

На правах рукописи

Францева Виктория Олеговна

**Научное обоснование и разработка системы межсекторального
взаимодействия в решении медико-социальных проблем детей «группы
риска»
(социально-гигиеническое исследование)**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва -2011

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Ставропольская медицинская академия».

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор

Муравьева Валентина Николаевна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор

Шарапова Елена Ивановна

доктор медицинских наук, профессор

Чичерин Леонид Петрович

доктор медицинских наук, профессор

Зелинская Дина Ильинична

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Российский университет Дружбы народов».

Защита диссертации состоится «___» октября в ___ часов на заседании Диссертационного Совета Д.208.110.01 ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11

Автореферат разослан «___» _____ 2011 г.

Ученый секретарь Диссертационного Совета,

доктор медицинских наук

К.Г. Пучков

Общая характеристика работы

Актуальность: Два десятилетия трансформации общественно-политической, социально-экономической жизни России, и, как следствие, многочисленные проблемы российского общества – падение жизненного уровня с углубляющимся расслоением общества, снижение морально-нравственных ценностей, ускоряющийся процесс алкоголизации, наркомании, распространения инфекций, передаваемых половым путем, глубокая социальная разобщенность, безработица, происходящие на фоне лихорадящих общество реформ в области образования, здравоохранения, социальной сферы подорвали сложившиеся в стране традиции, изменили привычный образ жизни народа [В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, 2002; И.А. Госкин., 2006; Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова, 2006; А.Г. Шевченко, 2008]. Дети оказались заложниками происходящих в стране перемен. Победа либерально-демократического подхода к семье, ее роли и значимости в формировании личности в XXI веке оказали негативное влияние на воспитании подрастающего поколения [В.П.Зинченко, Е.Б.Моргунова, 1994; Т.М. Максимова, О.Н.Гаенко, В.Б.Белов, 2004; В.С.Полунин, Е.Д.Брюн, 2009; Schmid H., 2001; Jeynes W.H., 2001; Vakalahi H.F., 2001].

Трагическим результатом системного социально-экономического кризиса являются беспризорные, безнадзорные дети и социальные сироты. В результате миллионы детей остаются без попечения родителей или в социально опасном положении. По данным Второго международного инвестиционного Форума, до настоящего времени не известно истинное число беспризорных детей. Известно лишь расчетное количество от 400 тыс. до 1 млн. человек, из которых 40,0% беспризорные и 60,0% безнадзорные дети.

Создаваемые социально-реабилитационные центры, приюты, помогая справиться с решением проблем конкретных беспризорных детей,

не решают системную проблему социального сиротства. В результате проблема девиантного поведения детей и подростков в разной степени затронула все социальные слои общества и, соответственно, приобрела общегосударственный характер (Л.П.Чичерин, 1997; В.Зубенко, 2002). В разработке теории становления и развития личности большую роль сыграли труды наших отечественных философов и социологов [И.С.Кон, 1968; Л.И. Анциферова, 1990; В.С.Собкин, Н.И.Кузнецова, 1998; Н.В.Полунина, Ф.Э. Шереги, 2004 и др.]. Системность и сложность проблемы охватывают различные области знаний: биологию, генетику, физиологию, психологию, педагогику, медицину, социологию, детскую юриспруденцию, которые нашли отражение в трудах зарубежных и отечественных авторов [Jaff J.H. et al., 1994; Л.П.Чечерин и соавт., 1997; М.А.Иванова, 2000; Shofield P.E., 2001; Т.Б.Дмитриева, 2001; В.Г. Семенова, А.Е.Иванова, Е.В.Дубровина, 2005; Ю.В. Михайлова, 2009; Уткина Г.Ю, 2010]. В связи с вышеизложенным, проблема продолжает оставаться чрезвычайно актуальной как в научном, так и практическом плане.

Цель исследования: Разработать, научно обосновать и внедрить организационно-функциональную модель и механизм реализации межсекторального взаимодействия по организации медико-психологической, медико-социальной и правовой помощи детям из «группы риска», профилактике безнадзорности, беспризорности и преступности несовершеннолетних.

Задачи исследования:

1. Изучить действующее зарубежное и отечественное законодательство, регламентирующее правосудие по делам несовершеннолетних, опыт российских регионов по медико-социальной помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

2. Установить особенности физического, психоэмоционального и социально-психологического развития детей в критические периоды развития.

3. Оценить медико-социальное, психологическое и психоэмоциональное состояние детей и подростков в процессе их социализации.

4. Определить частоту и структуру девиаций и основные причины и факторы, влияющие на их развитие среди детей и подростков, и факторы формирования «группы риска» детского населения.

5. Установить медико-социальные и психоэмоциональные проблемы формирования здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и организацию им медицинской помощи.

6. Изучить медико-социальные, медико-психологические и социально-экономические аспекты безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних.

7. Разработать и внедрить научно обоснованную организационно-функциональную модель межсекторального взаимодействия по организации медико-социальной, медико-психологической, правовой помощи детям «группы риска» и профилактике безнадзорности, беспризорности и преступности несовершеннолетних.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в том, что:

- Изучен и обобщен научный и практический опыт работы государственных и негосударственных организаций по формированию и коррекции мотивационно-ценностных устремлений детей разных возрастных групп, методы и механизмы взаимодействия в решении проблем детей и подростков с отклоняющимся поведением.

- Проведен анализ зарубежного и отечественного опыта реализации ювенальных технологий и перспективы развития ювенального правосудия в России. Установлен фрагментарный ведомственный характер системы

отдельных законодательных актов правового обеспечения в решении проблем детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

- Установлены особенности процесса социализации детей и подростков в критические периоды развития с учетом гендерных и социальных характеристик.

- Определена частота и структура распространения признаков девиаций с учетом возрастных характеристик и сферы функционирования детей; установлены причины и факторы, способствующие формированию «группы риска» и девиантного поведения детского населения; выявлены особенности девиаций у городских и сельских детей и подростков, структура их распространения с учетом возрастных характеристик и сферы функционирования. Установлена взаимосвязь особенностей девиаций, вероятность и характер проблем у детей и подростков с нарушением внутрисемейных отношений в разных типах семей.

- На основании комплексной оценки здоровья и результатов углубленного обследования детей из «группы риска», определены особенности и характер выявляемой патологии у детей из «группы риска» и качество организации медицинской помощи.

- Установлена корреляционная связь поведения детей и подростков с состоянием их физического и психического здоровья, что послужило обоснованием для разработки организационно-инновационного подхода к взаимодействию системы здравоохранения, образования, социальной службы и МВД.

- Разработана концепция программы социальной защиты уличных детей и подростков, модель медико-социально-педагогической реабилитации детей, находящихся в социально опасных семьях.

- Изучен демографический состав беспризорных детей, характер миграции, состав групп и образ жизни беспризорных, мотивы бродяжничества, состояние здоровья и организация профилактики социального сиротства, безнадзорности и беспризорности.

- На основании проведенного комплексного социально – гигиенического исследования на методологических принципах системного подхода изучения сложной междисциплинарной медико-социальной проблемы детей «группы риска» впервые получены результаты, которые послужили научно-методической базой для разработки инновационных подходов и рекомендаций по выявлению признаков отклоняющегося поведения у детей, начиная с раннего школьного возраста, диагностике их особенностей на разных этапах развития ребенка, что позволяет проводить своевременные коррекционные и реабилитационные мероприятия.

- Разработана, апробирована и внедрена на муниципальном уровне научно обоснованная организационно-функциональная модель межсекторального взаимодействия по организации медицинской, социальной, правовой, психологической помощи детям «группы риска» и профилактике безнадзорности, беспризорности и преступности несовершеннолетних.

Научно - практическая значимость исследования:

Анализ деятельности органов исполнительной власти в сфере решения проблем несовершеннолетних позволил оценить накопленный опыт на региональном и муниципальном уровнях по медико-социальному обслуживанию несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации, профилактике безнадзорности и реабилитации детей и подростков с различными формами и степенью социальной дезадаптации.

Разработаны методические материалы и механизм обучения для работников различных сфер деятельности, программы и технологии по организации здравоохранительной, образовательной, социальной работы с детьми из «группы риска». Полученные результаты исследования использованы в разработке индивидуальных и групповых программ медико-социальной реабилитации несовершеннолетних из «группы риска», в разработке методики и технологии в области предупреждения социального сиротства, профилактики девиантного поведения и правонарушений несовершеннолетних.

Результаты комплексного исследования могут быть использованы при организации медико-социальной, педагогической и правовой помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, разработке лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий детям «группы риска».

Апробация результатов исследования.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на:

- Региональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики безнадзорности». - Ставрополь, – 2002 г.;
- Межрегиональной конференции «Здоровье города»: План действий сегодня. Партнерство бизнеса, личности и власти». - Ставрополь, 2004 г.;
- Всероссийской конференции «Здоровье города»: роль межсекторального сотрудничества в вопросах охраны и развития здоровья населения. – Ставрополь, 2006 г.;
- Международной конференции по проекту «Здоровые города». – Турку (Финляндия), 2006 г.;
- Международной научно-практической конференции «Здоровый город – здоровые дети». – Алма-Аты (Казахстан), 2006 г.;
- Межрегиональной конференции «Качество жизни детей с ограниченными возможностями», - Санкт-Петербург, 2006 г.;
- Краевой конференции работников образования «Здоровьесберегающие технологии современности». - Ставрополь, 2006г.;
- Российской научно-практической конференции «Межсекторальное партнерство». - Санкт-Петербург, 2009 г.;
- Всероссийской научно-практической конференции «Межсекторальное партнерство в решении социальных проблем молодежи». - Москва, 2009 г.;
- Всероссийской научно-практической конференции «Межсекторальное партнерство в решении социальных проблем молодежи». - Москва, 2010 г.

Личный вклад автора: Автор является организатором и исполнителем всех этапов исследования, разработки программы и плана комплексного изучения особенностей физического, психоэмоционального и социально-психологического развития в различные возрастные периоды

детей и подростков, оценки формирования здоровья детей, находящихся в трудных жизненных условиях и социально опасных семьях. Автором разработан методический инструментарий для проведения социологических опросов, организована работа по анализу механизмов, форм и методов медико-социальной помощи детям из «группы риска», проведен анализ ювенальных технологий в регионах России.

Автор непосредственно участвовала в сборе первичного материала, разработке программы обработки результатов исследования, осуществила обобщение и статистический анализ результатов исследования, участвовала в организации и проведении конкретных программных мероприятий.

При участии автора организована работа межсекторального взаимодействия по профилактике безнадзорности, беспризорности и преступности несовершеннолетних в Ставропольском крае, разработано ряд мероприятий в социальных программах по медико-социальной и социально -педагогической реабилитации детей, находящихся в социально опасных условиях, организован территориальный центр «Здоровье».

Внедрение результатов исследования:

Результаты комплексного исследования медико-социальной проблемы детей и подростков с отклоняющимся поведением использованы при разработке правовых, методических и организационных документов федерального, регионального и муниципального уровней, при разработке и реализации Федеральной целевой программы «Дети России» на 2006-2010гг.

Материалы исследования использованы при разработке и реализации комплексных целевых программ «Дети группы риска», «Профилактика злоупотребления психоактивных веществ молодежью в г. Ставрополе», «Охрана и укрепление репродуктивного здоровья детей и подростков г. Ставрополя», «Образование и здоровье», при разработке 10 учебно-методических пособий, в т.ч. «Социальная и правовая работа с несовершеннолетними и их семьями», «Сборник методических

материалов, содержащих описание программы по построению территориальной социальной помощи в отношении несовершеннолетних, столкнувшихся с законом», «Межсекторальное партнерство в решении правовых проблем несовершеннолетних», «Принципы формирования популяционных регистров «группы риска» развития дезадаптационных проявлений в критические периоды роста и развития детей», «Дифференцированная оценка возрастных профилей медико-биологических, психологических и социальных проявлений дезадаптаций детей в критические периоды их роста и развития в современных условиях».

Результаты и материалы исследования используются органами и учреждениями практического здравоохранения, службой социально-правовой помощи Ставропольского края и в учебном процессе на кафедрах социальной психологии, семейной этики и медицины, общественного здоровья и здравоохранения Ставропольского государственного университета, Ставропольской медицинской академии, курсах повышения квалификации социальных работников, педиатров, организаторов здравоохранения, юристов, педагогов.

Автор участвовала при проведении семинаров по различным вопросам межсекторального партнерства в решении медико-социальных, правовых проблем детей и подростков для специалистов 50 территорий РФ.

Результаты работы нашли применение в подготовке распоряжения Правительства Ставропольского края от 10.11.2006г. №3762 «Об утверждении Порядка выявления и постановки на учет семей и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении», от 02.10.2008г. №320 «О мерах по усилению профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в г. Ставрополе».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Реализация государственной политики, законодательное обеспечение, механизмы и методы, организационные технологии медико-

социальной, медико-психологической, педагогической работы с детьми из «группы риска» на региональном и муниципальном уровнях. Проблемы становления в России системы ювенальной защиты прав несовершеннолетних.

2. Особенности физического, психоэмоционального и социально-психологического развития детей в различные возрастные периоды. Медико-социальное, психологическое и психоэмоциональное состояние школьников и особенности процесса социализации в различные возрастные периоды с учетом гендерных и социальных характеристик детей.

3. Частота и структура распространения отклоняющегося поведения детей, основные причины и факторы формирования «группы риска» детского населения. Безнадзорность, беспризорность и преступность несовершеннолетних – как крайнее выражение девиантного поведения детей и подростков.

4. Медико-социальные и психоэмоциональные проблемы формирования здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, организация медицинской помощи детям «группы риска».

5. Организационно-функциональная модель межсекторального взаимодействия по организации медико-социальной, медико-психологической, правовой помощи детям «группы риска», профилактике и комплексной реабилитации безнадзорности и беспризорности.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 67 печатных работ, в том числе 17 в журналах, рекомендуемых ВАК, монографий - 7, методические рекомендации, утвержденные МЗ РФ - 1, учебно-методические пособия – 10, глава в книге – 1, руководства и пособия для врачей – 9.

Объем и структура работы: Диссертация состоит из оглавления, списка условных сокращений, введения, 9 глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы (187- публикаций отечественных и 77 – зарубежных авторов), материалов внедрения. Общий объем работы

составляет 303 страницы компьютерного текста. Диссертация иллюстрирована 129 таблицами, 19 рисунками и 8 схемами.

Содержание работы

Во введении обоснована актуальность темы, определены цель и задачи диссертационного исследования. Изложена научная новизна, научно-практическая значимость полученных результатов. Определены основные положения, выносимые на защиту.

В главе 1 представлен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы, касающийся особенностей физического, психоэмоционального и социально-психологического развития детей в различные периоды школьного и подросткового возраста и механизмов организации медико-социальной и реабилитационной помощи детям, находящимся в социально опасном положении. В научной литературе недостаточно данных, посвященных комплексной оценке организации и медико-реабилитационной, социально-педагогической, правовой помощи и профилактике безнадзорности, беспризорности и правонарушений несовершеннолетних. Анализ результатов исследований и статистических материалов свидетельствует о наличии комплекса проблем, в т.ч. медицинских, социальных, психологических у детей и подростков в период их развития и социализации. В то же время отмечается разрозненность деятельности учреждений, служб и ведомств в решении проблем с отклоняющимся поведением семей и детей, оказавшихся в кризисной жизненной ситуации. Многочисленные исследования по данной проблеме фокусируются внутри конкретной области знаний, которую представляют исследователи. В то же время проблемы детей с девиантным поведением, беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних носят сложный междисциплинарный характер, что диктует необходимость проведения исследований на принципах системного подхода и определило актуальность исследования.

В главе 2 представлены материалы и методы исследования.

Исследование проводилось в Ставропольском крае в период 2002-2010 гг. Сложный и междисциплинарный характер проблемы потребовал применения методологии системного подхода и комплексной оценки, включающей различные методы: контент-анализ, статистический, аналитический, медико-социологический, психологический, экспертных оценок, элементы психологического тестирования, организационного моделирования, программно-целевого планирования.

Междисциплинарный подход к достижению поставленной цели определил информационную базу исследования и выбор учреждений: детские медицинские учреждения, учреждения образования, центры социальной помощи семьям и детям, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, детские дома-интернаты, социальные приюты, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, центры временного содержания несовершеннолетних правонарушителей, ювенальные суды, органы опеки и попечительства, негосударственные организации, чья деятельность связана с реабилитацией несовершеннолетних правонарушителей. Кроме того, проведен анализ зарубежного и отечественного законодательства, регламентирующего правосудие по делам несовершеннолетних и профилактике детской безнадзорности, беспризорности и правонарушений.

Изучены и обобщены технологии комплексной профилактики и реабилитации несовершеннолетних разных возрастных групп, формы медико-социальной работы с семьями и детьми, профилактики их девиантного поведения и семейного неблагополучия, применяемые государственными и общественными структурами на территориях России.

В работе были использованы данные городского банка семей и детей из «группы риска», управления социальной защиты и работы с населением, управления исполнения наказания, данные государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания семьи и детей; сформированы базы для исследования и определена репрезентативная

выборка детей разных возрастных групп для выборочных углубленных исследований. Ими явились «Городские детские поликлиники №2 и №3, Клиническая поликлиника №6», «Детская городская клиническая больница имени Г.К.Филиппского»; Ставропольский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Доверие»; городской социальный приют «Росинка»; Средняя образовательная школа №34 (г. Ставрополь); Детский дом №16 (Апанасенский р-н); Сельская школа с. Дивное; Лицей №5 (г.Саврополь).

Общий объем выборочной совокупности составил 3936 детей и подростков, в том числе 1218 – из «группы риска», 327- из социально опасных семей, 928 – из социальных приютов, 482 – состоящих на учете КДН, 649 – учащихся образовательных учреждений, 168 – беспризорных, 117 – несовершеннолетних правонарушителей, 47 – условно осужденных.

Объектом исследования явились дети и подростки в различные возрастные периоды развития и социализации, дети и подростки с девиантным поведением, беспризорные, безнадзорные, несовершеннолетние правонарушители.

Предметом исследования явились организационные основы решения медико-социальных проблем несовершеннолетних.

Статистическая обработка информации осуществлялась на ПК с использованием программ Microsoft Excel, SPSS. При анализе информации применялся расчет частотных показателей, коэффициентов Спирмана (корреляционный анализ).

Программа исследования включала 7 основных этапов (схема 1).

Этапы исследования						
I этап	II этап	III этап	IV этап	V этап	VI этап	VI I этап
Анализ действующего зарубежного и отечественного законодательства, регламентирующего защиту прав детей, профилактику беспризорности, безнадзорности. Анализ и обобщение актуального научного и практического опыта внедрения ювенальных технологий в РФ; технологий медико-социальной работы с семьями и детьми, профилактике их социальной дезадаптации.	Анализ материалов КДН за десятилетний период, отделений по делам несовершеннолетних при РОВД, учреждений системы образования, органов опеки и попечительства, данных ведомственного учета учреждений здравоохранения, образования, семей и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении.	Формирование репрезентативной выборочной группы детей и подростков по возрастным критериям: 7-10 лет, 11-13 лет, 14-16 лет с учетом места жительства (город-село) из числа учащихся общих образовательных школ, лицеев, детских государственных учреждений (дет. дом №12, интернат). Изучение качества жизни детей, их физического, психоэмоционального и социально-психологического развития по блокам: физическое развитие, социальная адаптированность, интеллектуальное развитие, психоэмоциональное состояние, наличие проблем умственного развития.	Социологическое исследование по установлению факторов, влияющих на развитие девиаций у детей, структуры и степени аномального поведения в различные возрастные периоды. Оценка возрастных профилей медико-биологических, психологических и социальных дезадаптаций детей в критические периоды их роста и развития.	Оценка состояния здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Медицинское освидетельствование (сплошное) детей, находившихся в социальных приютах	Установление причин и факторов, влияющих на детскую безнадзорность, беспризорность и преступность несовершеннолетних, оценка состояния здоровья беспризорных и организация медицинской помощи данной категории детям.	Разработка и внедрение муниципальной организационно-функциональной модели межсекторального взаимодействия по решению проблем детей «группы риска». Разработка и реализация городской целевой Программы «Дети группы риска», организация муниципального центра «Здоровье» - как организационной структуры, обеспечивающей межсекторальное взаимодействие. Оценка результатов внедрения.
ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ И ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ						
Научные работы по проблеме девиаций в детском и подростковом возрасте. Объем исследования 264 источников литературы отечественных и зарубежных авторов. Законы, нормативно-правовые документы, приказы, программы по семейной политике РФ по изучаемой проблеме 1990- 2009 гг. (n= 186 документ). Результаты социологических исследований среди руководителей 643 учреждений из 41 региона РФ.	Материалы социальных приютов «Росинка» и центра медико-социальной помощи «Доверие» Ставропольского края 1997 - 2009 гг. Материалы комиссий по делам несовершеннолетних за 1997-2009 гг. (n=3156 дел) и 217 социальных паспортов. Статистические материалы Управления здравоохранения, отчеты Управления труда, социальной защиты и работы с населением, Управления образования.	Анкетные «Социально-гигиеническая характеристика детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации». (n=482). Анкетные «Карта психологического, социологического и психоэмоционального состояния школьников». Объем исследования 26 экспертов и 649 учащихся. Данные анкетирования 449 школьников, среди которых проведено психологическое тестирование по методу Г. Айзенка ЕР1, адаптированного А.Г. Шмелевым.	n=1218 детей «группы риска», 327 из семей находящихся в социально-опасном положении, 510 детей и подростков из социальных приютов, 482 несовершеннолетних, состоящих на учете КДН, 1052 Дел, поступивших в КДН. 1256 звонков телефона «Доверие» и 117 случаев правонарушений несовершеннолетними.	Данные медицинских карт Ф.Ф.№83 и 112/у, медицинской документации за период 2000-2009 гг. на детей, обратившихся в социальные приюты, центр «Здоровье» Ставропольского края за период с 1997-2009гг.(n=2804) Анализ медицинской документации на детей, поступающих в социальные приюты за период 1997-2009гг. (n= 928). Результаты углубленного диагностического обследования 280 детей, из которых 128 детей, пролечены в условиях стационара.	Отчеты о работе соц. приютов за 10 лет, результаты рейдов (n=342), матер-лы о работе ГБ с ББД*, дет.п-ки №3, отчеты КДН и дет.домов, матер. справки соц. защиты. Выборочная совокупность 168 беспризорных детей и подростков. Результаты углубленного медицинского обследования 120 ,беспризорных[детей.	Результаты диссертационного исследования. Реализованы в Целевой Программе «Дети группы риска» на 2000-2010 гг. Результаты работы территориального центра «Здоровье» за период с 2006 по 2009 гг.
Методы исследования						
Контент-анализ, статистический, аналитический, медико-социологический, психологический, экспертных оценок, элементы психол. тестирования, организационного моделирования, программно-целевого планирования.						
Практическая реализация результатов исследования						
Создан территориальный центр «Здоровье». Рез-ты деятельности центра «Здоровье» оценены за 3-х летний период работы. Разработаны и внедрены на муницип. и регион. уровнях Ставропольского края: Комплексная программа проф-ки правонарушений в городе с районным делением, Целевая программа «Дети группы риска» (2006-2010 гг.); информационно-методический сборник «Организация работы по проф-ке беспризорности, беспризорности и правонарушений несовершеннолетних: опыт города Ставрополя»; Приложения к решению Ставропольской городской думы: от 25.12.2002 г. № 258 методическое пособие для учителей, психологов, врачей, медсестер, соцработников, студентов ВУЗов «Медико-социальные аспекты охраны репродуктивного здоровья молодежи»; решение №166 Ставропольской гор. Думы от 28.11.2001 г. Целевые Программы: Развития образования в г. Ставрополе на 2004-2008 гг.; «Молодежь-будущее г. Ставрополя» на 2006-2008 гг.; «Подготовка, профес.переподготовка и повышение квалификации кадров г. Ставрополя» на 2007-2009 гг.						

Схема 1. Программа, методика и объем исследования.

*работа ГБ ББД – городской больницы с беспризорными и безнадзорными детьми

В главе 3 представлены особенности физического, психоэмоционального и социально-психологического развития детей в различные критические возрастные периоды. Повышенное внимание к развитию детей в период школьного обучения обусловлено огромной важностью этого периода в процессе формирования личности и значительной спецификой его протекания, обусловленных интенсивностью происходящих с ребенком психофизиологических перемен, наличием кризисных периодов, высокой значимостью внешних воздействий в формировании социальных качеств ребенка, его характера. Переходный возраст и воздействие внешних причин создают благоприятные условия для возникновения всевозможного рода патологических состояний в развитии как интеллектуального, так и физического здоровья ребенка. Для более достоверного анализа происходящих изменений в процессе развития и становления личности, исследуемая группа детей была разделена на 3 подгруппы: 7- 10 лет, 11-13 лет и 14-16 лет.

Результаты исследования в плане общей оценки состояния здоровья младших школьников свидетельствуют о выявлении у 22,1% аллергических проявлений, хронических заболеваний, не требующих систематического лечения - 24,5%, требующих лечения – у 21,4% респондентов. Максимальная часть проблем практически у каждого четвертого младшего школьника приходилась на физические и психоэмоциональные факторы, у каждого пятого – на нарушения интеллектуального развития. В социализации детей в раннем школьном возрасте наиболее важным является характер отношений, складывающихся с родителями и близкими людьми.

В 11-13 лет проблемы со здоровьем имели 38,0% подростков, из них 21,5% уже имели хроническую патологию, 15,0% - аллергические проявления, 12,2% - острые заболевания более 4-х раз в году, часть респондентов (1,0%) имели инвалидность. *Для психоэмоционального состояния* в данной возрастной группе наиболее характерными явились

приступы агрессии и злости, отмеченные у 40,0% респондентов. Каждый пятый ребенок в возрасте 11-13 лет проявлял признаки возбудимости, суетливости, раздражительности. Вместе с тем проявление депрессий, хотя и имело место у 13,0% респондентов, в основном носило редкий характер. Общая оценка психоэмоционального состояния в этой группе детей составила 3,82 балла (14,44%). *Проблемы в социализации* не были характерны для этой возрастной группы. Наличие *проблем умственного развития* и способность к обучению, по большей части исследуемых параметров, отметили 30,0% респондентов. Средний показатель проблемности интеллектуального развития составил 4,01 балла, или 21,19% от максимально возможного уровня.

Показатель проблемности *физического состояния* детей в возрасте 14-16 лет составил 3,5 балла (18,8%). В целом наличие *проблем со здоровьем* установлены у 64,8% респондентов. Максимальную часть проблем составили хронические заболевания (16,3%), требующие систематического лечения. Наихудшие показатели здоровья отмечены у воспитанников детских учреждений, в т.ч. частота распространения хронических заболеваний и случаев инвалидности. Наличие *проблем в психоэмоциональном состоянии* школьников старшего возраста составило в среднем в 4,55 балла (24,14%). Наиболее выраженные проблемы в различные возрастные этапы развития детей представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Проблемы в различные возрастные периоды развития детей (% и в баллах)

Проблемы	7-10 лет	11-13 лет	14-16 лет	7-10 лет	11-13 лет	14-16 лет
Вклад	в %			в баллах		
Физические нарушения	28,84	30,40	18,82	5,47	5,73	3,50
Психоэмоциональные нарушения	21,38	14,44	24,14	4,09	3,82	4,55
Социализация	16,30	21,19	18,17	3,12	2,76	5,46
Интеллектуальное развитие	21,39	21,19	28,23	4,10	4,01	5,46
Условия жизни	5,31	8,25	4,48			

Социальное функционирование старших школьников характеризуется нарастанием проблем в установлении контактов с

родителями. Ощущение неприспособленности к жизни отмечено 29,2% респондентами, трудности в общении с людьми имели – 29,4%, приверженность к вредным привычкам – 12,9%, склонность к противоправным поступкам – 16,1%. Максимальные сложности в социальном функционировании отмечались у воспитанников детских учреждений. Имеющиеся *проблемы в интеллектуальном развитии* в возрасте 14-16 лет оцениваются в 5,46 балла (или 28,23%). Плохая память и забывчивость отмечена у 35,0% респондентов (у 6,0% почти постоянно). Более 26,0% отметили плохое усвоение знаний, новых понятий и 17,5% - низкий самоанализ и контроль. Особые проблемы в сфере интеллектуального развития испытывали девочки подростки. Процесс социализации в подростковом возрасте характеризуется их способностью к общению. У 22,0% подростков были сложные взаимоотношения в семье, конфликты между братьями и сестрами (51,0%), наказание подростков в семьях (26,0%), непонимание со стороны родителей (23,0%). В результате сложившегося неблагоприятного семейного микроклимата у 13,0% подростков снижалась ценность семьи, 34,0% отметили отсутствие теплых взаимоотношений в семье.

Таким образом, по результатам исследования, установлены особенности в физическом, психоэмоциональном, социально-психологическом, интеллектуальном развитии и процессе социализации детей в различные возрастные периоды.

В главе 4 представлены результаты исследования по установлению факторов, влияющих на развитие девиаций у детей, оценка изменений и проблемы в личностном развитии школьников в различные возрастные периоды.

Среди исследуемых школьников признаки девиантности отсутствовали в младшей группе у 22,4%, в средней – у 20,5%, в старшей – у 29,6%. Ранжирование выявленных признаков девиаций по сферам функционирования школьников без учета гендерных различий показало,

что в младших группах преобладали проявления девиантного поведения психоэмоционального характера. На их долю в данной группе приходилось 53,1%, в 11-13 лет – 39,8%. Второе место у младших школьников занимали девиации, обусловленные слабостью интеллектуальной сферы (40,0% - в 7-10 и 31,6% - в 11-13 лет соответственно), третье – непониманием взрослых (6,3%). Непонимание со стороны взрослых в средней возрастной группе занимало четвертое место (10,8%). Наименьшая готовность детей к противоправным поступкам прослеживалась в младшей (0,6%) и старшей школьной группах (6,4%).

Для старшей школьной группы было характерным преобладание девиаций в интеллектуальной сфере (40,3%). Второе место занимали девиации в психоэмоционального плана – 20,4%, третье – непонимание взрослыми – 19,1%. Частота выявления признаков девиантности имела некоторые гендерные различия. Структура признаков девиантности по сферам функционирования с учетом гендерных характеристик в различных возрастных группах детей представлена на рисунках 1, 2,3.

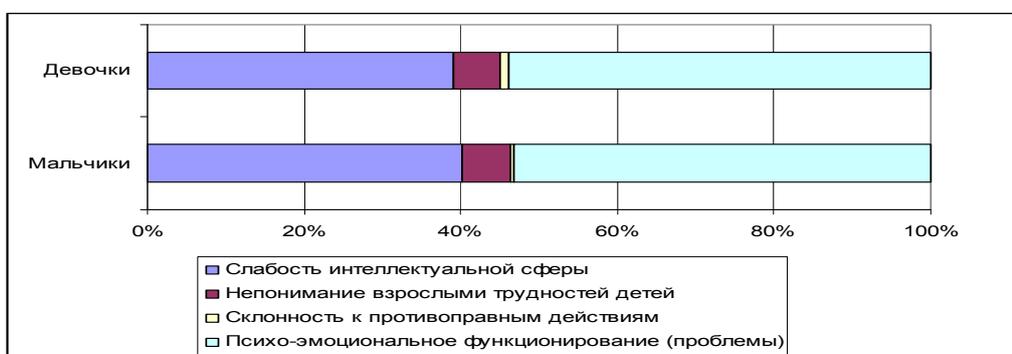


Рисунок 1. Структура девиантных признаков по видам функционирования у мальчиков и девочек 7-10 лет.

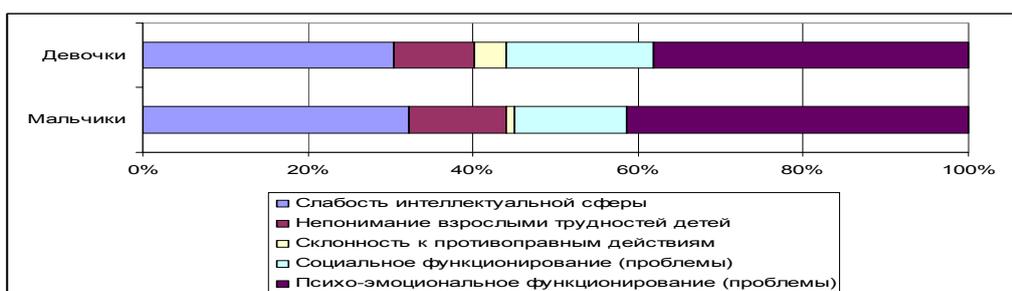


Рисунок 2. Структура выявленных нарушений в поведении по сферам функционирования у мальчиков и девочек 11-13 лет.

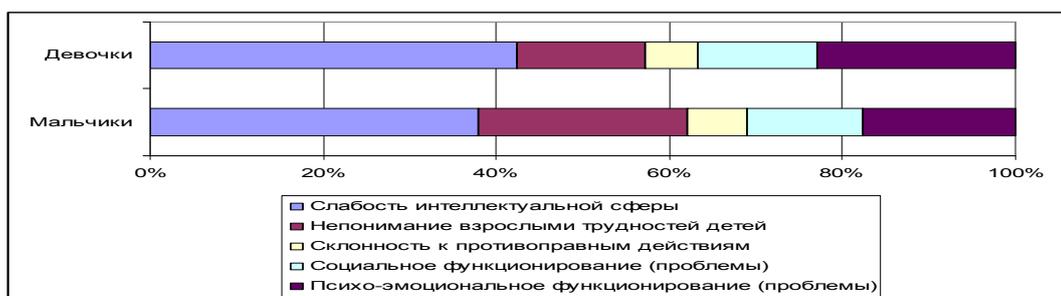


Рисунок 3. Структура выявленных нарушений в поведении по сферам функционирования у мальчиков и девочек 14 - 16 лет.

Обобщая результаты анализа характера и частоты распространения признаков девиации у школьников разного возраста, следует отметить:

- Признаки девиантного поведения достаточно часто наблюдались у школьников во всех возрастных группах. От 22,0 до 29,0% не имели проявлений девиантности. От 12 до 19% школьников имели по 1 девиантному признаку. В младшей группе 35,0% детей имели 5 и более признаков, в средней – 18,0%, в старшей -16,0%
- Максимальная доля (от 60 до 80%) выявленных признаков девиантности относится к группе «иногда» и «очень редко» возникающих, что не дает право отнести ребенка к числу лиц с девиантным поведением, и может расцениваться как незначительные отклонения в его функционировании. Особого внимания заслуживают группы с «часто» и «почти всегда» имеющими место проявлениями девиантного поведения. Структура признаков девиантности по сферам функционирования с возрастом школьников претерпевает существенные различия, что проявляется в снижении психоэмоциональных нарушений, росте нарушений в интеллектуальной сфере и повышении склонности к противоправным действиям.
- Половая принадлежность ребенка не играет заметной роли в частоте распространения девиаций в средней и старшей группах, лишь небольшое различие имелось у младших школьников. Гендерные различия проявлялись в динамике структуры признаков девиантности по сферам функционирования.
- Максимальное число детей с признаками девиаций было в детских учреждениях. С возрастом в детских учреждениях резко возрастали девиации в интеллектуальной сфере и области правонарушений. В лицеях при самой низкой, по сравнению с другими учреждениями, доле интеллектуальных девиаций происходил рост девиаций, связанных с непониманием взрослых.

В главе 5 представлены результаты исследования по установлению причин и факторов развития девиантного поведения, формирования «группы риска» детского населения.

Результаты социологического исследования и проведенный корреляционный анализ позволили структурировать факторы на две группы: способствующие формированию девиантного поведения и препятствующие ему. Установлено 15 позитивно направленных факторов и 9 – негативно действующих на формирование девиантного поведения школьников в разные критические периоды развития. Установлены особенности девиаций в младшем школьном возрасте: отсутствие четкого внутриличностного «ценностного» ядра, сформированных внутренних

установок на стиль позитивного поведения, независимого от внешней среды; неспособностью преодолевать себя в сложных внешних обстоятельствах, слабостью психофизиологической системы личности и недостатком жизненного опыта; отсутствием должного самоконтроля, умения сдерживать эмоции; поверхностное восприятие себя и социума; отсутствием сформированного гражданского чувства, ощущения собственной принадлежности к социальной общности и ее традициям. В 11-13 летнем возрасте решающую роль играет качество внутрисемейных отношений. Девиантные модели поведения свойственны подросткам, у которых утрачены близкие семейные связи. Вторая группа факторов связана с наказаниями, вплоть до рукоприкладства, непониманием со стороны родителей. Внутрисемейные факторы развития девиантности в этом возрасте получают определенное подкрепление в виде негативов, почерпнутых из внешней среды.

В группе подростков 14-16 лет сохраняют свою негативную роль неблагоприятные внутрисемейные факторы: отсутствие взаимопонимания с братьями и сестрами, обида на родителей, вызываемая невниманием с их стороны, применением мер наказаний. В то же время доминирующими дополнительными причинами, влияющими на развитие девиантного поведения, становятся психофизиологические факторы, усугубляющие неврогенность подростка. Третья группа факторов связана с воздействием внешней среды. На детей в 14-16 лет начинают оказывать все большее влияние неблагоприятные факторы, приходящие из мира взрослых, которые становятся притягательными для подростка.

Таким образом, сочетание трех групп факторов: семейных (недоброжелательные отношения к подростку), психофизиологических (обусловленные слабостью неврологических и психических процессов) и искаженные духовно-культурологические представления приводят к развитию у подростка девиантного поведения.

В главе 6 представлены медико-социальные проблемы формирования здоровья детей с девиантным поведением. Ретроспективная оценка состояния здоровья детей, находящихся в городском социальном приюте «Росинка» по данным медицинской документации проведена за период 1997-2009 гг. За 2009 – 2010 гг. проведена сплошная диспансеризация детей и углубленное диагностическое обследование 280 детей и 128 детей, пролеченных в условиях стационара. Установлено, что преимущественную часть в структуре зарегистрированных заболеваний у детей, пребывающих в условиях приюта, занимали психические расстройства и расстройства поведения (23,0%). На втором месте были болезни нервной системы (21,0%), далее по мере убывания болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, врожденные аномалии развития, болезни глаз и его придатков, а также другие заболевания, обусловленные условиями проживания в социально опасных семьях (рис. 4).

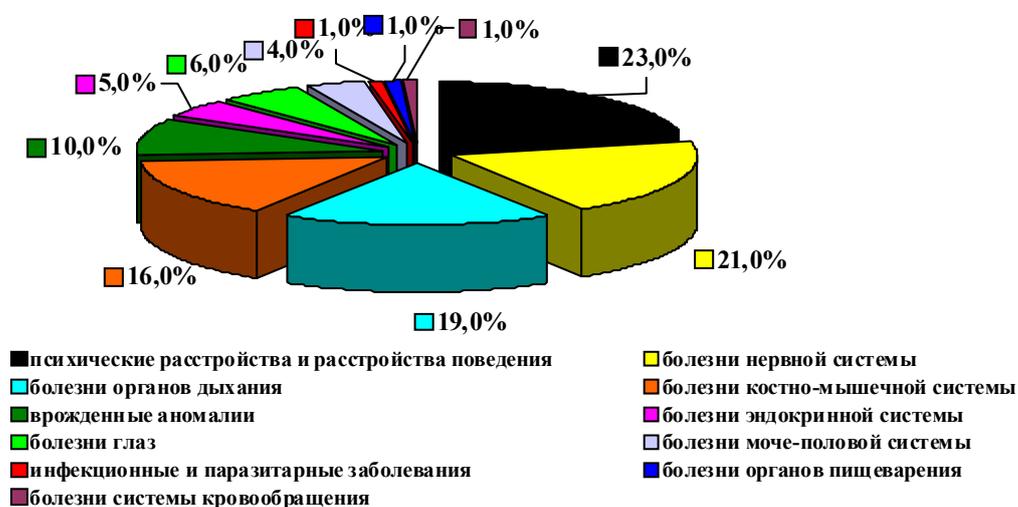


Рисунок 4. Структура зарегистрированных заболеваний у детей, пребывающих в условиях социального приюта (% к общему числу).

Проведенный анализ показал, что дети из социально-неблагополучных семей становились инвалидами или приобретали хронические заболевания в связи с несвоевременным и неполным обследованием и медицинским наблюдением. Установлено, что до

оформления в социальный приют большинство детей не проходили медицинского освидетельствования состояния здоровья. По результатам медицинского освидетельствования, большинство детей были отнесены к третьей группе (81,9%) здоровья, ко второй группе - 13,6% и лишь 4,5% - в первую группу здоровья.

Таким образом, в структуре установленных заболеваний у детей основную часть занимала патология нервно-психического характера. У 75,0% детей установлена умственная отсталость, что доказывает значительную роль в развитии отклоняющегося поведения-состояния здоровья. Тревожным является ситуация по впервые выявленной врожденной патологии, ее структуре и убедительно доказывает необходимость разработки системы организации лечебно-реабилитационных мероприятий среди дисфункциональных семей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В главе 7 представлены медико-социальные проблемы безнадзорности, беспризорности и правонарушений несовершеннолетних. Результаты проведенного исследования среди беспризорных и безнадзорных детей и подростков показали, что основная часть данной категории детей уже давно прекратили занятия в школе, состояли на учете в милиции, комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав. При этом 19,5% детей ночевали на улице и 34,1% - проживали в детском доме. Наркотические вещества (в основном ингалянты – клей, бензин, алкоголь и никотин) употребляли 92,8% беспризорных детей, в том числе 70,3% начали употреблять еще в условиях проживания в семье, т.е. еще до попадания на улицу. Основной причиной ухода из дома для большинства детей (56,4%) послужили постоянные побои родителей, плохие взаимоотношения и насилие. Для 40,5% подростков причиной ухода из семьи стало употребление родителями наркотических веществ. В связи с неблагополучием в семье, периодически уходили из дома 68,2% и практически постоянно не проживали дома 18,6% детей. Чаще

оказывались на улице дети из многодетных (38,3%) и неполных семей (18,2%), а также дети, которые воспитывались бабушками и дедушками (17,1%).

Две трети беспризорных являются «устойчивыми бродягами», однако ежегодно около 30,0% становятся беспризорными впервые и в дальнейшем именно эта часть детей-беспризорников либо возвращается к «домашней жизни», либо пополняет число членов устойчивой группы беспризорных. Установлено преобладание группового бродяжничества (82,6%), формируя круг «друзей». Опрос беспризорных показал, что лишь 25,0% питаются регулярно, 62,0% - где и как попадет, голодает – каждый пятый. Источники проживания беспризорников – попрошайничество (52,7%), воровство или мошенничество (41,2%), разовая подсобная работа – 27,1%, «содержание» у взрослых членов групп – 17,2%, проституция – 14,2%. В пределах 5,0% беспризорников вовлекались в торговлю наркотиками. Неблагоприятный образ жизни беспризорных детей, плохое питание, неадекватная одежда – факторы формирования неудовлетворительного состояния здоровья. Установлено, что каждый третий беспризорный имеет хронические заболевания, доля частоболеющих составила более половины. В случае болезни 60,0% детей и подростков не получали медицинской помощи. Для большинства беспризорных детей и подростков с 10-11 лет (91,2%) характерно потребление алкогольных напитков и суррогатов. Употребляют наркотики в среднем с 13 лет – 31,5%. Опыт половой жизни с 13-14 лет имеют в среднем 46,8% подростков. Результаты психологического тестирования показали низкую эмоциональную устойчивость беспризорных детей (25%), высокий уровень тревожности (у 66,7%), высокую готовность приобщения к различным преступным группировкам.

Таким образом, по всем анализируемым шкалам результаты исследования свидетельствуют о выраженной социальной дезадаптированности детей – беспризорников. Среди ведущих факторов,

приводящих детей к уличной жизни, следует отметить: социальные (алкоголизм и наркомания родителей, жестокое обращение с детьми, криминализация ближайшего окружения, безработица родителей, многодетность, низкий материальный уровень, неполная семья и т.д.), педагогические (педагогическая запущенность) и психологические (психические отклонения), отставание в умственном развитии, инфантильность и т.д.). Результаты исследования свидетельствуют о том, что нуждаемость детей беспризорников в комплексных мероприятиях до настоящего времени остается важнейшей проблемой властных структур и общества.

В главе 8 представлены результаты анализа действующих зарубежных и отечественных законодательных актов, регламентирующих правосудие по делам несовершеннолетних, опыт российских регионов по медико-социальной помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, а также результаты социологического опроса руководителей и работников служб и ведомств, чья деятельность связана с решением проблем несовершеннолетних.

В настоящее время под руководством Организации Объединенных Наций (ООН) сформированы международные стандарты в области защиты прав несовершеннолетних, определены стратегия, международные правила, рекомендации, которые объединяют реабилитационную, правовую и восстановительную модели работы с несовершеннолетними. Согласно руководящим принципам ООН, особая роль должна отводиться политике предупреждения девиантного поведения, интеграции детей и подростков через семью, школу, общественные движения, профессионально-техническую подготовку, трудовую занятость.

Проведенный анализ показал, что современные модернизации ювенальной юстиции, действующей в большинстве стран мира, шли в двух противоположных направлениях: 1) создание более совершенного суда,

занимающегося делами несовершеннолетних; 2) создание несудебного административного органа по делам несовершеннолетних.

Основные положения государственной политики в отношении несовершеннолетних и защиты их прав и интересов закреплены в Конвенции ООН о правах ребенка. Российская Федерация выступила преемником международно-правовых обязательств Советского Союза. Однако, несмотря на то, что Конвенция была ратифицирована Россией почти 15 лет назад, в 1998 – 1999 г.г. были приняты Федеральные законы от 24.07.1998 г. № 124 – ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и от 24.06. 1999 г. № 120 – ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», подчеркивающие важность правовой защиты детей, приходится констатировать, что законодательная база защиты прав несовершеннолетних в России находится в стадии формирования. Главенствующая роль в определении правового статуса личности принадлежит Конституционному праву. Основной Закон определяет правовой статус несовершеннолетнего в государстве и обществе как совокупность прав, свобод и обязанностей, которыми он наделяется как субъект правоотношений, возникающих в процессе реализации норм всех отраслей права. Исследование зарубежного опыта по защите прав ребенка обусловлено возможностью и необходимостью использования в России международных принципов и механизмов, закрепленных в нормах международного права, следовать которым Россия обязалась в Основном Законе страны – Конституции.

Для выработки предложений по оптимизации защиты прав несовершеннолетних, профилактики и реабилитации безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, развитию ювенального права в России проведен анкетный опрос с последующей экспертной оценкой результатов среди 643 руководителей и работников ведомств, служб и учреждений, чья деятельность связана с решением проблем

несовершеннолетних. По мнению 79,5% респондентов, проблема детско-подросткового девиантного поведения, преступность несовершеннолетних и ее предупреждение остаются чрезвычайно актуальными для России и попытки решить ее средствами и возможностями одной лишь юридической практики, склоняющейся к карательным мерам перевоспитания, не приносит желаемых результатов. По данным экспертной оценки, необходима интеграция органов правопорядка с органами социального развития, здравоохранения, образования, общественными, религиозными организациями в целях выработки новых подходов и способов коррекционного воздействия на несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и криминогенной среде.

По данным опроса установлено, что социальные, медицинские работники, педагоги, сотрудники КНД испытывают высокую заинтересованность в освоении новых форм и технологий работы с несовершеннолетними «группы риска» и их семьями. По мнению большинства (92,3%) опрошенных ювенальная юстиция в регионах либо практически отсутствует, либо находится в зачаточном состоянии. Установлена высокая степень значимости развития в качестве правовых норм и процедур восстановительной модели, необходимость проведения реабилитационной работы на уровне семьи, учебного заведения, окружения подростка. Также выявлена высокая степень заинтересованности респондентов по освоению в России зарубежного опыта ювенального права, ювенальных технологий, в т.ч. по семейным восстановительным процедурам, опыта регионов России по реализации ювенальных технологий.

В главе 9 представлены концептуальная основа, принципы и механизмы реализации системного подхода к решению медико-социальных, медико-психолого-педагогических, правовых проблем детей с отклоняющимся поведением. Дано описание организационно-

функциональной модели межведомственного взаимодействия по профилактике девиантного поведения, безнадзорности и преступности несовершеннолетних на примере г. Ставрополя. Представлены направления, структурные и организационные технологии усиления роли здравоохранения в системе межсекторального взаимодействия по решению проблем несовершеннолетних, своевременной диагностике нарушений здоровья и проведению лечебных, коррекционных, оздоровительных и профилактических мероприятий.

Концептуальной основой государственной политики в отношении несовершеннолетних с отклоняющимся поведением является:

- гуманизация превентивной практики, преобладание защитных мер над мерами наказания и принуждения; профессионализация в воспитательно-профилактической и защитной деятельности, подготовка специальных кадров медицинских, социальных работников, психологов, социальных педагогов, специализирующихся на практической работе по коррекции отклоняющегося поведения детей и подростков, оздоровлению условий их семейного и общественного воспитания, воспитания на потребность здорового образа жизни; усиление роли медицинской и психологической помощи и поддержки в коррекции отклоняющегося поведения детей и подростков, реабилитации несовершеннолетних с различными формами социальной и психологической дезадаптации; признание семьи в качестве ведущего института социализации детей и подростков, осуществление мер социально-правовой, социально-педагогической, медико-психологической помощи, прежде всего, семьям группы социального риска;

Основополагающим условием системного подхода к решению многообразия проблем несовершеннолетних является переход от применения ювенальных технологий к построению ювенальной системы защиты прав несовершеннолетних, которая представляет собой комплекс механизмов юридического, социально-корректирующего, медицинского,

психолого-реабилитационного, воспитательно-превентивного характера, направленных на обеспечение благополучия несовершеннолетнего в обществе и реализующихся в рамках деятельности специализированных служб и учреждений ювенального профиля. Системный подход основан на необходимости понимания причин девиантного поведения с целью извлечения несовершеннолетнего из неблагоприятных условий окружающей среды, оказывающей на него отрицательное влияние и поиске эффективных индивидуальных способов воздействия, позволяющих предотвратить дальнейшее негативное развитие.

Результаты социологического исследования в 41 субъекте России по анализу проблем и направлений совершенствования работы служб и ведомств показало, что важнейшим условием повышения эффективности их работы является профессиональная адаптация кадров – информационно-теоретическая, методологическая, практическая и психологическая подготовленность, профессиональная переподготовка кадров к работе в качественно новой системе профилактики, правосудия, реабилитации, информационно-методологическое обеспечение с учетом специфической деятельности работников различных ведомств.

Механизмом реализации системного подхода к решению проблем несовершеннолетних с отклоняющимся поведением, профилактике безнадзорности, беспризорности, социального сиротства, предупреждения правонарушений был избран программно-целевой принцип.

Научно обоснована, разработана и реализована целевая городская программа «Дети группы риска», утвержденная Постановлением главы города и городского законодательного собрания на 2006-2010гг.

Основные задачи программы:

- проектирование и создание структур, необходимых для полноценного функционирования системы медицинской, психологической и социальной и правовой работы с дезадаптированными детьми и подростками; реорганизация и переориентация части существующих

социозащитных структур с целью их включения в систему межведомственного сотрудничества; создание механизма разработки и апробации локальных подпрограмм, позволяющих решать отдельные проблемы в детской, подростковой и молодежной уличной среде по мере их возникновения; разработка механизмов социально-профессиональной адаптации подростков и молодежи; реорганизация системы медицинского обеспечения и бесплатного питания для беспризорных и безнадзорных детей с целью её максимальной адресности и эффективности; изучение уличной и подростковой среды, создание системы социального мониторинга.

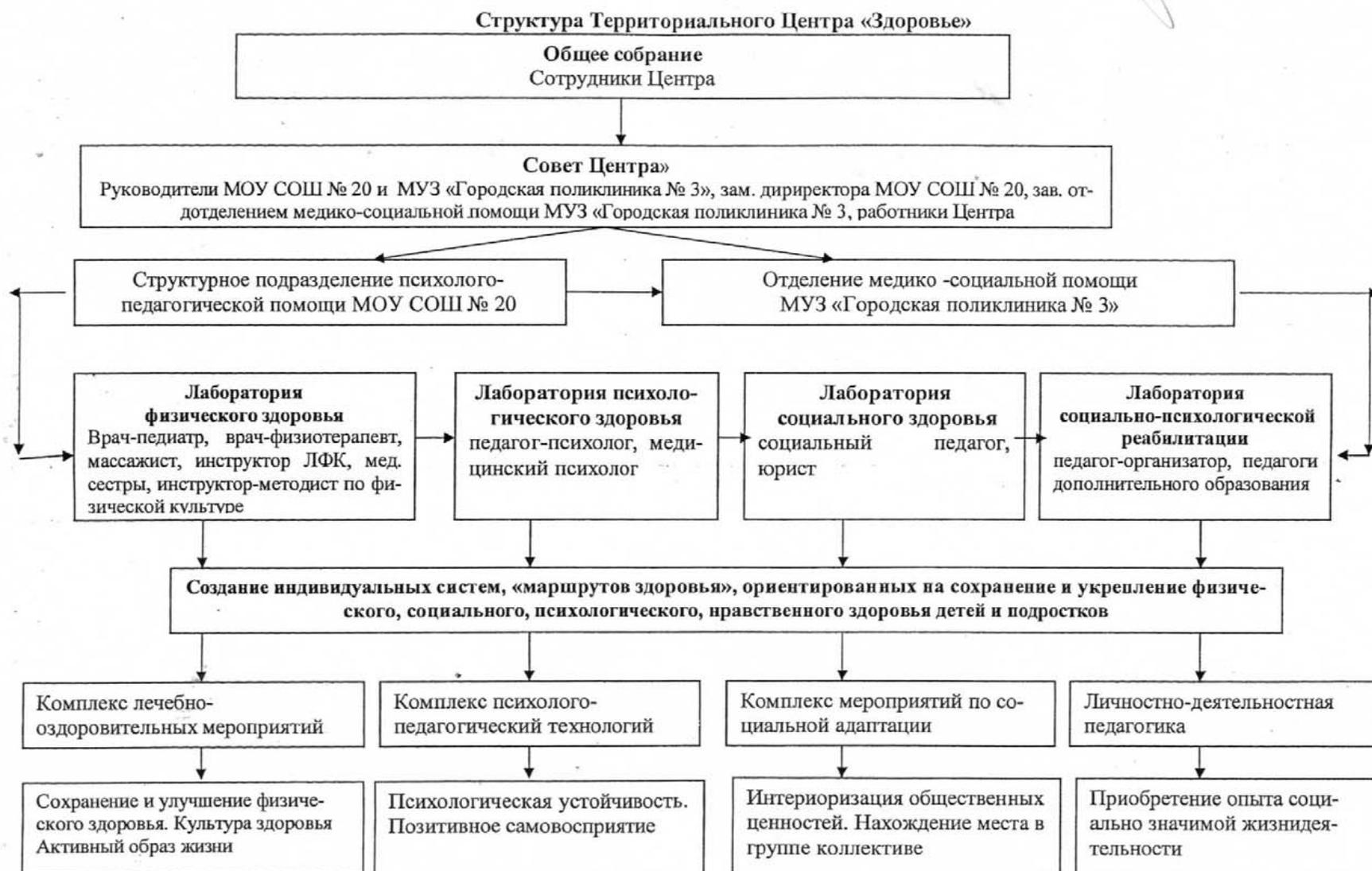
В результате исследования установлено, что сложная жизненная ситуация, в которой оказываются дети, неблагоприятно отражается на состоянии их здоровья. Для организации и оказания медико – психологической, реабилитационной и профилактической помощи детям «группы риска», координации межведомственного сотрудничества в г. Ставрополе был создан территориальный Центр «Здоровье» (схема 2). В центре «Здоровье» ежегодно проходят диспансеризацию 1500 – 1800 детей данной группы с последующим лечением и оздоровлением в санаторно-курортных учреждениях края. Уникальность центра заключается в организации тесного взаимодействия между медицинскими работниками, педагогами, педагогами-психологами, социальными работниками и юристами. Система мероприятий, с учетом индивидуальных особенностей детского возраста, направлена на профилактику и снижение заболеваемости, сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, а также на формирование у них потребности в здоровом образе жизни. Центр «Здоровье» генерирует информацию из различных структур, чья деятельность связана с несовершеннолетними из «группы риска», для мониторинга и оценки ситуации, разрабатывает мероприятия по медико-социальной, медико-психологической, правовой помощи детям из «группы риска». Медико-психолого-педагогическая коррекция,

профилактика и оздоровление детей проводится по групповым и индивидуальным программам. По окончании курса оздоровительных процедур проводится новый диагностический срез для установления результатов работы.

Особое внимание уделяется индивидуальной работе с несовершеннолетними по снятию эмоционального напряжения в состоянии фрустрации, сопровождению в процессе реабилитационной работы и коррекции индивидуальных проблем.

Апробация и внедрение организационно-функциональной модели межсекторального взаимодействия по организации медико-социальной помощи детям «группы риска», профилактике безнадзорности, беспризорности и преступности несовершеннолетних доказало её высокую эффективность, интегральным показателем которой является снижение преступности несовершеннолетних на 26,0 %, групповой преступности - на 24,1% , в том числе на 16,0% число преступлений, совершенных в группах только несовершеннолетних, уменьшилось число преступных деяний, совершенных несовершеннолетними в состоянии алкогольного опьянения, нигде не работающими и не учащимися подростками – на 30,4%. Ежегодно получают медико-социальную помощь в пределах тысячи детей, из них 4,2% передается под опеку, 33,3% – возвращается в родные семьи, 21,3% – в государственные учреждения, 11,6% – другие формы устройства.

Системный подход к решению проблем несовершеннолетних, совершенствование взаимодействия с усилением координирующей роли здравоохранительных структур показал эффективность разработанной организационно-функциональной модели. В заключении работы подведены результаты исследования.



Выводы

1. Кардинальные изменения условий жизни населения страны, переход его значительной части в когорту бедных, возросшая напряженность в обществе, нездоровый образ жизни и вредные привычки оказывают самое непосредственное негативное влияние на здоровье не только взрослого населения, но и на растущий организм ребенка, формирование различных по генезу расстройств – нейроэндокринных, психических, психосоматических, развитие и проявление которых имеет специфику в разные возрастные периоды детства. Периодичность и последовательность в процессе онтогенеза организма, физиологических, анатомических, метаболических, нейрогуморальных изменений определяют конкретные возрастные периоды, когда неблагоприятные факторы с большей вероятностью приводят к болезням, задержке развития, снижению способности к обучению, агрессии, употреблению наркотических веществ, девиантному поведению. Разработка и проведение мероприятий по профилактике отклонений в поведении детей и подростков, проведение коррекционных и реабилитационных воздействий должны учитывать периоды детства и, прежде всего, критические периоды, когда гормональная и психологическая перестройка при негативном воздействии условий окружающей среды является базисом социальной дезадаптации.

2. Результаты исследования показали, что динамика перемен, происходящих в физическом, социальном и психическом развитии детей разного возраста неоднозначна. В младшем школьном возрасте и в 11-13 лет преобладали нарушения физического развития, интеллектуальные, психоэмоциональные нарушения, в меньшей степени – социальное функционирование. В старшем школьном возрасте нарастали интеллектуальные и психоэмоциональные нарушения. Максимальный рост проблем среди старших школьников имел место в сфере социальной адаптации. Состояние психоэмоционального функционирования резко ухудшалось у старших школьников по сравнению

со средним школьным возрастом (в 1,9 раза). Проблемы интеллектуальной сферы у детей к старшему возрасту увеличивались в 1,3 раза. У каждого десятого школьника ухудшались отношения с родителями, снижались социальная мотивация поведения и духовно-нравственный уровень.

3. Анализ факторов, влияющих на формирование девиантного поведения в разных возрастных группах школьников показал, что в раннем школьном возрасте ведущую роль занимает ориентированность ребенка на завоевание наиболее значимых позиций, не подкрепленная ни реальным самоанализом, ни самоконтролем, что приводит его к внутренним противоречиям и ухудшению контактов со сверстниками. В раннем подростковом возрасте среди негативных факторов преобладают сложные взаимоотношения в семье и школе, высокая восприимчивость к навязываемым СМИ образцам «современных героев». В 14-16 лет роль семейной атмосферы не теряет значения, но усиливаются психофизиологические нарушения.

4. Сформулированный экспертами перечень признаков девиантного поведения школьников, с учетом возрастных характеристик, позволил выделить группу детей без признаков девиантности, составляющих не более 29,6% в разных возрастных группах. Среди школьников с признаками девиантности большинство составляют дети с «редко и иногда» проявляющимися отклонениями в поведении (от 40,0 до 80,0% в структуре различных признаков девиации). В структуре признаков по частоте проявления у 7-10 летних на «почти всегда» проявляющиеся признаки девиаций приходится от 1,0 до 20,0%, у 11 – 13- летних – от 17,0 до 40,0%, у 14-16 – летних от 8,0 до 25,0%. В группе старших школьников выявлено увеличение склонности к правонарушениям, слабая социальная адаптированность, особенно среди воспитанников детских учреждений.

5. В структуре заболеваемости детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, основную часть занимала патология, связанная с психическими расстройствами и расстройствами поведения (23,0%), нарушениями со стороны нервной системы (21,0%), заболеваниями органов

дыхания (19,0%), костно-мышечной (16,0%) и др. У каждого пятого ребенка была бронхиальная астма, лишь у 1/5 части детей не проявлялась умственная отсталость. Установлено, что 81,3% отклонений в состоянии здоровья детей были выявлены впервые в условиях приютов. Высокая доля детей с поздним медицинским освидетельствованием здоровья, выраженными нервно-психическими и другими нарушениями свидетельствуют о недостатках в организации медицинской помощи данной категории детей, отсутствии мониторинга состояния здоровья и диспансерного наблюдения детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

6. Сложившаяся ситуация свидетельствует, что важную роль в системе межведомственного взаимодействия должны играть органы управления здравоохранения, которые организуют: выявление, учет, обследование при наличии показаний медицинского характера и лечение несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные или одурманивающие вещества, а также осуществление других входящих в их компетенцию мер по профилактике алкоголизма, наркомании и токсикомании несовершеннолетних; медицинское освидетельствование несовершеннолетних, оставшихся без попечения или законных представителей, и подготовку рекомендаций по их устройству с учетом состояния здоровья, содействие органам опеки и попечительства в их устройстве; обследование и лечение несовершеннолетних, страдающих этими заболеваниями, выявление источников социально значимых заболеваний; оказание консультативной помощи работникам органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также родителям или законным представителям несовершеннолетних;

7. Анализ проблем безнадзорности, беспризорности и правонарушений показал, что ведущими факторами, приводящими к уличной жизни являются: социальные (алкоголизм и наркомания родителей, жестокое обращение с детьми, криминализация ближайшего окружения, безработица родителей,

многодетность, низкий материальный уровень, неполная семья и т.д.), педагогические (педагогическая запущенность) и психические отклонения (отставание в умственном развитии, инфантильность и т.д.). Результаты исследования свидетельствуют о социальной дезадаптированности безнадзорных и беспризорных детей. Практически каждый второй подросток уходил из дома в связи с побоями родителей или воспитателей. В результате тестирования установлена низкая эмоциональная устойчивость у беспризорных детей (у 25,0%), высокий уровень тревожности (у 66,7%), эмоциональный дискомфорт (91,7%), стремление к доминированию (75,0%) и уходу от проблем (83,3%). Наркотические вещества (в основном ингалянты) употребляют 92,8% беспризорных детей, 75,0% - питаются «где и как попало», 20,0% детей – голодают.

8. Неблагоприятный образ жизни беспризорных детей, плохое питание, неадекватная одежда – факторы формирования неудовлетворительного состояния здоровья. Установлено, что каждый третий беспризорный имеет хронические заболевания, доля частоболеющих составила более половины. В случае болезни 60,0% детей и подростков не получали медицинской помощи. Среди беспризорных детей и подростков с 10-11 лет потребляют алкогольные напитки и суррогаты – 82,0% детей. Употребляют наркотики в среднем с 13 лет – 31,5%. Опыт половой жизни в среднем с 13-14 лет имеют 46,8% подростков.

9. Концептуальной основой государственной политики в отношении несовершеннолетних с отклоняющимся поведением является:

- гуманизация превентивной практики, преобладание защитных мер над мерами наказания и принуждения;

- профессионализация в воспитательно-профилактической и защитной деятельности, подготовка специальных кадров медицинских, социальных работников, психологов, социальных педагогов, специализирующихся на практической работе по коррекции отклоняющегося поведения детей и

подростков, оздоровлению условий их семейного и общественного воспитания, воспитания на потребность здорового образа жизни;

- усиление роли медицинской и психологической помощи и поддержки в коррекции отклоняющегося поведения детей и подростков, реабилитации несовершеннолетних с различными формами социальной и психологической дезадаптации;

- признание семьи в качестве ведущего института социализации детей и подростков, осуществление мер социально-правовой, социально-педагогической, медико-психологической помощи, прежде всего, семьям группы социального риска.

Решение сложных проблем детей с аномальным поведением требует объединения усилий органов, ведомств и учреждений, деятельность которых связана с решением задач здравоохранительного, социального, психологического и нравственного развития детей, чья жизнь отягощена семейным неблагополучием, школьной дезадаптацией и ослабленным здоровьем.

10. Результаты анализа международных и отечественных законодательных актов и опыта их реализации в Российской Федерации свидетельствуют, что нормативно закрепленные положения о правах детей до настоящего времени в России носят, в основном, декларативный характер, поскольку не обеспечены механизмами их реализации и не сформирована система ювенальной защиты несовершеннолетних. Проблема детско-подросткового девиантного поведения, преступность несовершеннолетних и ее предупреждение по результатам исследования остаются чрезвычайно актуальными для России и попытки решить ее средствами и возможностями одной лишь юридической практикой, склоняющейся к карательным мерам перевоспитания, не приносят желаемых результатов. Согласно результатам исследования, главным направлением совершенствования организации профилактики отклоняющегося поведения детей и подростков, детской безнадзорности и беспризорности является реализация комплексного

подхода обеспечивающего: диагностику социума и причин, продуцирующих разные девиации, безнадзорность, беспризорность, организацию профилактической помощи на всех стадиях развития девиантного поведения, создание всего спектра медицинских, социальных, психолого-педагогических, экономических и правовых услуг несовершеннолетним «группы риска».

11. Апробация и внедрение разработанной организационно-функциональной модели межведомственного взаимодействия по организации медико-социальной, медико-психологической, правовой помощи детям из «группы риска» и профилактике безнадзорности, беспризорности и преступности несовершеннолетних позволила снизить преступность несовершеннолетних на 26,0 %, групповую преступность - на 24,1%, в том числе на 16,0% число преступлений, совершенных в группах только несовершеннолетних лиц, на 31,7% – в составе смешанных групп, уменьшилось число преступных деяний, совершенных несовершеннолетними в состоянии алкогольного опьянения, в том числе нигде не работающими и не учащимися подростками – на 1/3. Улучшились показатели физического здоровья детей из «группы риска»: восстановление силы – у 82,0%, выносливости – у 91,0%, внимания и памяти – 62,0%, зрения - у 22,0%, процесса мышления – у 54,0%, коммуникативных навыков – у 7,0%, снижение уровня агрессии и формирование адекватного реагирования – у 12,0% и др.

Практические рекомендации

1. Организация медико-социальной, медико-педагогической, психологической и правовой помощи социально дезадаптированной категории детей различными государственными структурами во взаимодействии с негосударственными общественными организациями должна базироваться на единой для страны идеологии защиты прав несовершеннолетних. Разработка и реализация конкретных мероприятий по профилактике девиантного поведения, беспризорности, безнадзорности и преступности

несовершеннолетних должны учитывать специфику и носить дифференцированный характер.

2. При организации медицинской помощи, социально-психологической коррекции отклоняющегося поведения детей и подростков необходимо учитывать психофизиологические особенности детей в различные периоды их развития с учетом социальных факторов, патологии психогенного развития и нервно-психических заболеваний, половозрастных и индивидуальных психологических особенностей в различные периоды развития.
3. Организовать переподготовку кадров ювенальных структур для работы в системе профилактики, правосудия, реабилитации с учетом специфической деятельности работников различных ведомств. Разработать комплекс обучающих программ дифференцированных по профилю работы ведомств, но объединенных единой идеологией, предусматривающей изучение международного, российского права по вопросам, касающимся несовершеннолетних, основ возрастной и коррекционно-исправительной педагогики, психологии, социологии, формировании потребности здорового образа жизни, профилактики потребления алкоголя, наркотических веществ, табакокурения.
4. Разработанная и апробированная организационно-функциональная модель межсекторального взаимодействия по оказанию медицинской, социальной, правовой, психологической помощи детям с отклоняющимся поведением, детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, и профилактике безнадзорности, беспризорности и правонарушений несовершеннолетних может быть использована в других субъектах страны.
5. Разработанный комплекс методических, учебно-методических материалов и программ может быть использован в практической работе территориальных, муниципальных служб и ведомств, чья деятельность связана с решением проблем несовершеннолетних, в т.ч. при разработке плана мероприятий по профилактике безнадзорности и правонарушений

среди несовершеннолетних, а так же в сфере нормативно-правового обеспечения государственной молодежной политики на региональном и муниципальном уровнях, по содействию доступа детей к различным формам эффективной защиты и поддержки несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

**Список публикаций по теме диссертации:
В изданиях, рекомендованных ВАК**

1. Францева В.О. Результаты внедрения индустриальной модели управления качеством медицинской помощи в муниципальном здравоохранении города Ставрополя / В.О. Францева, Е.П. Шалина, Т.Н. Семенова. //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. - №11. – С.138
2. Францева В.О. Популяционная профилактика табакокурения у подростков: некоторые итоги /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Т.Н. Трегубова, В.Н. Миронович. //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Ставрополь, 2006. №1. - с. 39-41.
3. Францева В.О. Проект «Здоровье на рабочем месте». Модель социального партнерства в оздоровлении трудового коллектива / К.Р. Амлаев, Р.К. Шахраманова, В.О. Францева //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Ставрополь, 2006. - №3. - с.20-22.
4. Францева В.О. Перспективные технологии развития здоровья. Фестиваль здоровья в Ставрополе /В.Н. Муравьева, К.Р. Амлаев, В.О. Францева //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Ставрополь, 2006 - №4. - с.30-33.
5. Францева В.О. Диспансеризация работников бюджетной сферы как важное звено в создания социальной модели здоровья. /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева. //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Ставрополь, 2006. - №6. - с.43-46.
6. Амлаев К.Р. Профилактика табакокурения у подростков: некоторые итоги /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Т.Н. Трегубова и др. //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2006. - № 1. - С. 39-41.
7. Францева В.О. Медико-экономическая эффективность работы школ здоровья /К.Р. Амлаев, Е.В. Иванова, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Е.П. Шалина. //Врач, 2007. - №7. - с. 76-78.
8. Францева В.О. Социально-экономические особенности территорий с высокой преступностью несовершеннолетних и их взаимосвязь со

степенью распространения ряда социально-значимых заболеваний /Ю.В. Михайлова, С.А. Стерликов, М.Г. Шестаков, С.Н. Фурсенко, Г.Ю. Уткина, В.О. Францева. //Проблемы управления здравоохранением. М., 2009. - №6. – С.74-80.

9. Францева В.О. Уличная беспризорность детей и ее причины. /Г.Ю.Уткина, В.О. Францева. //Медицинский вестник Северного Кавказа, Ставрополь, 2010. №2. - С.52-54.
10. Францева В.О. Организация компании в средствах массовой информации по проблеме молодежи. /К.Р. Амлаев, В.О. Францева. //Журнал Профилактическая медицина, №3 – 2010. – С.6-12.
11. Францева В.О. Характеристика частоты распространения признаков девиаций среди различных возрастных групп школьников. /В.О. Францева, Ю.В.Тихонова// Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. №2. 2011.
12. Францева В.О. Факторы, влияющие на формирование «группы риска» детского населения и девиантного поведения в разных возрастных группах школьников. /В.О. Францева, Ю.В. Тихонова, Т.Г. Задоркина// Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. № 3. 2011.
13. Францева В.О. /Диагностика дивиантного поведения у детей разных возрастных групп. /В.О. Францева// Медицинский вестник Северного Кавказа №1 (21), 2011год, С. -29-31.
14. Францева В.О. Физическое и социально-психологическое состояние старшей возрастной группы школьников (14-16 лет)/В.О. Францева// Вестник Ставропольского государственного университета. №72 (1). 2011, С. - 258-266.
15. Францева В.О. Межведомственный подход к оказанию социальной помощи несовершеннолетних. /Г.Ю.Уткина, В.О. Францева // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. М.2011. №3.- С. 31-34.
16. Францева В.О. Характеристика целевых и мотивационных установок младших школьников (7-10 лет)/ В.О. Францева, Ю.В.Тихонова // Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный журнал] 2011. - №4.
17. Францева В.О. Особенности социально-психического и физического развития детей раннего подросткового возраста (11-13 лет). /В.О.Францева.// Медицинский вестник Северного Кавказа. №2 (22), 2011. – С. 64 – 66.

Монографии, статьи и материалы конференций

18. Францева В.О. Совершенствование системы контроля и предупреждения отрицательного влияния экологических факторов на репродуктивное здоровье женщин и качество их потомства. / О.В.Шарапова, В.Н.Муравьева, В.О. Францева, Ф.Ю. Арутюнян, А.Б. Ходжаян, Г.Ю. Уткина, Ю.В. Михайлова, И.С. Цыбульская, Н.В. Суслонина, А.В. Самойлова. //Методические рекомендации. Утв. Заместителем Министра здравоохранения РФ. – М., 2003. – 30с.
19. Францева В.О. Социальная безопасность в регионе: здоровье населения. /В.П. Солонина, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, К.Р. Амлаев, Н.В. Шеламова. //Монография под. ред. В.П.Солониной. – Ставрополь: Сервисшкола, 2005. – 160с. Тираж 500.
20. Францева В.О. Социальная безопасность в регионе: здоровье населения. / В.П. Солонина, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, К.Р. Амлаев. // Ставрополь: Сервисшкола, 2005. – 157с. Тираж 500.
21. Францева В.О. Программа совершенствования и развития оказания медицинской помощи населению города Ставрополя на 2002-2005 годы с перспективой по 2010 год /В.О. Францева, А.М. Михайловский, Е.В. Иванова, Т.В. Клименко, И.В. Полосина. //Ставрополь, 2002. – 73с.
22. Францева В.О. Причины и факторы, влияющие на формирование девиантного поведения детей разных возрастных групп /В.О. Францева. //Монография. Ставрополь, 2010. - 169с. Тираж 500.
23. Францева В.О. Руководство по организации медицинского обслуживания общеобразовательных учреждений: для медицинских работников и руководителей общеобразовательных учреждений /Л.И. Марочкина, Н.В. Зарытовская, В.О. Францева. //Здоровьесберегающие технологии в системе общего образования Ставропольского края //Под ред Г.М.Соловьева – Ставрополь: Сервисшкола, 2003. – С.347-403.
24. Францева В.О. Программа профилактики заболеваний и охраны здоровья жителей города Ставрополя на 2004-2006 годы /В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Г.Н. Соловьев, С.Т. Сохов, К.Р. Амлаев, Е.П. Шалина, И.Х. Кануков, Т.Н. Трегубова. //Ставрополь: Орфей, 2004. – 42с.
25. Францева В.О. Методическое руководство по медицинской профилактике /К.Р. Амлаев, Т.Н. Трегубова, В.О. Францева. //Методические рекомендации. Ставрополь, 2004. – 35 с.
26. Францева В.О. Методическое руководство по медицинской профилактике /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева. //Ставрополь, 2004. - 51 с.
27. Францева В.О. Диспансеризация населения /Н.Г. Куликова, В.О. Францева. //Учебное пособие. – Ставрополь. – СтГМА, 2009. – 125 с.

28. Францева В.О. Межведомственный подход в работе с проблемами несовершеннолетних /Н.В. Косолапова, В.О. Францева, Ю.В. Тихонова. //Учебно-методическое пособие под ред. Михайловой Ю.В. М.: РИО ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» – 2009. – 57 с.
29. Францева В.О. Социальная и правовая работа с несовершеннолетними и их семьями. /Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, В.Н. Муравьева, Г.Ю. Уткина, В.О. Францева, С.Н. Фурсенко. //Учебно-методическое пособие. Москва, 2009. – 48 с.
30. Францева В.О. Методические материалы по организации работы в учебных заведениях по профилактике употребления психоактивных веществ /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева. //Ставрополь, 2004. – 61 с.
31. Францева В.О. Организация работы в учебных заведениях по профилактике употребления психоактивных веществ /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, В.И. Новикова. //Методические материалы. Ставрополь, 2004. – 62 с.
32. Францева В.О. Медицинские и социальные аспекты предупреждения нежелательной беременности и профилактика абортов в подростковом возрасте /В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Д.А. Андрусенко, Г.Ю. Уткина, В.И. Новикова, Ф.Ю. Арутюнян, К.А. Пашкова. //Методические пособия для учителей, школьных врачей, социальных работников, студентов и ординаторов высших учебных заведений. – Ставрополь, 2004. – 8 с.
33. Францева В.О. Программа охраны и укрепления репродуктивного здоровья детей и подростков города Ставрополя на 2004-2006 годы /В.О. Францева, К.Р. Амлаев, Е.П. Шалина, И.Х. Кануков, Л.В. Тимофеева. //Ставрополь, 2004. – 20 с.
34. Францева В.О. Медико-социальные аспекты охраны репродуктивного здоровья молодежи /В.А. Аксененко, Ф.Ю. Арутюнян, А.А. Коровин, В.И. Новикова, К.А. Папикова, Л.В. Тимофеева, Г.Ю. Уткина, В.О. Францева, Н.В. Шеламова. //Пособие для врачей, педагогов, психологов. Ставрополь, 2005. – 24 с.
35. Францева В.О. Методология оценки состояния здоровья детей различных возрастных периодов по критериям качества их жизни /И.М. Сон, И.С. Цыбульская, Е.Н. Байбарина, А.С. Буркова, О.В. Дмитриева, М.В. Монахов, В.О. Францева, Т.А. Соколовская, С.А. Стерликов, Л.П. Суханова, В.Б. Цыбульский. //Мет.пособие. М.: ЦНИИОИЗ – 2005. – 28 с.
36. Францева В.О. Дифференцированная оценка возрастных профилей медико-биологических, психологических и социальных проявлений дизадаптации детей в критические периоды их роста и развития в современных условиях /И.С. Цыбульская, Е.В. Бахадова, А.С. Буркова, О.В.

- Дмитриева, М.В. Монахов, К.Г. Пучков, Т.А. Соколовская, О.А. Соломенникова, Л.П. Суханова, В.О. Францева, В.Б. Цыбульский. //Мет.пособие. М.: РИО ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», 2005. – 48 с.
37. Францева В.О. Принципы формирования популяционных регистров групп риска развития дизадаптационных проявлений в критические периоды роста и развития детей /И.С. Цыбульская, Е.В. Бахадова, А.С. Буркова, В.А. Глушенкова, О.В. Дмитриева, О.В. Кибель, М.В. Монахов, К.Г. Пучков, Т.А. Соколовская, О.А. Соломенникова, С.А. Стерликов, Г.Ю. Уткина, В.А. Фурс, В.Б. Цыбульский, В.О. Францева. //Мет.пособие. М.: РИО ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», 2005. – 82 с.
38. Францева В.О. Профиль здоровья города Ставрополя /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева.//Ставрополь: Полиграфсервис, 2006. - 40 с.
39. Францева В.О. Муниципальная целевая программа «Развитие первичной медико-санитарной помощи в городе Ставрополе на 2006-2008 годы» /В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Е.П. Шалина, И.Х. Кануков, Е.В. Иванова, Е.П. Середя. //Ставрополь, 2006. – 34 с.
40. Францева В.О. Муниципальная комплексная целевая программа «Семейная политика в городе Ставрополе на 2006-2008 годы» /В.П. Солонина, В.Н. Асеев, В.И. Новикова, И.И. Ульяновченко, В.О. Францева, Н.В. Шеламова, В.С. Кашников, Р.Ф. Гударенко, В.Н. Гуров, Е.И. Зритнева, Г.Ю. Уткина. //Ставрополь: Администрация города Ставрополя, 2006. – 40 с.
41. Францева В.О. Муниципальная целевая программа «Профилактика стоматологических заболеваний у детей и подростков города Ставрополя на 2006-2010 годы» /В.О. Францева, В.О. Шалина, И.Х. Кануков, Е.В. Иванова, Л.В. Тимофеева, В.А. Зеленский. //Ставрополь, 2006. – 17 с.
42. Францева В.О. Городская целевая программа профилактики заболеваний и охраны здоровья жителей города Ставрополя на 2007-2011годы /В.Н. Муравьева, В.О. Францева, К.Р. Амлаев. //Ставрополь, 2007. – 23с.
43. Францева В.О. До прихода врача, или как грамотно оказать первую медицинскую помощь. Практическое руководство. /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Е.П. Шалина; под общей редакцией проф. В.Н.Муравьевой //Ставрополь: Сервисшкола, 2008. – 64 с.
44. Францева В.О. Несовершеннолетние в конфликте с законом в системе уголовного правосудия: возможности и ограничения ювенальной юстиции /Н.В. Косолапова, Е.А. Котова, В.О. Францева. //Мет. пособие. М.: РИО ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» – 2010. – 44 с.
45. Францева В.О. Сборник информационно-аналитических и методических материалов по итогам реализации третьего этапа проекта

«Разработка и внедрение ювенальных технологий по формированию новых принципов построения территориальной социальной политики в отношении несовершеннолетних не менее чем в 15 субъектах Российской Федерации». Сборник 1. «Нормативно-правовые аспекты в помощь специалистам, применяющим восстановительные технологии» /Р.В. Ершова, В.О. Францева. // М.: РИО ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» – 2010. – 88 с.

46. Францева В.О. Основные направления профилактической деятельности учреждений здравоохранения г.Ставрополя /К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева. //Актуальные вопросы профилактики и лечения артериальной гипертензии и мозгового инсульта: материалы и тезисы региональной науч.-практ. конф. 12 марта 2002г., Ставрополь: Орфей. – 2002. – С. 2-4.
47. Францева В.О. Повышение эффективности работы муниципальных образовательных учреждений города Ставрополя среди детей и подростков по внедрению целевых программ в регионе. /В.О. Францева, О.В. Копейкина. //Сб. науч. тр. респуб. науч.-практ. конф. ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», М., 2002. – С.181-185.
48. Францева В.О. Основные направления профилактики наркотизма среди подростков-школьников г. Ставрополя /В.О. Францева, К.Р. Амлаев, С.В. Сула. //Физиологические проблемы адаптации: материалы межрегиональной конференции, 21-22 апр. 2003г., Ставрополь, 2003. - с. 124-125.
49. Францева В.О. Образовательные программы для пациентов как резерв оптимизации медико-профилактической помощи населению г.Ставрополя /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Т.Л. Кобылкина. //Материалы межрегиональной научно-практической конференции 29—30 июня 2004г., Ставрополь: Орфей, 2004. - с.48-50.
50. Францева В.О. О межведомственных подходах к профилактике дорожного травматизма в г. Ставрополе. Медицинские аспекты обеспечения безопасности дорожного движения. /В.Н. Муравьева, К.Р. Амлаев, В.О. Францева. // Сб.науч.тр. – М.: МаксПресс, 2004. - С. 34-36.
51. Францева В.О. К вопросу о детской инвалидности в городе Ставрополе /В.О. Францева, Л.В. Тимофеева, Н.Г. Гаращенко. //Материалы межрегиональной научно-практической конференции 29—30 июня 2004г., Ставрополь: Орфей-2, 2004. - с. 207-209.
52. Францева В.О. Состояние детского травматизма в организованных коллективах города Ставрополя /В.О. Францева, Л.А. Шуршина. //Материалы межрегиональной научно-практической конференции 29—30 июня 2004г., Ставрополь: Орфей-2, 2004. - с. 209-211.

53. Францева В.О. Основные направления профилактической деятельности учреждений здравоохранения г.Ставрополя /В.Н. Муравьева, К.Р. Амлаев, В.О. Францева, В.И. Новикова. //Материалы и тезисы региональной науч.-практ.конф. «Здоровый город: план действий сегодня. Партнерство бизнеса, личности и власти» - Ставрополь, 2004.- С. 35-37.
54. Францева В.О. Повышение эффективности работы муниципальных образовательных учреждений города Ставрополя среди детей и подростков по внедрению целевых программ в регионе /В.О. Францева, О.В. Копейкина. //Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения: науч. тр. республиканской науч.-практ. конф., М., 2005. – С.181-185.
55. Францева В.О. О совместной работе учреждений здравоохранения и образования в реализации программы «Образование и здоровье» /В.О. Францева. //Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения: труды республиканской науч.-практ. конф., М., 2005. – С.212-216.
56. Францева В.О. Пути оптимизации медицинской профилактической помощи населению /Н.В. Агранович, И.Н. Анисимов, В.О. Францева. //Всероссийская научно-практ. конференция «Здоровые города: роль межсекторального сотрудничества в сохранении и укреплении здоровья населения» 27-28 июня 2006г., Ставрополь: Сервисшкола, 2006. – С. 66-70.
57. Францева В.О. Опыт муниципального здравоохранения города Ставрополя по улучшению репродуктивного здоровья населения /В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Е.П. Шамина, Г.Ю. Уткина. //Сборник научных трудов «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России». - М. - 2006. - С. 241-245.
58. Францева В.О. Программно-целевое планирование как эффективный инструмент улучшения здоровья трудоспособного населения города Ставрополя /В.О. Францева, Е.П. Шалина, Т.Н. Семенова, Н.Г. Гаращенко, Ю.Д. Прокопенко. //Материалы Всерос. науч.-практ-конф. «Здоровые города: роль межсекторального сотрудничества в сохранении и укреплении здоровья населения» 27-28 июня 2006г., Ставрополь: Сервисшкола, 2006. – С. 28-32.
59. Францева В.О. Организация школьного питания на муниципальном уровне /В.О. Францева. //Материалы I Южно-Российского форума «Новые технологии общественного питания и здоровье нации» 10-11 ноября 2005г., Ставрополь: Сервисшкола, 2006. – С. 67-75.
60. Францева В.О. Здоровье населения города Ставрополя, проблемы демографии и пути решения /К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Е.П. Шалина. //Здоровье населения - основа процветания России: материалы Всероссийской научно-практической конференции, 14-16 февраля 2007г. – М.: Изд-во Рос. гос. соц. ун-та, 2007. - с.3-4.

61. Францева В.О. Итоги реализации национального проекта «Здоровье» на территории города Ставрополя в 2006-2007 годы. Вопросы эффективности деятельности муниципальной власти в решении основных задач проекта /В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Е.А. Иванова. //Проблемы городского здравоохранения. Сб. науч. тр., выпуск 13, Санкт-Петербург, 2008. – С.14-17.
62. Францева В.О. Здоровьесберегающие технологии Южного Федерального Округа и особенности их реализации на этапе восстановительного лечения лиц с социопатиями /В.Н. Муравьева, И.Н. Бобровский, В.О. Францева, Л.Л. Максименко, А.А. Помогайлов, О.Б. Сумкина, Р.Н. Гетман, О.Н. Бобровский, П.С. Филиппенко, В.Г. Семенов, М.В. Стоян, З.Ю. Сабанчеева, Ф.А. Биджиева, И.Г. Ивахникова, Н.Л. Пиванова, А.А. Терентьев. //Альманах современной науки и образования, №12(31). – 2009.- часть 1. – С.165-167.
63. Францева В.О. Межведомственный подход к решению медико-социальных проблем детей с ограниченными возможностями и инвалидов /В.О. Францева, Е.А. Первова. //Сборник материалов научно-практической конференции «Фармакотерапия и диетология в педиатрии» 21-22 сент. 2010г., Ставрополь, 2010. – С.28-30.
64. Францева В.О. Здоровье молодежи и подходы к его укреплению. /М.Е. Евсевьева, В.Н. Муравьева, В.О. Францева. //14-я ежегодная Неделя медицины Ставрополя 15-17 сентября 2010г., Сборник научных статей, Ставрополь. -2010. - с. 118-125.
65. Францева В.О. О технологиях формирования стиля жизни молодежи: опыт работы центра студенческого здоровья Ставропольской государственной медицинской академии /М.Е. Евсевьева, В.Н. Муравьева, В.О. Францева. //Международная научно-практическая конференция «Здоровые города: здоровая городская среда и дизайн» 9-10 сентября 2010г., Ставрополь. – 2010. - С. 32-34.
66. Францева В.О. Межсекторальные подходы к оздоровлению детской и подростковой популяции города Ставрополя. /В.О. Францева. //Международная научно-практическая конференция «Здоровые города: здоровая городская среда и дизайн». 9-10 сентября 2010г., Ставрополь. - С. 122-124.
67. Францева В.О. Межсекторальное взаимодействие муниципальных учреждений здравоохранения, социальных служб в решении медико-социальных проблем несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении. /В.О. Францева. //Материалы по Всероссийской научно-практической конференции «Реализация государственной политики в интересах детей с ограниченными возможностями здоровья». 9-10 апреля г. Кисловодск. 2010г.. – С. 41-43.