

МАТЕРИНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ

Социальная акселерация и усложнение социальных проблем современной жизни требуют от исследователей соответствующих корректив в методологии изучения даже тех тем, которые на первый взгляд являются достаточно традиционными и неплохо изученными. Действительно, сколько уже написано о проблемах защиты детства в современной России. И тем не менее по-прежнему весьма сложно объяснить, например, рост в стране социального сиротства: согласно статистическим данным, учтено более 742 000 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них примерно 80 % — социальные сироты¹. Как показывает анализ научной литературы, определенное объяснение подобным проблемам может дать теория социального капитала².

Социальный капитал — относительно новая концепция, которая помогает найти новые ответы на вопросы, стоящие в области экономики и политики, социальной политики и педагогики, криминалистики и психологии³, думается, может помочь найти объяснение и некоторым особенностям родственных отношений и родительского поведения путем анализа определенных факторов влияния социальной среды⁴. Этот путь изучения социальных отношений в пределах обществ или групп людей добавляет новое измерение к традиционным структурным объяснениям болезней и социального неблагополучия различных групп населения, когда общины рассматриваются не только как контекстные окружающие среды, но как связанные группы индивидов.

В современной научной литературе имеется немало дефиниций социального капитала⁵. В тех исследованиях, которые связаны с проблемами здоровья, чаще всего используется определение, предложенное в 1993 г. Р. Патнемом. Он выделяет пять измерений социального капитала, а именно: (а) добровольное сообщество и персональные сети; (в) гражданское обязательство; (с) местная гражданская идентичность, смысл принадлежности, солидарности и равенство с другими членами; (d) взаимность и нормы сотрудничества; (е) доверие сообщества⁶. Можно говорить только о более чем полутора сотнях исследований, посвященных связи между социальным капиталом и здоровьем⁷, о сотнях исследований об отношениях между социальным капиталом и болезнями⁸. Выявляются связи социального капитала и уровня преступности⁹, политического и экономического развития¹⁰ и др. Отдельную тему составляют работы, посвященные роли родительского, и в частности материнского, капитала в обеспечении здоровья и благополучия детей. Авторы убедительно показывают, что социальный капитал матери — важнейшее благо для ребенка в самых разных социальных и культурных условиях¹¹. Насколько справедливы эти выводы для России? Попытаемся рассмотреть это на материале одного из ее регионов — Республики Карелия.

В 2008 г. численность населения Республики Карелия составила 690,7 тыс. человек, из них 372,6 тыс. женщин. Как и в целом численность населения, количество женщин в республике постоянно сокращается. Женщины живут дольше мужчин на 14 лет, средняя продолжительность жизни представительниц слабого пола более 70 лет. Они более общительны, чем мужчины, и это уже позволяет им иметь дополнительные источники социального капитала. Кроме того, женщины Карелии хорошо образованы: более 40 % женщин имеют послевузовское, высшее и среднее профессиональное образование. В настоящее время из числа обучающихся в аспирантуре женщины составляют 56 %, в высших учебных заведениях — 63 %, в средних специальных — 52 %. Они трудолюбивы:

более половины всех занятых в отраслях экономики республики — женщины (не говоря уже о том, что на них держится домашнее хозяйство). Работающие женщины традиционно сконцентрированы в таких отраслях, как торговля и общественное питание, здравоохранение, физкультура и социальное обеспечение, образование, культура и искусство, кредитование, финансы и кредит (доля женщин в них 76—87 %). По всем отраслям экономики в целом заработная плата женщин составляет 72 % к заработной плате мужчин. Имея более высокий образовательный уровень по сравнению с мужчинами, они значительно меньше представлены среди руководителей, особенно высших органов власти и управления: среди депутатов Законодательного собрания женщины составляют 18 %, руководителей федеральных и республиканских министерств и ведомств — 12 %, глав местного самоуправления городов и районов — 11 %.

В настоящее время уровень рождаемости по-прежнему не обеспечивает даже замещения в будущем родителей поколениями их детей, т. е. простого воспроизводства. Однако женщины не забывают о своем главном предназначении. В 2008 г. в территориальных отделах ЗАГС республики было зарегистрировано 7780 актов о рождении детей. По сравнению с 2007 г. в Карелии родилось на 384 ребенка больше. За десять предыдущих лет количество рождений детей увеличивалось по отношению к годам, предшествующим отчетным, несколько раз: в 2000, 2001, 2003, 2004, 2007 и 2008 гг. Самый большой рост рождаемости отмечен в 2001 г.: тогда родилось на 461 ребенка больше, чем в 2000 г. Самая низкая рождаемость за этот период отмечена в 1999 г. (6118 рождений), самая высокая — в 2008 г. (7780). По отношению к 1999 г. в 2008 г. родилось на 1662 ребенка больше.

Не боятся рожать и совсем юные: в последние годы у несовершеннолетних матерей появляется ежегодно около 200 малышей. Более трети детей рождается у матерей, не состоящих в зарегистрированном браке. Наибольшее число внебрачных рождений (50 %) у матерей в возрасте до 20 лет. Ежегодно около 100 незамужних девочек-подростков становятся матерями, не успев выйти из категории «ребенок».

К сожалению, по-прежнему чрезвычайно распространенным способом регулирования деторождения (семьи) остаются аборты. Из каждой 1000 женщин фертильного возраста (15—49 лет) 57 прерывают беременность. Число абортов в 2 раза превышает число рождений.

Основу социального капитала матери составляют супружеские и семейные отношения. По данным последней переписи населения в Карелии, из каждой 1000 женщин в возрасте 16 лет и более 518 состоят в браке (из них около 14 % — это незарегистрированные брачные союзы), никогда не состояли в браке — 183, вдовы — 183, разошедшиеся — 111. Ежегодно регистрируют брак примерно 5 тыс. женщин, две трети из них — впервые. Более половины женщин вступают в зарегистрированный брак в возрасте 18—24 лет, а возрастной «пик» разводимости у женщин — 25—39 лет.

В наступившем столетии уровень материального благосостояния населения неуклонно растет. Однако улучшение демографической ситуации напрямую не зависит от уровня материального благополучия граждан. Оценивая причины рождения первого ребенка, опрашиваемые женщины обычно ставят экономический мотив на 4-е место — после демографического (желание почувствовать себя по-настоящему семейным человеком), психологического (желание иметь ребенка от любимого человека) и социального (желание продлить свой род). Поэтому для качественного сдвига в демографической сфере необходимо формировать престиж родительства, семьи, здорового образа жизни. Важно наряду с улучшением условий жизни людей менять их поведенческие стереотипы, мотивацию, предпочтения. Не последнюю роль в этом процессе играет и социальный капитал, поскольку именно доверие, социальные ценности и нормы, а также социальные сети во многом создают необходимые предпосылки для формирования крепкой и здоровой семьи.

В свою очередь, именно от этого зависят и многие слагаемые здоровья, и благополучие детей. Как известно, последние два десятилетия стали испытанием для детства в России. Если в 1990 г. доля детей в общей численности населения Карелии составляла более 28 %, то в 2008 г. — снизилась до одной пятой. По итогам всероссийской диспансеризации детского населения Карелии абсолютно здоровыми были признаны 18 %. Инвалиды составили 2 % от всего детского населения республики¹². Медико-биологические исследования показывают, что у детей, проживающих в районах Республики Карелия с различной антропогенной нагрузкой, имеются достоверные различия изменений иммунной системы, которые можно расценивать как индикаторы негативного влияния окружающей среды на здоровье детей¹³.

Несомненно, что на неблагополучие детского населения влияет также низкий социально-экономический статус многих родителей и медико-социальная незащищенность семей. Эта тема стала одной из главных в ряде социологических исследований, проведенных в последние годы в различных районах Карелии¹⁴. Опросы показали, что особенности распределения социального капитала в местных сообществах также влияют на здоровье детей. Наиболее заметными являются различия в статусе здоровья детей между местами компактного проживания коренного населения, например в Олонецком районе, и соседними территориями, населенными русскими (Питкярантский район) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение ответов родителей, оценивавших здоровье детей, %

Оценка здоровья	Олонецкий р-н	Питкярантский р-н
Очень хорошее	4,6	8,5
Хорошее	65,1	48,7
Среднее	28,4	41
Плохое	0	1,7
Очень плохое	0	0
Трудно сказать	1,8	0
<i>Всего</i>	100,0	100,0

Табл. 1 показывает, что в целом по выборке более половины родителей считает здоровье детей хорошим, примерно треть — средним. Однако очень хорошее здоровье — удел немногих несовершеннолетних. Доля детей с плохим здоровьем примерно совпадает с показателями количества детей-инвалидов. Согласно полученным данным, 69,7 % опрошенных дали положительные оценки здоровью детей в Олонецком районе, 57,2 — в Питкярантском районе. Низкие показатели здоровья в Питкярантском районе подтверждают вывод медиков о роли экологического фактора. По оценкам медицинских специалистов, в Олонецком районе у детей больше сохранен иммунитет, тогда как их положение в Питкярантском районе квалифицируется как неблагополучное¹⁵. При этом следует принять во внимание то, что Олонецкий район — место, где еще сохраняются национальные патриархальные традиции, где весьма значительным является социальный капитал местных сообществ. Поэтому очевидно, что этот фактор также оказывает влияние на здоровье детей. Жители же Питкярантского района — в основном мигранты, сохраняющие достаточно высокую подвижность и не успевшие «наработать» такие глубокие социальные связи и отношения, как олонецкие.

Более высокий статус здоровья детей в Олонецком районе подтверждают данные об их менее частом обращении к услугам здравоохранения, полученные со слов родителей (табл. 2).

Таблица 2

**Доля детей, посетивших врача в течение 6 месяцев,
предшествовавших опросу, %**

Район	Посетившие врача, %
Питкярантский	57,3
Олонецкий	46,8

Вклад социального капитала матери в здоровье и благополучие детей особенно сильно заметен, когда проводится сравнение здоровья детей, живущих в семье, и здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. На 1 января 2008 г. в республике Карелия проживало и воспитывалось 3187 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них 2236 детей находится под опекой (попечительством) граждан (2005 г. — 1962 ребенка, 2006 г. — 1991 ребенок), 130 детей — на воспитании в приемных семьях (2005 г. — 13 детей, 2006 г. — 47 детей), 825 детей — на воспитании в образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе 86 детей на патронатном воспитании, 106 детей в специальных (коррекционных) школах-интернатах для детей с ограниченными возможностями здоровья, 61 ребенок-сирота в доме ребенка, 65 детей-сирот в Ладвинском детском доме-интернате для умственно отсталых детей (2006 г. — 72 ребенка).

В целом в республике наметилась тенденция применения семейных форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также предпринимаются все возможные меры по сохранению кровно-родительских семей. В целях реализации приоритетного национального проекта «Демография» в 11 муниципальных образованиях республики созданы службы по развитию семейных форм попечения, которые осуществляют подготовку кандидатов в приемные родители, консультирование и сопровождение замещающих семей. В составе служб работают психологи, социальные педагоги, врачи.

В 2007 г. выявлено и учтено 719 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них 241 ребенок устроен в учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 357 детей передано под опеку (попечительство) граждан, 33 — в приемные семьи, 9 детей направлены для дальнейшего обучения в учреждения начального профессионального образования, 51 ребенок возвращен в семью. Ограничены в родительских правах или лишены их родители 681 ребенка, по решению суда родители восстановлены в правах в отношении 14 детей, ограничение в правах отменено в отношении 9 детей.

Благодаря комплексным мероприятиям по развитию семейных форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, увеличилось число детей, переданных на воспитание в семьи граждан. В 2007 г. на воспитание в семью переданы 705 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в 2005 г. — 568 детей, 2006 г. — 682 ребенка.

С целью реализации приоритетного права детей воспитываться в семье, прописанного в Семейном кодексе РФ, информация о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, помещается на страницах районных и республиканских газет под рубрикой «Ищу маму». Совместно с региональной общественной организацией КРОМО «Равновесие» создан веб-сайт по освещению вопросов семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В г. Петрозаводске работает общественный клуб «Приемная семья». Формируется и используется региональный банк данных на детей, оставшихся без попечения родителей.

В целях дальнейшего развития и поддержки семейных форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в 2007 г. принят Закон Республики Карелия от 13.03.2007 г. № 1062 «О внесении изменений в законодательные акты Республики Карелия и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Республики Карелия».

Что касается детей, переданных на воспитание в специализированные государственные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, то их количество ежегодно сокращается. Уменьшается количество детей, принятых в учреждения по заявлению родителей в связи с тяжелым материальным положением. Однако среди наиболее острых проблем остается проблема здоровья воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

В 2007 г. было осмотрено 967 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в стационарных учреждениях, что составило 96,02 % от общего их числа. По результатам диспансеризации зарегистрировано 3347 заболеваний (в том числе выявленных впервые — 951). Зарегистрированная заболеваемость осмотренных детей-сирот составила 3461 на 1000 детей и превышает общую заболеваемость детей в Республике Карелия за 2006 г. на 26,4 %. Данный факт свидетельствует о более высоком риске заболеваний среди детей, живущих и воспитывающихся вне семьи.

В структуре заболеваний, зарегистрированных у воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, лидируют:

- психические расстройства и отклонения в поведении;
- заболевания органов пищеварения;
- болезни нервной системы (преобладающая патология — расстройства вегетативной нервной системы и гидроцефалии — 90,6 %);
- врожденные аномалии (системы кровообращения — 60 %, мочеполовой — 16,9 %, костно-мышечной — 9,6 %);
- заболевания эндокринной системы (из них болезни эндокринных желез — 79,9 %);
- болезни костно-мышечной системы (артропатии — 46,1 %, дорсопатии — 45,3 %).

Доля детей-инвалидов составила 10,7 % (в целом по Республике Карелия — 2,3 %). Выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов — 82,5 %, в основном за счет недостаточного количества выделяемых путевок для санаторно-курортного лечения детей.

Распределение детей по группам здоровья таково: 1-я группа — 0,7 %, 2-я — 34,4 %, 3-я — 52,5 %, 4-я — 6,2 %, 5-я — 6,1 %.

Можно отметить также, что недостаток материнского социального капитала ведет к сокращению социального капитала детей. Этот капитал складывается из отношений в школе, с соседями, с местным сообществом, с различными организациями, всем тем, что помогает ребенку в защите его прав и достижении жизненных целей¹⁶. Однако доверие — одна из фундаментальных основ социального капитала ребенка — закладывается матерью.

Примечания

¹ По данным доклада директора Департамента воспитания, дополнительного образования и социальной защиты детей Минобрнауки РФ А. А. Левитской на Всероссийском совещании «Инновационные подходы в деятельности органов опеки и попечительства по защите прав детей», 19—20 марта 2008 г. См.: URL: <http://www.usynovite.ru/f/experience/080909/Lev.doc> (дата обращения: 20.02.2010).

² См., напр.: *Ferguson K. M. Social Capital and Childrens' Wellbeing: a Critical Synthesis of the International Social Capital Literature // Int. J. Soc. Welfare. 2006. Vol. 15 ; Gordon J., Jordan B. Social Capital and Child Welfare // Children and Society. 1999. Vol. 13. Iss. 4 ; Harpham T., de Silva M. J., Tuan T. Maternal Social Capital and Child Health in Vietnam // J. Epidemiol Community Health. 2006. Vol. 60 ; Morrow V. Children's «Social Capital»: Implications for Health and Well-Being // Health Education. 2004 . Vol. 104. Iss. 4.*

³ Социальный капитал как научная категория // Обществ. науки и современность. 2004. № 4 ; *The Handbook of Social Capital / Ed. by D. Castiglione, J. W. van Deth, G. Wolleb. Oxford : University*

- Press, 2008 ; *Lewandowski J. D., Znoj M.* Trust and Transitions : Social Capital in a Changing World. Cambridge Scholars Publishing, 2008.
- ⁴ *Полещук К. С.* Родственные сети и институциональные изменения в селе Центрально-Черноземного района // Журн. исследований социальной политики. 2007. Т. 5. № 2.
- ⁵ *Bourdieu P.* The Forms of Social Capital // Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education / Ed. by J. Richardson. N. Y. : Greenwood, 1985 ; *Coleman J. S.* Foundations of Social Theory. Cambridge : Harvard University Press, 1990 ; *Putnam R.* Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy. Princeton (N. J.) : Princeton University Press, 1993.
- ⁶ *Putnam R.* Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy. P. 167—170.
- ⁷ См., напр.: *McKenzie K., Harpham T.* Meanings and Uses of Social Capital in the Mental Health Field // Social Capital and Mental Health / Ed. by K. McKenzie, T. Harpham. Philadelphia (Penn.) : Jessica Kingsley Publishers, 2006 ; *Pitkin D. K., Varda D. M.* Social Capital and Health Care Access: a Systematic Review // Med. Care Res. Rev. 2009. № 66 (3) ; Personal Social Capital Scale: an Instrument for Health and Behavioral Research / X. Chen, B. Stanton, J. Gong, X. Fang, X. Li // Health Educ. Res. 2009. № 24 (2) ; *Abbott S., Freeth D.* Social Capital and Health: Starting to Make Sense of the Role of Generalized Trust and Reciprocity // J. Health Psychol. 2008. № 13 (7) ; *Rostila M.* Social Capital and Health in European Welfare Regimes: a Multilevel Approach // J. of European Social Policy. 2007. № 17 (3) ; Lost in Translation: a Genealogy of the «Social Capital» Concept in Public Health / S. Moore, V. Haines, P. Hawe, A. Shiell // J. Epidemiol Community Health. 2006. № 60 (8) ; Social Capital and Mental Illness: a Systematic Review / M. J. de Silva, K. McKenzie, T. Harpham, S. R. A. Huttly // Ibid. 2005. № 59 (8) ; *Szreter S., Woolcock M.* Health by Association? Social Capital, Social Theory, and the Political Economy of Public Health // Int. J. Epidemiol. 2004. № 33 (4).
- ⁸ См. об этом: *Halpern D.* Social Capital. Cambridge : Polity Press, 2004.
- ⁹ *Sampson R., Raudenbush S. W., Earls F.* Neighbourhoods and Violent Crime: a Multi-Level Study of Collective Efficacy // Science. 1997. Vol. 227 ; *Akcomak I. S., Weel B. ter.* The Impact of Social Capital on Crime: Evidence from the Netherlands // IZA. Bonn, 2008 ; *Beyerlein K., Hipp J. R.* Social Capital, Too Much of a Good Thing? American Religious Traditions and Community Crime // Social Forces. 2005. № 84 (2) ; *Gambetta D.* The Sicilian Mafia: the Business of Private Protection. Cambridge : Harvard University Press, 1996.
- ¹⁰ *Putnam R.* Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy ; *Idem.* Bowling alone: America's Declining Social Capital // J. of Democracy. 1995. № 6 ; *Narayan D., Pritchett L.* Cents and Sociability : Household Income and Social Capital in Rural Tanzania. Washington (D. C.) : World Bank, 1997 ; *Grootaert C., van Bastelaer T.* Understanding and Measuring Social Capital : a Synthesis of Findings and Recommendations from the Social Capital Initiative. Washington (D. C.) : World Bank, 2001.
- ¹¹ *Harpham T., de Silva M. J., Tuan T.* Op. cit. ; *Asadullah M. N.* Sense in Sociability? Maternal Education, Social Capital and Child Schooling in Rural Bangladesh // The European J. of Development Research. 2008. Vol. 20. Iss. 3 ; *Sheldon S.* The Role of Parents' Social Networks in Children's Schooling: Whose Social Capital is it? : Paper Presented at the Annual Meeting of the American Sociological Association, New York City, Aug., 11, 2007. URL: http://www.allacademic.com/meta/p183774_index.html (дата обращения: 20.02.2010).
- ¹² Больных больше // Труд. 2004. 30 июня.
- ¹³ Состояние иммунной системы детского населения, проживающего в различных экологических условиях Республики Карелия / В. С. Масюк, А. И. Коваленко, В. А. Корзун и др. // Вестн. РУДН. Сер. : Медицина. 2002. № 2. С. 32.
- ¹⁴ Health and Well-Being in Transition Societies / Ed. by H. Valtonen, A. Noro. Helsinki, 2004 ; *Нилов В. М.* Социальные изменения и здоровье населения Республики Карелия // СОЦИС. 2004. № 11 ; *Его же.* События жизни и здоровье населения в условиях трансформирующегося общества // Журн. социологии и социальной антропологии. 2005. Т. 8. № 5 ; *Его же.* Социальные изменения и здоровье населения: методологические и теоретические подходы исследования. Петрозаводск : ПетрГУ, 2006.
- ¹⁵ Состояние иммунной системы детского населения, проживающего в различных экологических условиях Республики Карелия / В. С. Масюк, А. И. Коваленко, В. А. Корзун и др. С. 30—31.
- ¹⁶ Children's Social Networks and Social Supports / Ed. by D. Belle. N. Y. ; Wiley, 1989 ; *Morrow V.* Conceptualising Social Capital in Relation to the Well-Being of Children and Young People: a Critical Review // The Sociological Rev. 1999. № 47. P. 744—765 ; *Idem.* Networks and Neighbourhoods: Children's and Young People's Perspectives. Social Capital for

Health Series. L. : Health Development Agency, 2001. URL: <http://www.hda-online.org.uk/downloads/pdfs/netneigh.pdf> (дата обращения: 20.02.2010); *Iadem*. Young People's Explanations and Experiences of Social Exclusion: Retrieving Bourdieu's Concept of Social Capital // Int. J. of Sociology and Social Policy. 2001. Vol. 21. № 4/5/6 ; *Iadem*. Conceptualizing Social Capital in Relation to Children and Young People: Is it Different for Girls? : Paper for Presentation to Gender and Social Capital Conference / University of Manitoba. Winnipeg (Canada), 2003 ; *Edwards R., Franklin J., Holland J.* Families and Social Capital: Exploring the Issues // Families and Social Capital. 2003 // London South Bank University : [сайт]. URL: <http://www1.lsbu.ac.uk/families/publications/index.shtml> (дата обращения: 20.02.2010); *Groninger R., Lee V.* Social Capital and Children's Development: the Case of Education. University of Michigan, 1996.