середовища. Впровадження інклюзивного навчання потребує значних зусиль працівників освіти, їх ентузіазму в інтеграції дітей з особливими потребами в освітній простір. Розвиток такого навчання сприятиме побудові толерантної системи відносин, за якої зміниться ставлення суспільства до дітей з особливими потребами, та зумовить поширенню сімейних форм виховання дітей-сиріт.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Стан здоров'я дітей-сиріт у Житомирській області незадовільний. На початок 2013 року 2/3 дітей-сиріт мали хронічні захворювання та відхилення від нормального функціонального стану. Складно визначити, що саме є першопричиною влаштування дитини в інтернатний заклад. Досить часто причини накладаються одна на одну. Наприклад, асоціальна поведінка батьків призводить до значного погіршення стану здоров'я дитини, і сім'я приймає рішення влаштувати її у заклад через *небажання* про неї піклуватися. Проте є непоодинокі випадки, коли дітей з вродженими вадами розвитку, зі значними функціональними відхиленнями віддають до інтернатних закладів через *неможливість* забезпечити для них оптимальні умови вдома. Тому досить важливою є максимальна інтеграція сімей з дітьми-інвалідами (рідними чи прийомними) у суспільство, у тому числі рання діагностика та розробка цілісного плану реабілітації. У Житомирській області відкриваються реабілітаційні центри, проте цього недостатньо. Дітей з інвалідністю не усиновлюють, незначна їх частка перебуває під опікою, а саме такі діти найбільше відчувають нестачу родинного затишку. На нашу думку, необхідно розробити на державному і регіональному рівнях заходи щодо популяризації сімейних форм виховання таких дітей та надавати їм всіляку допомогу. Вагомим превентивним напрямком роботи на всіх рівнях має стати профілактика захворювань дітей, а особливо дітей-сиріт. Потрібно пропагувати здоровий спосіб життя, заохочувати молодь до участі у спортивних заходах. Важливо організовувати адаптаційні курси (підготовки до самостійного життя) для сиріт-випускників інтернатних закладів та пропагування ідей здорового способу життя.

#### Список використаної літератури:

1. Аналітична довідка за результатами опитування дітей віком 10–17 років у межах проекту «Права дітей в Україні: реалії та виклики після 20 років незалежності» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/news/24361.html>.
2. Генофонд і здоров'я: відтворення населення України / А.М. Сердюк, О.І. Тимченко, Н.В. Брезницька та ін. / за ред. А.М. Сердюка, О.І. Тимченко. – К. : МВЦ «Медінформ», 2006. – 272 с.
3. Житомирська область займає друге місце по Україні за інтенсивністю впровадження системи інклюзивної освіти (Офіційний сайт Житомирської обласної державної адміністрації) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.zhitomir-region.gov.ua/index\\_news.php?mode=news&id=7602](http://www.zhitomir-region.gov.ua/index_news.php?mode=news&id=7602).

4. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2012 році : статистичний бюлетень. – К., 2013. – 88 с.
5. Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» / Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2005. – № 6. – С. 147.
6. Звіт про здійснення Уповноваженим Президента України з прав дитини моніторингового дослідження стану функціонування закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей, які не мають необхідних умов для виховання та навчання в сім'ї, дітей з особливими потребами, ефективність використання такими закладами бюджетних коштів, спрямованих на забезпечення їх діяльності (на виконання Доручення Президента України № 1-1/1852 від 22 липня 2013 року) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.president.gov.ua/docs/zvit\\_int\\_2013.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/zvit_int_2013.pdf).
7. Концепція реформування будинків дитини на період до 2017 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20081222\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20081222_0.html).
8. *Марушкевич А.А.* Можливості впливу сучасної сім'ї на зміцнення здоров'я дітей та молоді / *А.А. Марушкевич* // Вісник Запорізького національного університету. – 2010. – № 2 (13). – С. 77–81.
9. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / за ред. *Е.М. Лібанової*. – К. : Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2010. – 248 с.
10. Наказ Міністерства освіти і науки від 15.09.2008 за № 852. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1219-08>.
11. Наказ МОЗ від 31.12.2003 № 641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20031231\\_641\\_.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20031231_641_.html).
12. Офіційний сайт Дитячого фонду ООН «UNICEF» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/children\\_24095.html](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/children_24095.html).
13. *Панчишин Н.Я.* Захворюваність дитячого населення України та чинники, які впливають на здоров'я дітей / *Н.Я. Панчишин, В.Л. Смірнова, О.Я. Галицька-Хархаліс* // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2011. – № 2. – С. 131–132.
14. Підсумки роботи служб у справах дітей за 2011 рік: аналітичний-статистичний збірник. – Житомир : Житомирська обласна державна адміністрація, 2012. – 32 с.
15. Підсумки роботи служб у справах дітей за 2012 рік: аналітичний-статистичний збірник. – Житомир : Житомирська обласна державна адміністрація, 2013. – 32 с.
16. Підсумки роботи служб у справах дітей за 2013 рік: аналітичний-статистичний збірник. – Житомир : Житомирська обласна державна адміністрація, 2014. – 32 с.
17. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України про освіту щодо організації інклюзивного навчання» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [zakon.rada.gov.ua/go/869-VII](http://zakon.rada.gov.ua/go/869-VII).
18. Психоемоційний стан підлітків – учнів загальноосвітніх шкіл / *З.А. Нижник, Л.М. Слободченко, Н.В. Числовська та ін.* // Зб. наук. пр. співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2004. – Вип. 13. – Кн. 1. – С. 389–393.
19. Стан здоров'я школярів в Україні / *С.Л. Няньковський, М.С. Яцула, М.І. Чикайло, І.В. Пасечнюк* // Здоров'я ребенка. – 2012. – № 5 (40). – С. 109–114.
20. Стан та чинники здоров'я українських підлітків : монографія / *О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, О.Р. Артюх та ін.* ; наук. ред. *О.М. Балакірева*. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К. : «К.І.С.», 2011. – 172 с.
21. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік ; за ред. *Р.В. Богатирьової*. – К., 2013. – 464 с.

СУХОДОЛЬСЬКА Анна Сергіївна – аспірантка Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи Національної академії наук України.

Наукові інтереси:

– соціальне сирітство;

– демографічна поведінка.

Тел.: (093)798–64–34.

E-mail: [annetta888@mail.ru](mailto:annetta888@mail.ru).

Стаття надійшла до редакції 30.09.2014.