

Оглавление

Раздел 1. Этапы реализации услуги.	2
Раздел 2. Оценка риска жестокого обращения с ребенком.	3
Раздел 3. Уязвимость ребенка перед жестоким обращением.	5
Раздел 4. Уровни риска жестокого обращения с ребенком.	16
Раздел 5. План реабилитации ребенка и семьи.	19
Раздел 6. Оценка безопасности ребенка.	21
Раздел 7. Общие принципы изменений.	28
Приложение 1	32
Приложение 2	45

Раздел 1. Этапы реализации услуги.

Этап услуги	Шаги в рамках определённого этапа
1. Выявление в родовспомогательном учреждении женщин с риском отказа от новорождённого ребёнка	<ul style="list-style-type: none">• Выявление женщины с фактом или намерением отказа от ребёнка• Регистрация случая возможного отказа• Передача сигнала о выявленном случае в организацию, реализующую услугу «Профилактика отказов от новорожденных»
2. Приём информации о намерении или факте отказа от новорождённого из родовспомогательного учреждения.	<ul style="list-style-type: none">• Приём сигнала• Регистрация сигнала• Оценка экстренности выезда к женщине с намерением или фактом отказа• Назначение ответственного специалиста
3. Оценка ресурсов семьи по сохранению ребенка и вовлечение женщины в сотрудничество	<ul style="list-style-type: none">• Сбор информации о причинах и мотивах отказа• Оценка возможностей сохранить ребенка в семье и вовлечение семьи в сотрудничество со специалистами• Принятие решения о сопровождении женщины в родовспомогательном учреждении
4. Сопровождение женщины в родовом учреждении	<ul style="list-style-type: none">• Разработка плана по изменению решения женщины об отказе от ребенка• Реализация плана• Мониторинг ситуации• Принятие решения о дальнейшем сопровождении женщины или об окончательном оформлении отказа от ребенка
5. Сопровождение женщины с новорожденным по месту жительства	<ul style="list-style-type: none">• Разработка плана сопровождения• Реализация плана• Мониторинг ситуации в семье и оценка готовности женщины самостоятельно заботиться о ребенке• Принятие решения о завершении работы или передаче семьи на другую услугу

Раздел 2. Оценка риска жестокого обращения с ребенком.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ:

Во время проведения обследования семьи непосредственные угрозы для жизни, здоровья, развития ребенка

_____ (Ф.И.О., г.р.)

НЕ ВЫЯВЛЕНЫ/ВЫЯВЛЕНЫ И СОСТАВЛЕН ПЛАН БЕЗОПАСНОСТИ

(ненужное зачеркнуть)

ФОРМА ОЦЕНКИ РИСКА

ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ

Факторы		Риск		
		Высокий	Умеренный	Низкий
1.	Возраст			
2.	Особенности развития и личности ребенка			
3.	Особенность травм			
	<i>3.1. Локализация травмы</i>			
	<i>3.2. Тип травмы</i>			
	<i>3.3. Частота нанесения травмы</i>			
4.	Особенности поведения родителей, говорящие о возможности жестокого обращения			
5.	Роль эмоционального вреда			
6.	Индивидуальные особенности родителей			
	<i>6.1. Готовность родителей признать случай жестокого обращения с ребенком</i>			
	<i>6.2. Заболевания, влияющие на поведение родителей</i>			
	<i>6.3. Родительские навыки</i>			

	<i>воспитания</i>			
7.	Свобода доступа виновника насилия к ребенку			
8.	Бытовые условия и окружение			
9.	Предыдущие сообщения или случаи жестокого обращения			
10.	Восприимчивость к кризисам			

ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА РИСКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Ребенка _____

(Ф.И.О., г.р.)

Подпись специалиста (ов)

_____ (_____)

_____ (_____)

Дата _____

Раздел 3. Уязвимость ребенка перед жестоким обращением.

Есть несколько факторов, которые делают детей более или менее уязвимыми перед насилием или неудовлетворением потребностей. К ним относятся следующие:

1. Возраст ребенка.

Надлежащая оценка возраста и степени уязвимости ребенка должна принимать во внимание не только его хронологический возраст, но и уровень развития у него навыков самообслуживания.

- высокому риску по возрастному фактору подвержены грудные дети и дети до шести лет, а также дети, уровень развития которых сопоставим с уровнем развития ребенка младшего возраста;
- умеренному риску по возрастному фактору обычно подвержены дети школьного возраста;
- низкому риску по возрастному фактору подвержены дети младшего подросткового и подросткового возраста.

Однако это ни в коей мере не означает, что старшие дети не могут быть подвержены высокому риску! Хронологический возраст ребенка легко устанавливается в процессе наблюдения.

2. Темперамент ребенка, поведение и наличие ограниченных способностей.

- Высокий риск - дети, которые отстают в развитии, страдают серьезными заболеваниями, требуют постоянного внимания со стороны родителей и являются особенно уязвимыми перед внешними стрессфакторами и изменениями в привычном окружении, а также дети, родители которых считают (обоснованно или нет), что они являются «неправильными» или «дефективными» либо что уход за ними требует слишком много времени и сил.
- Умеренный риск - дети, которые проявляют упрямство, самостоятельность, требовательность и хуже приспосабливаются к новым ситуациям, которые родились недоношенными, а также дети, которые немного отстают в развитии или страдают сравнительно менее серьезными заболеваниями. Их родители могут соглашаться с тем, что уход за ними сопряжен с рядом трудностей, но не испытывают чувств растерянности и беспомощности, когда им приходится удовлетворять их особые потребности.

□ Низкому риску по этому фактору подвержены дети, которые обычно живут по распорядку, ведут себя предсказуемо, имеют меньше исключительных потребностей, выглядят довольными и счастливыми, легко успокаиваются и менее уязвимы перед негативными последствиями стресса, а также дети, родители которых не считают, что уход за ними сопряжен с какими-либо особыми трудностями.

3. Особенности полученных прежде травм.

а. Локализация травмы

Любые удары по голове, груди или животу сопряжены с высоким риском нанесения серьезной травмы. Черепно-мозговые травмы и травмы внутренних органов могут привести к смерти или хроническому заболеванию.

Небольшие или умеренно большие гематомы на ягодицах и бедрах при отсутствии других травм могут свидетельствовать о том, что уровень риска несколько ниже. И естественно, следы сильных повреждений на любой части тела говорят о высоком уровне риска.

б. Тип травмы

Более серьезные травмы и травмы, сопряженные с риском для жизни, такие как ожоги от погружения в горячую жидкость, гематомы, возникшие в результате нанесения ударов кулаками в область живота, сухие контактные ожоги и травмы, нанесенные колющими и режущими предметами в виде наказания, могут свидетельствовать об эмоциональной неустойчивости и нерациональности поведения родителей, что указывает на **высокий уровень риска**.

Напротив, несмотря на то, что следы от удара ремнем или ссадины на ягодицах и ногах указывают на применение без всякой на то необходимости избыточной силы, эти травмы менее опасны для жизни и здоровья ребенка.

в. Частота нанесения травм

Единичный случай жестокого обращения с ребенком в семье, которая в целом является вполне функциональной, свидетельствует о том, что она переживает острый стресс. Риск повторного причинения детям вреда в таких семьях ниже, чем в семьях, где дети в прошлом часто становились жертвами насилия или неудовлетворения потребностей.

4. Особенности поведения родителей, говорящие о возможности насилия.

Одни и те же поступки родителей могут с большей или меньшей вероятностью привести к причинению ребенку вреда в зависимости от обстоятельств, при которых они произошли. Приведем в качестве примера телесное наказание.

□ 10_летний ребенок, которого один раз выпороли ремнем за то, что он вернулся домой через три часа после наступления темноты, причем сделали это любящие родители, которые считают телесные наказания необходимым элементом воспитания: **низкий риск.**

□ 10_летний ребенок, который получил такую же порку за то, что он пролил стакан молока, или которого подвергают такому наказанию чаще, чем остальных детей в семье: **умеренный риск.**

□ 10_летний ребенок, которого периодически подвергают порке вне всякой связи с его поведением: **высокий риск.**

Если родители, действуя в соответствии со своими культурными установками, прибегают к телесному наказанию как к законному и необходимому средству защиты своего ребенка от грозящих ему опасностей путем наложения определенных ограничений на его поведение, такой ребенок подвержен меньшему риску, чем ребенок, которого родители регулярно подвергают телесным наказаниям, стремясь при этом удовлетворить свои собственные эмоциональные потребности.

□ 4_летний ребенок с насморком, которому не оказывается медицинская помощь: **низкий риск.**

□ 4_летний ребенок с насморком, больным горлом и температурой 39,5 градуса, которому не оказывается медицинская помощь: **умеренный риск.**

□ 4_летний ребенок с насморком, высокой температурой, воспаленными легкими, который не может нормально дышать и которому не оказывается медицинская помощь: **высокий риск.**

5. Роль эмоционального вреда в определении уровня риска.

В семьях, где случаи физического насилия или неудовлетворения физических потребностей детей имеют место **при наличии в целом здоровой эмоциональной атмосферы, дети меньше подвержены риску**

возникновения эмоциональных расстройств или причинения психологического вреда.

Ребенок, живущий в строгой, но заботливой семье, где родители не скупятся на телесные наказания, которые оставляют на теле ребенка синяки, меньше подвержен риску причинения ему эмоционального вреда, чем ребенок, чьи родители столь же часто прибегают к телесным наказаниям, но делают это без каких-либо очевидных причин, а в остальное время принижают или игнорируют ребенка.

Аналогичным образом ребенок, живущий с умственно отсталой матерью, которая не в состоянии обеспечить его безопасность, но часто с ним играет, уделяет ему внимание и при этом открыто проявляет положительные эмоции, меньше подвержен риску причинения ему эмоционального вреда, чем ребенок, чья мать попросту игнорирует его большую часть времени.

6. Индивидуальные особенности родителей.

(а) готовность родителей признать случай жестокого обращения с ребенком и принять меры к защите ребенка;

(б) заболевания, влияющие на поведение родителей;

(в) родительские навыки воспитания.

а. Признание случая жестокого обращения с ребенком и стремление защитить ребенка.

Степень, в которой родитель готов вмешаться в ситуацию в интересах ребенка и устранить условия, приведшие к жестокому обращению с ним, является важнейшим фактором оценки уровня риска.

Высокий риск - родители отказываются признать факт жестокого обращения с ребенком, выдумывают неправдоподобные истории, пытаются объяснить травму или заболевание ребенка, и не признают, что ребенок нуждается в защите. К этой же категории относятся родители, которые признают существование потенциально опасной ситуации, но отрицают, что это подвергает риску их ребенка. (Например, родители двухлетнего ребенка говорят: «Он понимает, что нельзя подходить близко к яме; он в нее не упадет».)

Умеренный риск - родители признают, что ребенок получил или может получить травму, но у них отсутствует готовность или способность изменить

сложившуюся ситуацию. Такие родители могут предпринять усилия к тому, чтобы осуществить необходимые изменения, частично завершить эти усилия или осуществить некоторые из необходимых изменений, тем самым снизив уровень риска, но не устранив его до конца.

□ Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители без всяких оговорок признают, что они обязаны принимать меры по защите своего ребенка, и незамедлительно осуществляют все необходимые изменения. К этой категории можно отнести, например, мать, которая добивается судебного запрета на приближение своего мужа или сожителя к дому, узнав, что тот допустил сексуальное насилие в отношении ее дочери.

Присутствие рядом с ребенком родителей или воспитателей, готовых при содействии социального работника изменить опасную ситуацию, может значительно сократить уровень риска, даже если речь идет о возможности серьезного насилия над ребенком или неудовлетворения его жизненных потребностей. Например, ребенок может остаться в семье, где условия его проживания не соответствуют даже минимальным стандартам, под постоянным надзором со стороны сотрудников органов защиты детства, если мать в кратчайшие сроки отдаст его в детский сад, согласится принять услуги по оказанию помощи в ведении домашнего хозяйства и начнет заниматься с психологом и посещать занятия по программе обучения родительским навыкам.

Ребенок подвержен меньшему риску, если у родителей отмечаются следующие конструктивные схемы поведения.

□ Вербальные и эмоциональные реакции родителей указывают на то, что они переживают из-за полученной ребенком травмы и чувствуют свою вину и ответственность за жестокое обращение с ним.

□ Родители демонстрируют искреннее сочувствие ребенку и выражают желание не причинять ему вреда.

□ Родители проявляют готовность сотрудничать с социальным работником и принять от него помощь с целью не допустить повторения случаев жестокого обращения с ребенком.

□ Родители допускают жестокое обращение с ребенком только в ситуациях, когда они находятся под воздействием сильного стресса, в отсутствие же такого стресса справляются со своими родительскими обязанностями и проявляют эмпатию к ребенку. Выявление и устранение факторов,

содействующих жестокому обращению с ребенком, и обучение родителей методам управления событиями, ведущими к случаям насилия, и безопасного выражения гнева в стрессовых ситуациях могут значительно повысить уровень безопасности ребенка.

□ Мать или отец, не виновные в жестоком обращении с ребенком, инициируют и эффективно осуществляют действия, направленные на защиту ребенка.

б. Заболевания и индивидуальные особенности родителей, влияющие на исполнение ими родительских обязанностей.

□ Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители страдают заболеванием, которое резко снижает уровень их функциональности, отрицают существование проблемы, не обращаются за медицинской помощью или не выполняют указания врача. К этой категории также относятся родители, которые отрицают, что их заболевание или поведение отрицательно сказывается на качестве ухода за ребенком. В качестве примера можно привести женщину, которая признает, что регулярно употребляет кокаин, но полагает, что это позволяет ей лучше справиться со своими материнскими обязанностями и лучше понимать потребности своих детей. Или женщину-алкоголичку, которая не считает случающиеся у нее провалы в памяти проблемой, поскольку ее четырехлетняя дочь «уже достаточно взрослая, чтобы позаботиться о себе».

□ Умеренный риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители страдают менее серьезными заболеваниями, которые не мешают им удовлетворять базовые потребности ребенка, либо симптомы которых успешно купируются, когда они принимают необходимые лекарственные средства или получают помощь со стороны. В качестве примера можно привести мать, которая страдает психическим заболеванием, связанным с расстройством мышления, и порой ведет себя очень странно; однако если она принимает прописанные ей лекарства, то ей удастся избегать ситуаций, когда жизнь и здоровье ее детей подвергаются опасности. Другой пример: умственно отсталая мать, которая в силу своих ограничений не в состоянии усвоить сложные родительские навыки, но вполне сносно удовлетворяет базовые потребности своих детей и дает согласие на посещение ими детского учреждения, где они смогут участвовать в деятельности, необходимой для их нормального развития.

□ Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители не страдают заболеваниями, которые снижают уровень их функциональности, или когда симптомы таких заболеваний полностью купируются медикаментозным лечением, терапией или сторонней поддержкой. Среди конструктивных моделей поведения родителей, которые можно квалифицировать как сильные стороны, отмечаются следующие:

□ родители признают, что их заболевание оказывает негативное воздействие на качество ухода за ребенком;

□ родители обращаются за медицинской помощью и выполняют указания врача;

□ родители принимают от других людей помощь в выполнении своих родительских обязанностей, которые они не в состоянии выполнять самостоятельно;

□ другой родитель или член семьи готов взять на себя основную ответственность за выполнение большей части непосредственных родительских обязанностей.

в. Родительские навыки воспитания.

□ Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители совершенно не владеют навыками воспитания и ухода за детьми, ничего не знают о том, как должен развиваться ребенок. В качестве примера можно привести молодую мать, которая так и не научилась готовить молочную смесь и кормить своего грудного ребенка, в результате чего ребенок не прибавляет в весе. К этой категории также относятся родители, поведение которых создает прямую угрозу жизни и здоровью ребенка, например, родители, которые применяют жестокие телесные наказания или оставляют ребенка без какого-либо присмотра.

□ Умеренный риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители очень слабо владеют навыками воспитания. К этой категории относятся родители, которые применяют методы поддержания дисциплины, не соответствующие возрасту ребенка и непонятные ребенку; кормят своих детей, но почти ничего не знают о правильном питании; пытаются присматривать за своими детьми или поддерживать дисциплину, но не могут контролировать поведение детей; не всегда предоставляют своим детям стимулирующее, необходимое для нормального роста и развития.

□ Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда родители достаточно хорошо владеют навыками воспитания и в состоянии удовлетворять базовые потребности своих детей; способны обеспечить нормальное развитие детей; способны создать для детей безопасную среду, установить необходимые ограничения и предоставить детям достаточное стимулирование.

Существует ряд факторов, которые следует квалифицировать как сильные стороны семьи, даже если усилия родителей, направленные на воспитание детей, неэффективны или не соответствуют уровню их развития. К ним относятся следующие: родители выражают желание правильно истолковывать сигналы, посылаемые детьми, и реагировать на них соответствующим образом; родители искренне заинтересованы в том, чтобы их дети росли здоровыми и счастливыми; родители демонстрируют здоровую привязанность к своим детям. Такие родители могут извлечь немалую пользу, посещая курсы для родителей или получая социальные услуги, оказываемые по месту жительства. Это позволит им повысить качество ухода за своими детьми, тем самым снизив уровень риска.

Информацию по этому фактору можно получить, организовав прямое наблюдение за родителями в моменты, когда они кормят, купают, воспитывают своих детей или играют с ними, либо расспросив родителей о том, какие методы воспитания детей они предпочитают. Наиболее информативными будут ответы на открытые вопросы, например: «Что вы делаете, когда ребенок начинает бросаться едой?» или «Как вы поступаете, когда ребенок мочится в кровать?»

7. Свобода доступа виновника насилия к ребенку.

□ Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда виновник не контролируется членами семьи, все еще находится в доме или может легко проникнуть в дом, может прибегнуть к насилию, если кто-либо попытается ему в этом воспрепятствовать, или проигнорирует судебный приказ, запрещающий ему приближаться к ребенку.

□ Умеренный риск по этому фактору существует в ситуациях, когда виновник имеет ограниченный доступ к ребенку, а члены семьи демонстрируют готовность помешать ему причинить вред ребенку, но не уверены, что это им удастся.

□ Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда виновник находится далеко от ребенка и его возвращение не ожидается и/или когда члены семьи готовы и способны помешать виновнику получить доступ к ребенку. Даже если виновник находится в доме, но члены семьи могут проследить за тем, чтобы он никогда не оставался наедине с ребенком, и/или ребенок может себя защитить, то уровень риска, которому подвержен ребенок, невысок. В качестве примера можно привести ситуацию, когда мать, почувствовав, что муж собирается распустить руки, отправляет детей ночевать к бабушке.

8. Бытовые условия и непосредственное окружение ребенка.

□ Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда дом не пригоден для проживания, предназначен к сносу или имеются условия, угрожающие здоровью и безопасности детей.

□ Умеренный риск по этому фактору существует в ситуациях, когда дом нуждается в ремонте и по ряду причин угрожает здоровью или безопасности, но может быть приведен в состояние, обеспечивающее минимальный уровень безопасности.

□ Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда бытовые условия не представляют серьезной угрозы здоровью или безопасности детей.

Важно принимать во внимание мнение родителей о том, какие условия проживания можно считать безопасными для детей. Даже если бедность или другие социальные факторы ограничивают возможности родителей в плане перемещения семьи в более безопасное жилье, компетентные родители стремятся устранить наиболее очевидные угрозы даже в некачественном жилье. Например, у них может не быть денег на то, чтобы заменить разбитое оконное стекло, но они попытаются поставить преграду на пути холодного воздуха, заделав окно пластиковыми мусорными пакетами, полотенцами и клейкой лентой.

9. Предыдущие сообщения или случаи жестокого обращения с детьми.

□ Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда в прошлом в органы защиты детства неоднократно поступали подтвердившиеся сигналы о жестоком обращении с ребенком и органы защиты детства или другие государственные органы были вынуждены вмешаться.

□ Умеренный риск по этому фактору существует в ситуациях, когда в прошлом в органы защиты детства неоднократно поступали не подтвердившиеся сигналы о жестоком обращении с ребенком или подтвердившиеся сигналы о случаях жестокого обращения с ребенком, которые не привели к серьезным негативным последствиям, причем органы защиты детства уже, возможно, оказывали помощь семье.

□ Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда ранее не поступало сигналов о жестоком обращении с ребенком, семья никогда не попадала в поле зрения органов защиты детства или жалобы, поступившие в органы защиты детства, были явно необоснованными, не соответствовали действительности или являлись результатом борьбы между супругами за право опеки над ребенком или попыток одного супруга причинить неприятности другому.

10. Восприимчивость семьи к кризисам.

Степень, в которой семья подвержена кризисам, определяется тремя переменными факторами: уровнем стресса, переживаемым семьей, восприятием стрессовой ситуации родителями и наличием у семьи возможности прибегнуть к помощи со стороны с целью разрешения стрессовой ситуации.

□ Высокий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда семья постоянно живет в условиях сильного стресса, обладает ограниченными и неадекватными адаптивными навыками и не имеет (или почти не имеет) возможности прибегнуть к сторонней помощи. Такие семьи сильно уязвимы перед кризисами. К этой категории относятся также семьи, которые сознательно отказываются от сторонней помощи или предпочитают самоизоляцию.

□ Умеренный риск по этому фактору существует в ситуациях, когда семья живет в условиях значительного стресса и в целом справляется с возникающими перед ней проблемами, однако поведенческие признаки и эмоциональное состояние или настроение указывают на то, что это удается ей с большим трудом. Наличие среднего или высокого уровня тревоги, депрессии и усталости говорит о том, что появление дополнительного стресс-фактора или утрата одного из каналов сторонней помощи может в любой момент спровоцировать кризис.

□ Низкий риск по этому фактору существует в ситуациях, когда потребности семьи удовлетворяются и семья живет в условиях сравнительно небольшого внешнего стресса, имеет и активно использует хорошо развитые и надежные системы поддержки и эффективные индивидуальные адаптивные навыки. Наличие в семьях, живущих в условиях сильного стресса, конструктивных адаптивных навыков (даже если они существуют лишь в зачаточной форме) представляет собой важное положительное качество. Такие семьи обращаются за сторонней помощью; эффективно используют все имеющиеся в их распоряжении ресурсы, какими бы ограниченными они ни были; по мере возможности избегают стрессовых ситуаций; используют различные методы разрешения проблемных ситуаций; проявляют готовность применить новые решения сложных проблем. Социальные работники могут оказывать семьям помощь в расширении их возможностей в плане адаптации к сложным жизненным условиям и разрешения проблемных ситуаций, тем самым сокращая уровень стресса.

Раздел 4. Уровни риска жестокого обращения с ребенком.

Уровень риска, которому может быть подвержен ребенок, варьируется от низкого до высокого.

Высокий уровень риска предполагает, что, если органы, уполномоченные принимать меры по защите прав и законных интересов ребенка, не вмешаются в ситуацию и ребенок будет оставлен в семье, то вероятность причинения ему серьезного вреда является значительной (вплоть до нанесения увечий и летального исхода).

Конструктивные схемы поведения родителей не сформировались, либо семейные обстоятельства препятствуют их применению.

Средний уровень риска предполагает, что, если ребенок останется в семье, то ему может быть причинен определенный вред. В таких случаях показано вмешательство органов, уполномоченных принимать меры по защите прав и законных интересов ребенка. При этом отсутствуют признаки, указывающие на то, что ребенку грозит непосредственная опасность серьезных физических травм или смерти.

Это означает, что, несмотря на присутствие факторов риска нарушения прав и законных интересов ребенка, в семье применяются конструктивные схемы поведения и присутствуют другие факторы, которые позволяют в определенной степени контролировать уровень риска.

Низкий уровень риска предполагает, что родители в стрессовых ситуациях могут неэффективно выполнять некоторые родительские обязанности: с задержкой удовлетворять отдельные, важные для здоровья и развития потребности ребенка; использовать физические наказания как способ дисциплинирования ребенка; на некоторое время снижать качество ухода за ним и пр.

При этом есть убедительные факты, свидетельствующие о том, что в целом в семье активно и последовательно применяются конструктивные схемы поведения, содействующие нормальному воспитанию и развитию детей, родители осознают спорность некоторых своих педагогических приемов. В подобных ситуациях вмешательство органов, уполномоченных принимать меры по защите прав и законных интересов ребенка, не требуется, родителям должны быть даны рекомендации по обращению за психолого-педагогической помощью или они должны быть взяты на психолого-педагогическое и социальное сопровождение.

Факторы риска нарушения прав и законных интересов ребенка должны оцениваться и ранжироваться независимо друг от друга. Общий риск причинения ребенку вреда является результатом взаимодействия всех выявленных факторов. Несколько факторов умеренного риска могут в своей совокупности дать картину высокого риска. Аналогичным образом присутствие одного сильного нейтрализующего фактора или фактора безопасности может снизить риск до низкого уровня.



ПРОЦЕСС ОЦЕНКИ РИСКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ

Процедура оценки риска жестокого обращения заключается в проведении последовательной оценки степени выраженности факторов, способствующих возникновению жестокого обращения с ребенком в семье, а также влияющих на его уязвимость ребенка в отношении жестокого обращения.

Для проведения оценки риска специалист должен использовать следующие документы:

- Форма «Форма оценки безопасности и оценки риска жестокого обращения с ребенком»
- Пособие «Методическое руководство для заполнения формы оценки безопасности и оценки риска жестокого обращения с ребенком»

Взрослые члены семьи имеют право участвовать в проведении оценки риска жестокого обращения, обсуждая со специалистом результаты его оценки по каждому из рассматриваемых факторов. Такой порядок проведения процедуры помогает родителям понять причины вмешательства специалистов в дела семьи, а специалистам продемонстрировать свою поддерживающую профессиональную позицию.

Специалист должен, в случае, если ему необходимо получить дополнительную информацию, провести опрос представителей ближайшего окружения семьи, специалистов, которые работали с членами семьи (врачи, педагоги, социальные работники, и пр.).

Итоговая оценка является интегральной, получаемой специалистом на основании анализа всего объема собранной информации. Не допускается принятие решения на основании статистической обработки результатов.

Результаты оценки заносятся в «Форму оценки безопасности и оценки риска жестокого обращения с ребенком».



ВЫВОДЫ И ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОЦЕНКИ РИСКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ

Заключительная задача специалиста, отвечающего за проведение оценки безопасности и оценки риска, состоит в том, чтобы, проанализировав всю информацию, собранную в ходе оценки, разработать рекомендации для органа, уполномоченного принимать меры по защите прав и законных интересов ребенка.

Возможны следующие варианты рекомендаций:

1. Сигнал о нарушении прав и интересов ребенка не подтверждается, свидетельства того, что ребенку угрожает непосредственная опасность, отсутствуют. Необходимости в принятии мер по защите прав и интересов ребенка не выявлено. *Основания для открытия случая отсутствуют.*

2. Признаки непосредственной опасности для жизни и здоровья отсутствуют. Свидетельства того, что права и законные интересы ребенка нарушены отсутствуют. Однако семья (или ребенок) нуждается в услугах (консультации психолога, оказание помощи в обучении навыкам ухода за детьми, реабилитационная помощь, психолого-педагогическое сопровождение и пр.). Основания для открытия случая отсутствуют, родителям рекомендовано обратиться в соответствующие организации. *Необходимо зарегистрировать результаты обследования семьи.*
3. Есть обоснованные предположения о том, что нарушение прав и законных интересов ребенка (детей) имеет место в настоящем или может иметь место в ближайшем будущем. Сведения о том, что в прошлом права и интересы ребенка нарушались, не подтвердились, однако необходимо принять меры по обеспечению безопасности ребенка и/или защите его прав и законных интересов. *Случай необходимо открыть.*
4. Результаты оценки подтверждают факт нарушения прав и законных интересов ребенка и/или указывают на то, что ему угрожает непосредственная опасность. Необходимо принять меры к обеспечению безопасности ребенка и/или защите его прав и законных интересов. *Случай необходимо открыть.*

Дата утверждения плана

« ____ » _____ 20 г.

ПЛАН РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА И СЕМЬИ

Состав семьи: Ф.И.О., год рождения, характер родства

1. _____ ; 2. _____

3. _____ ; 4. _____

Проблема случая _____

Природа проблемы

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Основная цель работы _____

Промежуточные цели работы:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

ПЛАН СОВМЕСТНЫХ ДЕЙСТВИЙ

ДЕЙСТВИЯ РОДИТЕЛЕЙ	ДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ	СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННЫЙ
Промежуточная цель №1:		
Промежуточная цель №2:		
.....		

Подпись участников:

Родители

Куратор случая

Раздел 6. Оценка безопасности ребенка.

Безопасность ребенка – это ключевой момент в работе по защите детей. Соцработники должны быть бдительны к моментам, могущим указать на то, что ребенок в семье подвергается какой-либо опасности (т.е. не навредили ли ребенку вследствие имевшего или имеющего места плохого обращения, есть возможность нанесения серьезного вреда в ближайшем будущем). Соцработники должны внимательно выявлять такие случаи, быстро реагировать и гарантировать защиту ребенка.

Первый контакт с семьей – чрезвычайно важный момент для проведения оценки безопасности ребенка. Тут присутствуют исключительные по сравнению с другими встречами условия – это момент самого первого знакомства, а значит и первого впечатления и первой оценки. Однако процесс проведения оценки непрерывен, т.к. он продолжается на протяжении всей работы со случаем. Первоначально соцработники могут получить только лишь отрывочную информацию от информатора, которая обычно не дает никаких сведений о самой семье. Без вынесения первоначального решения о безопасности ребенка недостаточно информации для того, чтобы адекватно действовать в соответствии с ситуацией. Если затягивать вмешательство до получения более подробной информации, то в результате ребенку может быть нанесен серьезный ущерб. И наоборот, слишком быстрое и интенсивное вмешательство может повлечь за собой ненужные травматические последствия для ребенка и для семьи.

Завершение проведения оценки безопасности на уровне поступления сигнала в социальную службу позволяет соцработникам определить, есть ли опасность причинения вреда ребенку в данный момент, а также разработать краткосрочный план интервенции, который называется план по безопасности, для стабилизации ситуации в семье, контроля над установленной угрозой или нахождения альтернативного места для помещения туда ребенка в целях безопасности до момента, пока не будет проведена более глубокая оценка семьи и не будет до конца определено, в каких услугах ребенок нуждается.

Информация по оценке безопасности также обеспечивает необходимыми данными для вынесения решения по делу. Семьи часто обращаются в органы социальной защиты с множеством проблем и нужд. Однако как не все дети находятся в опасности на момент обращения в социальную службу, так они и не всегда находятся в группе риска оказаться под угрозой в будущем. Если социальный работник не может

дифференцировать семьи, дети в которых нуждаются в защите, от семей, где необходима более общая поддерживающая форма социальных услуг, то он может открыть гораздо больше случаев, чем это необходимо, что может увеличить поток работы, и как результат, уменьшить способность социальных органов концентрироваться на семьях, где безопасность ребенка действительно вызывает серьезные опасения. Оценка безопасности и предназначена для определения угрозы нанесения вреда ребенку и делает возможным интервенцию, имеющую целью проконтролировать уже выявление угрозы. Эта информация может помочь соцработникам принять решение по делу, определить на этапе поступления сигнала и диагностики случая, какие семьи не нуждаются в дальнейшей помощи непосредственно органов опеки и попечительства. При этом органы опеки могут быть уверены, что безопасности ребенка ничего не угрожает. Другим инструментом, помогающим принять это решение, является оценка потенциального риска.

Уверенность в том, что ребенок находится в безопасности во время первого визита, имеет ключевое значение и именно проведение оценки безопасности помогает убедиться в этом.

Цель проведения оценки безопасности – тщательное и своевременное определение детей, находящихся в «опасности» - тех, кто недавно подвергся или на данный момент подвергается физическому или сексуальному насилию или тех, чьими нуждами пренебрегают, а также те, кто, возможно, подвергнется всему вышеперечисленному в ближайшее время. Такая «надвигающаяся» опасность может включать ситуации в семье с эскалацией домашнего насилия, или когда у родителя, страдающего серьезным психическим расстройством, бывают периоды обострения, когда ребенок лишен и элементарной заботы, ведь его родители регулярно злоупотребляют наркотиками или алкоголем.

Государственный и федеральный свод юридических законов согласованно определяет жестокое обращение с детьми и пренебрежение их нуждами как серьезную и тяжкую форму обращения с детьми с высоким потенциалом того, что дело закончится серьезной травмой или смертью ребенка.

Право ребенка на защиту

Должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав и

законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. При получении таких сведений орган опеки и попечительства обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребенка (статья 56 п.3. Семейного кодекса РФ)

Именно из-за этих потенциально возможных последствий плохого обращения с детьми органы социальной опеки уполномочены расследовать, определять степень безопасности ребенка, оценивать риск будущего плохого обращения, производить незамедлительные действия для обеспечения безопасности ребенка на долгий срок, если возникает такая необходимость. Термины «жестокое обращение с ребенком» и «безопасность под угрозой» таким образом, подразумевают степень жестокости, достаточной для вмешательства служб соцзащиты даже без родительского согласия, если это необходимо для защиты ребенка.

В таком контексте условия типа «умеренное злоупотребление/умеренное пренебрежение» неприемлемо. Если степень ущерба (возможно, потенциального ущерба) не очень серьезна, то не следует именовать происходящее «злоупотреблением» или «пренебрежением». Существует множество примеров того, что родители в семьях, находящихся в ведении служб защиты ребенка, неадекватны и не удовлетворяют нужды развития ребенка. Эти семьи нуждаются в поддержке и развивающем вмешательстве социальных служб, иногда чтобы предотвратить развитие ситуации в худшую сторону. Но при этом эти семьи не должны быть «записаны» в разряд «жестоких» или «небрежно относящихся к своим обязанностям», и зачастую они лучше и продуктивнее идут на контакт с окружающими людьми и имеющимися ресурсами общины, чем со службами соцзащиты.



ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ РЕБЁНКА

План по обеспечению безопасности должен:

- Четко определить угрозы для безопасности ребенка
- Быть лимитированным по времени, с четко поставленными сроками
- Быть реалистичным (чтобы семья могла выполнить его условия и следовать его рекомендациям)
- Быть детализированным
- Включать метод мониторинга за исполнением плана
- Возможно включить вариант вовлечения других людей / служб, чтобы убедиться в том, что ребенок защищен.

Факторы, требующие рассмотрения при проведении оценки безопасности ребенка

1. Факторы, угрожающие безопасности ребенка

- Ребенок получил серьезный физический ущерб.
- Родитель или опекун не смогли, не могут или не смогут защитить своего ребенка от потенциально серьезного ущерба, исходящего от других людей (членов семьи), имеющих доступ к ребенку.
- Родитель или опекун или же другое лицо, имеющее доступ к ребенку, угрожали ребенку серьезными травмами.
- Поведение кого-то из членов семьи в доме или другого человека, имеющего доступ к ребенку, носит насильственный характер или вышло из-под контроля.
- Любой член семьи в доме или другой человек, имеющий доступ к ребенку, действует преимущественно в негативном ключе или имеет абсолютно нереальные ожидания от ребенка.
- Наркотики и алкоголь, которые используют члены семьи или другие люди, имеющие доступ к ребенку, предположительно ставят безопасность ребенка под угрозу.

- Поведение членов семьи или других людей, имеющих доступ к детям, симптомы психического или физического расстройства здоровья или неспособность позаботиться о ребенке также несет в себе большую угрозу.
- Обстановка дома предполагает, что безопасность ребенка находится под угрозой.
- Насилие в семье предполагает серьезную физическую и/или эмоциональную угрозу для ребенка.
- Семья отказывается предоставить возможность общаться с ребенком или есть опасность, что семья исчезнет из-под наблюдения социальных служб.
- Родитель или опекун не может внятно объяснить серьезные повреждения у ребенка или плохое физическое состояние.
- Родитель или опекун не хочет или не может удовлетворить серьезные физические или психические нужды ребенка.
- Ребенок, предположительно, подвергается сексуальному насилию или эксплуатации и обстоятельства предполагают угрозу его безопасности.

2. Историческая информация

Соцработник должен собрать настолько полную информацию, насколько это возможно по тому, какие случаи плохого обращения с ребенком были раньше в семье и условия их сопровождавшие. Некоторые критерии, перечисленные выше, отражают возможные злоупотребления по отношению к ребенку. Использование исторических данных может помочь интерпретировать полученную сейчас информацию и помочь в ее оценке, предлагая потенциальные объяснения происходящему в семье на основе прошлого опыта. Однако важно помнить, что информация по прошлому может быть и не точной или неправильно интерпретированной, и точность оценки безопасности зависит именно от точности оценки текущей информации.

История предыдущих случаев плохого обращения может также помочь соцработнику определить потенциальные социальные нужды семьи, чтобы предотвратить продолжение или возрастание вреда от актов плохого обращения.

3. Детская Ранимость

Некоторые дети более ранимы и острее воспринимают плохое обращение с ними, чем другие. В целом, к таким детям могут относиться очень маленькие дети (младенцы, малыши, только начавшие ходить и дошкольники), дети, которые пока еще не говорят и дети с отставанием в развитии или в физическом/медицинском плане, плохое обращение с ними влечет несравнимо более серьезные последствия.

Пренебрежение, например, недостаточное кормление, может сказаться на том, что ребенок будет отставать в развитии, это имеет большое влияние на становление мозга.

Мягкий череп и хрупкие кости младенцев и малышей, только начавших ходить, очень остро воспринимают любого вида встряску или раны, следовательно, у ребенка могут возникнуть такие последствия, как повреждение мозга, сломанные кости, повреждение внутренних органов и т.д.

Еще не говорящие дети не могут выразить свои мысли и свою неудовлетворенность словесно. Они выражают свое отчаяние и недовольство плачем, криком или поведением, которое родители могут воспринять, как нервную реакцию их. Родители часто чувствуют растущую неудовлетворенность малыша, но не могут определить, что же неправильно и, как следствие, не могут успокоить малыша.

Дети с отставанием в развитии или какой-либо инвалидностью также могут с трудом делать что-то, что естественно для их возраста, они менее приспособлены к защите самих себя или раскрытию своего недомогания.

Маленькие дети с трудом идут на контакт с взрослыми вне их семьи, которые как раз и могут им помочь, чтобы предотвратить случаи плохого обращения.

4. Защитные возможности:

Определение угрозы для безопасности ребенка дает соцработнику только частичную информацию о том, находится ли сейчас ребенок под угрозой.

Соцработник должен также оценить силу ресурса в самой семье, окружении, а также в обществе, которое может сократить,

проконтролировать и предотвратить появление угрозы для безопасности, имеющей пагубное влияние на ребенка.

Примеры защитных факторов включают следующее:

- В семье ребенка или в окружении есть взрослые, которые могут гарантировать ему безопасность.
- Возможность оказать немедленную помощь работнику в устранении опасности или создании благоприятных условий в доме.
- Доступная немедленная помощь родителям в контроле над факторами, несущими угрозу для ребенка (например, привлечение взрослого, который хочет, может, и будет помогать матери воздерживаться от выпивки и соответственно потери способности ухаживать за ребенком).
- Кто то из членов семьи, готовый взять на себя ответственность сообщать социальному работнику о изменении ситуации дома.
- Семья ребенка осознает опасность и стремится помочь защитить ребенка от опасности.

Раздел 7. Общие принципы изменений.

Существуют прогнозируемые фазы изменений. Для того чтобы помочь людям измениться, полезно понимать динамику процесса изменений

Хохман и Миллер, 1998 и Ролник 1991

Пред-осознание. В этой стадии клиенты могут не осознавать, что у них есть проблема. Они могут минимизировать проблему или не признавать ее наличия, занимать оборонительную позицию при опросах и проявлять отсутствие интереса к изменениям.

Осознание. На этой стадии клиенты осознают наличие проблемы, но, думая о ней, еще не настроены на какие-либо изменения. Они колеблются по поводу изменений и могут проявлять беспокойство по поводу того, что эти изменения для них означают.

Подготовка. Клиенты думают об изменениях, которые необходимы и взвешивают возможные позитивные и негативные стороны. Они могут решить, что позитив перевешивает негатив и двинуться в сторону необходимых изменений, а могут решить, что необходимые изменения слишком тяжелы или рискованны для них и сделать шаг назад.

Действие. На этой стадии клиенты предпринимают шаги для изменений и постоянны в таком поведении, по крайней мере, шесть месяцев.

Поддержание. Клиенты чувствуют себя все более комфортно в условиях изменений и проявляют постоянство в поддержке изменений.

Клиенты могут повторно проходить через стадии.

Рецидив является обычной частью процесса изменений.

Очень важно тщательно оценить на какой стадии находится ваш клиент. Социальный работник может считать, что клиент находится в стадии действия и подтолкнуть его к шагам, к которым он не готов и тогда он может начать сопротивляться.

Препятствия изменениям

Существует ряд препятствий, противодействующих изменениям.

Психологические барьеры включают тревожность, страх, желание все оставить как есть и ничего не менять.

Межличностные барьеры включают негативное влияние других и боязнь вреда.

Восприятие клиентом изменений может тоже быть барьером.

- Если изменения добровольны, человек может проявлять меньше сопротивления и более позитивно относиться к изменениям.
- Если человек чувствует, что его вынудили к изменениям, он может сопротивляться сильнее и испытывать злость по отношению к изменениям.
- Если человек принимает изменения, как управляемое испытание, он может вести себя в соответствии с навыками решения проблем.
- Если человек чувствует, что изменения связаны с какой-либо угрозой (для его самоуважения, репутации и т.д.) у него могут быть проблемы в содействии изменениям, и он может больше сопротивляться.
- Если количество изменений кажется избыточным, человек может расслабиться - стать неспособным предпринимать какие-либо действия в направлении изменений. В этом случае разделение больших изменений на более мелкие, управляемые части может помочь.

Большинство изменений связано с потерями. Например, люди часто теряют привычный образ жизни. Даже если «старый» образ жизни был связан с дискомфортом и проблемами, люди часто сожалеют о потере того, что знакомо и беспокоятся по поводу изменений. Кроме того, и чисто практические потери тоже имеют место. Например, развод часто связан с потерей финансовой безопасности, излечение от алкогольной зависимости требует значительных изменений в выборе друзей, местах, которые человек посещает и в том, чем он занимается, все это ведет к потерям. Социальные работники должны распознавать потери, которые сопровождают изменения, и помогать людям найти опору для того, чтобы с этими потерями смириться. Человеческие взаимоотношения в ходе работы со случаем могут стать мощным фактором, укрепляющим мужество и поддержку в процессе изменений. Социальные работники могут увидеть в человеке больше силы и адаптационных навыков, чем он/она видит сам, и помочь ему, давая возможность увидеть как другие клиенты адаптируются к изменениям. Это можно использовать для того, чтобы укрепить в клиенте уверенность в своих силах и дать ему надежду, когда у него самого ее мало.

Типы мотиваций

Осознавая, что мотивация является результатом взаимодействия, социальные работники должны смещать фокус с мотивации как прилагательного, которое описывает состояние клиента («мотивированный»), на мотивацию как активный глагол – действие, за которое они отвечают («мотивировать») (Miller and Rollnick, 1991). Для того чтобы выполнять свою работу –

мотивировать – социальные работники должны иметь четкое представление о мотивации.

Основные типы мотивации (Pelletier, et. al. 1997):

Внутренняя: Мотивация, которая идет изнутри. Это может быть желание жить в рамках собственной системы ценностей, зная, что ваши родители одобрили бы это, или чтобы повысить собственную самооценку. Человек ведет себя определенным образом, независимо от внешних причин или ограничений.

Внешние: Поведение, которое изначально мотивировано внешними факторами. Человек ведет себя не по собственному усмотрению, но для того, чтобы получить награду или избежать наказания может со временем стать мотивированным изнутри.

Демотивация: Поведение, которое имеет место, когда человек не видит связи между действием и результатом. Человек может делать что-то, не зная при этом зачем и не понимая цели своих действий. Родитель, который посещает занятия для родителей, но не знает при этом, зачем он это делает, является примером такого поведения.

Что влияет на мотивацию

Степень контроля: Когда у клиентов отсутствует (находится на очень низком уровне) контроль над тем, что они делают; понимание того, как они могут это сделать, уровень их активности то же будет низок. В результате поведение в большей степени внешне мотивировано и изменения менее устойчивы. Факторы, которые заставляют клиента поверить, что его/ее самоконтроль находится на низком уровне: депрессия и чувство безнадежности и беспомощности, которые часто сопровождают депрессию; уверенность в том, что попытки изменить ситуацию тщетны – многим из наших клиентов их личный опыт подсказывает, что это именно так; некоторые родители могут потерять контроль над другими аспектами своей жизни, они могут потерять контроль над отношениями с партнерами, подвергающимися их насилию, могут потерять контроль над собственными проявлениями насилия, потерять контроль над своими жизнями из-за тюремного заключения и т.д. Поэтому социальному работнику могут потребоваться большие усилия, чтобы поддержать их и помочь поверить, что они могут вернуть контроль над своими жизнями.

Тип получаемой обратной связи: Негативная обратная связь, по сути свидетельствующая о некомпетентности клиента, воспринимается клиентами как контролирующая и, в результате, снижает внутреннюю мотивацию

поведения. С другой стороны позитивная обратная связь, которая воспринимается как поддерживающая и полезная, укрепляет чувство уверенности и усиливает внутреннюю мотивацию.

Позитивная межличностная вовлеченность: Ощущение того, что социальный работник интересуется жизнью своих клиентов и заботится о них, усиливает их внутреннюю мотивацию. Без такой вовлеченности клиенты теряют желание внедрить изменения в свою жизнь.

Дополнение: Для того чтобы что-то изменить, необходима комбинация дискомфорта или неудовлетворенности и надежды на то, что изменение возможно. Социальные работники часто могут пробудить эту надежду через заботливое отношение. Работник может поверить в способность клиента к изменениям до того, как он сам приобретет эту веру; похвалить силу воли клиента, его стремление к улучшению; рассказать о других семьях, в которых изменения уже произошли.

Когда клиенты в состоянии почувствовать контроль над ситуацией, когда существует позитивная обратная связь, когда они чувствуют, что вмешательство в их жизнь происходит от стремления помочь, чувствуют заботу о себе, то существует гораздо больше шансов, что будет поддержана их внутренняя мотивация и что изменения в их жизнях будут устойчивы на протяжении продолжительного периода времени.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения

**ПРОФИЛАКТИКА ОТКАЗОВ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ
В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ**

(рекомендации)

МОСКВА, 2014

Под редакцией Директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Е.Н. Байбариной.

В методических рекомендациях представлены цели, задачи, модель работы по профилактике отказов от новорожденных в акушерских стационарах.

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, социальной защиты населения, образования, руководителей медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, врачей акушеров-гинекологов, а также других специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Цель услуги: предотвращение отказа от новорожденного ребенка в акушерском стационаре.

Задачи:

1. Выявление женщин, изъявляющих устное намерение отказаться от новорожденного ребенка, неуверенных в решении сохранить ребенка или составивших документ «согласие на усыновление» (далее – женщины; выявление женщин происходит в женских консультациях, акушерских стационарах, реже в стационарах других медицинских организаций).
2. Проведение мероприятий по исследованию ситуации и мотивов отказа женщины от ребенка.
3. Помощь женщине в принятии осознанного решения по поводу возможности сохранения ребенка в семье.
4. Организация комплекса мер, направленных на поддержку семьи ребенка, в случаях, когда мать (или ее родственники, представители ближайшего окружения) сохранили ребенка в семье и нуждаются в поддержке.

Целевая группа:

Беременные женщины, выявленные в женских консультациях и изъявляющие устное намерение отказаться от новорожденного ребенка или не уверенные в решении забрать ребенка после родов (в том числе, женщины с выявленным риском рождения ребенка с патологией);

Женщины, находящиеся в акушерском стационаре и изъявляющие устное намерение отказаться от новорожденного ребенка.

Женщины, находящиеся в акушерском стационаре, неуверенные в решении забрать ребенка.

Женщины, находящиеся в акушерском стационаре, составившие документ «согласие на усыновление».

Женщины, покинувшие стационар без ребенка, без составления документа «согласие на усыновление», не объяснив причину своего ухода из стационара.

Женщины, находящиеся в родильном доме, родившие ребенка с врожденными нарушениями развития и нарушениями здоровья.

Примечание:

специалисты, вовлеченные в деятельность по профилактике отказов от новорожденных, должны уделять особое внимание (даже при отсутствии признаков наличия риска отказа от ребенка) женщинам с риском/фактом рождения детей с врожденными нарушениями развития (далее – детей/ребенка с ВНР).

В связи с высоким риском отказа от ребенка и наличием специфики в организации помощи для данной целевой группы, работа по профилактике отказов в этом случае требует специальной профессиональной подготовки, поэтому уже на первых этапах целесообразно привлечение специалистов Службы ранней помощи. При отсутствии такой Службы необходимо обеспечить привлечение специалистов, обладающих необходимыми компетенциями для оказания эффективной помощи, как самой женщине, так и ее семье.

Краткое описание основных организационных моделей деятельности по развитию профилактики отказов от новорожденных детей.

Исходя из практики более 26 субъектов Российской Федерации сложились или находятся в процессе становления несколько вариантов организации деятельности:

1. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами медицинских организаций или их структурных подразделений – центры/кабинеты кризисной беременности или центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (например, Томская, Оренбургская, Тюменская, Иркутская области).
2. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами этих же медицинских организаций, в случаях, если в них предусмотрены штатные должности специалистов по социальной работе или психологов (например, Кировская область).
3. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами учреждений социальной защиты населения, или службы ранней помощи при рождении детей с нарушениями, куда информация передается из медицинских организаций

(например, Тюменская, Астраханская, Амурская, Калужская области, г. Уфа, Архангельская область).

Примечание. В Архангельске работа по предотвращению отказов от новорожденных детей с нарушениями осуществляется через организацию взаимодействия родильных домов и отделения раннего вмешательства по инициативе персонала роддома, в том случае, когда:

- мама находится в тяжелом психологическом состоянии, не может полностью отвечать за свои намерения;
- нуждается в немедленной информационной поддержке, которая заключается в сообщении ей исчерпывающих сведений об особенностях организации и сопровождения семей, воспитывающих детей с врожденными нарушениями развития и особыми возможностями здоровья (что ее и ее ребенка не бросят после выписки из роддома; ей и ее семье будет оказана помощь не только медицинская, но и другая: по воспитанию, развитию и психологическая).

4. Выявление женщин осуществляется на базе женских консультаций и акушерских стационаров специалистами данных медицинских организаций. Работа по сохранению ребенка с матерью (по изменению решения об отказе) осуществляется специалистами службы ранней помощи при рождении детей с нарушениями, или социально ориентированными некоммерческими организациями, имеющими соответствующий договор с учреждением здравоохранения, куда информация передается из медицинских организаций (например, Новосибирская, Московская, Иркутская, Томская, Калужская, Пензенская, Оренбургская области Санкт-Петербург, Екатеринбург и т.д.).

При этом в каждой из действующих моделей сопровождение после выписки женщины с ребенком осуществляется специалистами социальных или социально ориентированных некоммерческих организаций, службы ранней помощи при рождении детей с нарушениями.

Документы, рекомендуемые для принятия на уровне субъектов/муниципалитетов для организации деятельности по профилактике отказов от детей.

1. Порядок межведомственного взаимодействия по выявлению и предотвращению семейного неблагополучия, социального сиротства, защите прав и законных интересов детей (пример: Амурская область, см. приложение);
2. Приказ ведомства здравоохранения по учреждениям родовспоможения и женским консультациям об организации деятельности по профилактике отказов от новорожденных детей. В случае, если на базе данных учреждений не выделены ставки специалистов по социальной работе и психологов для работы с отказами или в состав данных учреждений не входят Центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной

жизненной ситуации, то Приказы должны предусматривать привлечение к работе по отказам (передачу информации о выявленных случаях потенциального отказа от ребенка) в организации, осуществляющие такого рода деятельность (Приказ Калужской области, см. приложение).

3. Соглашения между ведомствами здравоохранения и социальной защиты (см. Астраханская область).

4. Соглашения между родовспомогательными учреждениями и СО НКО (см. Новосибирская область).

5. Положение об организации службы ранней помощи на базе учреждений здравоохранения, соцзащиты или образования (см. Архангельск, Санкт-Петербург).

Организация подготовки специалистов, вовлеченных в деятельность по профилактике отказов от новорожденных

При подготовке специалистов медицинских организаций, учреждений социальной защиты населения, службы ранней помощи, социально ориентированных некоммерческих организаций необходимо:

- обучать всех членов междисциплинарной команды специалистов, вовлеченных в процесс оказания данной услуги и в соответствии с их функциональными обязанностями в процессе реализации услуги;

- обучение должно быть межведомственным (т.к. часть образовательной программы модулей одновременно адресуется сотрудникам медицинских организаций и учреждений социальной защиты населения, службы ранней помощи и СО НКО);

- специалисты должны иметь возможность прохождения краткосрочного повышения квалификации (дистанционного или очного);

Примечание: программа подготовки специалистов должна обязательно включать рассмотрение вопросов:

- особенности психологии женщин в послеродовом периоде (формирование привязанности к ребенку, признаков и особенностей протекания послеродовой депрессии, проживания травмы рождения ребенка с ВНР и пр.);

- технология организации реабилитационных мероприятий для целевой группы данной услуги;

- специальные знания, умения и навыки, которые необходимы для эффективной работы с целевой группой данной услуги (семейно-ориентированный подход в социальной работе; особенности профессиональной позиции специалиста; базовые коммуникативные навыки, работа с сопротивлением и вовлечение клиентов в совместную деятельность и др.);

особенности организации помощи для отдельных групп, потребителей услуги: с риском/фактом рождения ребенка с врожденными нарушениями

развития, без гражданства/регистрации по месту жительства, выпускниц интернатных учреждений и др.).

Модель работы.

Реализация услуги по профилактике отказов включает в себя *5 основных этапов*:

1. Выявление женщин с риском отказа от новорожденного ребенка.
2. Прием информации о намерении или факте отказа, принятие решения о работе.
3. Выяснение ситуации и мотивов отказа от ребенка, включение семьи в работу.
4. Помощь в принятии женщиной и ее родственниками осознанного решения по сохранению ребенка в семье.
5. Реабилитационное сопровождение женщины (семьи), либо завершение работы с женщиной, не изменившей своего решения.

Этап № 1. *Выявление женщин с риском отказа от новорожденного ребенка.*

Данный этап реализуется специалистами той медицинской организации, на базе которой выявлена женщина с риском отказа от ребенка: женские консультации, акушерские стационары, детские стационары.

Цель этапа: выявить женщину с риском отказа от новорожденного в акушерских стационарах специалистами медицинских организаций.

Продолжительность этапа: от 1 до 5 дней. Более конкретные сроки зависят от каждого конкретного случая, т.к. свое намерение отказа женщина может озвучить в любой день пребывания в акушерском стационаре.

Основные *технологические шаги* данного этапа:

Выявление женщины с фактом или намерением отказа от ребенка. Все сотрудники акушерского стационара отвечают за выявление риска отказов от новорожденных.

Существуют три основных критерия для выявления:

- женщина открыто говорит о своем решении отказаться от ребенка и ее решение устойчивое;
- женщина выражает неуверенность в своем намерении забрать ребенка из родильного дома;
- рождение у женщины ребенка с нарушениями развития и/или патологиями.

Важно, что при выявлении женщин с риском отказа не имеет значения, составила женщина документ об отказе или еще нет.

Сотрудник, выявивший случай риска/факта отказа от ребенка, в течение 15–30 минут передает сведения о риске/факте отказа специалисту, который

отвечает за передачу информации о риске отказа от новорожденного и является ответственным за работу с отказами по учреждению. Этим специалистом может быть дежурный врач-неонатолог, акушерка и любой другой специалист, назначенный главным врачом для выполнения указанной задачи (с внесением дополнений в его основные функциональные обязанности).

Обязанности специалистов, в процессе выявления:

1. Специалист проводит с женщиной первичную беседу, целью которой является получение согласия женщины на работу с ней по сохранению ребенка в семье.

Все специалисты, должны иметь необходимые для этого навыки, полученные в процессе предварительной подготовки.

Примечание: в случае рождения ребенка с нарушениями развития, в связи с особенностями организации помощи данной целевой группе (специальная информационная и психологическая помощь, совместное сообщение диагноза семье врачом и психологом, необходимость информирования по вопросам семейного воспитания ребенка с данным нарушением развития, перспективах дальнейшего сопровождении семьи и др.) целесообразно уже на первом этапе привлечение специалистов службы ранней помощи, а при отсутствии такой Службы привлечение специалистов, имеющих необходимые компетенции для оказания такой помощи семье.

2. Регистрация случая возможного отказа. Случай регистрируется в специальную форму сотрудником медицинской организации после того, как ответственный специалист получает сведения о намерении матери отказаться от ребенка (Журнал регистрации случаев выявления риска / фактов отказа от новорожденного ребенка).

3. Передача информации о факте/риске отказа в Службу профилактики отказов. После того, как ответственный специалист регистрирует сведения о возможном отказе, он в течение и не позднее 1–3 часов, с согласия женщины, передает полученную информацию в организацию, которая реализует на практике услугу по профилактике отказов. Это могут быть учреждения, подведомственные органам социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи в случае выявления риска рождения ребенка с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Документооборот на данном этапе: Журнал регистрации случаев выявления риска/фактов отказа от новорожденного ребенка (включает сведения

о женщине, а также время выявления и передачи информации о факте/риска отказа в службу профилактики отказов от новорожденных).

Согласие на передачу данных о ней специалисту помогающей службы.

Этап № 2. Прием информации о намерении или факте отказа, принятие решения о выезде специалиста.

Данный этап реализуется организацией, реализующей на практике услуги по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органам социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: своевременное получение информации о случаях нарушения прав новорожденного ребенка на жизнь в родной семье организацией, реализующей на практике услуги по профилактике отказов от новорожденных.

Продолжительность этапа: получение информации от стационара — непосредственно в момент получения информации. Принятие решение о выезде в течение от 10 минут до 4 часов с момента получения информации

Мероприятия этапа:

1. Прием сигнала о выявленном случае. Специалист, ответственный за прием информации, принимает телефонограмму о выявленном в медицинской организации случае.
2. Регистрация информации о факте/риске отказа от ребенка. Специалист регистрирует полученную информацию в специальный регистрационный журнал.
3. Оценка экстренности выезда к женщине с намерением или фактом отказа. В зависимости от ситуации специалист, зарегистрировавший сигнал, оценивает экстренность выезда к женщине. В случае, если женщина только намерена отказаться от ребенка и находится с ним в стационаре, выезд осуществляется в течение 1–3 часов с момента регистрации сигнала.
4. Назначение специалиста, ответственного за ведение случая. Специалист, зарегистрировавший сигнал, передает сведения об этом своему руководителю, который назначает ответственного за дальнейшее ведение случая – куратора случая. Это может быть специалист по социальной работе или психолог.

Этап № 3. Исследование ситуации и мотивов отказа от ребенка, вовлечение семьи в работу по сохранению ребенка в семье.

Данный этап реализуется организацией, реализующей услугу по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: обеспечение мер, которые необходимы для полного исследования ситуации и выявления всех мотивов отказа. В итоге данного этапа женщина принимает осознанное решение по сохранению или не сохранению ребенка в своей семье.

Продолжительность этапа: от 0,5 до 5 дней.

Мероприятия этапа:

1. Выезд к женщине. Куратор случая выезжает не позднее времени, которое было определено по итогам проведения оценки экстренности выезда.

2. Беседа с женщиной. Взаимодействие со значимым окружением женщины. В рамках встречи куратор случая проводит диагностику причин отказа, оценку реабилитационного потенциала женщины и ее ближайшего окружения, сбор информации о ситуации женщины, ее жизни, отношения к ситуации. При согласии женщины возможно взаимодействие специалиста с родственниками или иными значимыми представителями ее ближайшего окружением. В некоторых случаях, возможно (как альтернатива сохранению ребенка с матерью) рассмотрение варианта семейного устройства ребенка у родственников или представителей ближайшего окружения.

3. Реализация согласованного комплекса мер по вовлечению женщины и/или представителей ее близкого окружения в сотрудничество с куратором случая и организацией, которую специалист представляет. Куратор случая предлагает женщине сотрудничество по принятию осознанного решения о возможности сохранения ребенка в семье. В случае ее согласия и готовности — вовлекает ее в процесс ухода за ребенком. В случае, если женщина отказывается от совместной работы по сохранению ребенка, ее родственное и/или близкое окружение может рассматриваться как возможный ресурс к сохранению ребенка с кровными родственниками.

4. Принятие решения об открытии случая. Случай открывается если: женщина согласна сотрудничать с организацией, которую представляет куратор случая.

- если женщина продолжает высказывать намерение отказаться от ребенка, может быть начата работа по семейному устройству ребенка, в том числе, в семью кровных родственников (при согласии женщины о разглашении информации о рождении ребенка).

- если женщина и ее близкое окружение не согласны на сотрудничество – случай не открывается и дальнейшая работа не проводится.

Этап № 4. Работа по сохранению ребенка в семье.

Данный этап осуществляется организацией, реализующей на практике услуги по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: принятие женщиной осознанного решения о сохранении ребенка в семье.

Продолжительность этапа: от 3–5 дней до 1 месяца. Данный срок обусловлен тем, что в течение первого месяца после родов у матери наиболее сильны чувства по отношению к ребенку и переживаемой ситуации отказа и именно в этот период целесообразно проводить работу. Кроме того, в работе исходят из интересов ребенка, а месяц, как правило, тот срок, за который органам опеки и попечительства удастся найти замещающие семьи для данной категории детей. Таким образом, если за месяц мать решение об отказе не поменяла, целесообразно прекратить работу с ней в целях обеспечения прав и интересов ребенка.

В редких случаях срок может быть рассчитан сугубо индивидуально и выходить за рамки одного месяца (например, ребенку сложно подобрать семью в силу различных обстоятельств, при этом мать настроена не категорично по отношению к отказу от ребенка).

Мероприятия этапа:

Разработка плана по сохранению ребенка в семье. Ключевой принцип эффективности – женщина вовлекается куратором случая в процесс планирования актуальных мероприятий, т.е. непосредственно в работу по сохранению ребенка в семье. В рамках разработки плана куратор случая проводит изучение природы возникновения отказа (причины отказа) через собеседование с женщиной, а при необходимости с ее близким окружением; через сбор информации от социальных служб (органы опеки, центры социального обслуживания). План должен включать в себя следующие пункты: проблема, причины проблемы, основная цель, промежуточные цели, действия, ответственные исполнители и сроки выполнения мероприятий.

2. Реализация плана. В зависимости от выявленных причин отказа, специалист может осуществлять выезды к близкому окружению женщины, домой к самой женщине, привлекать необходимые для решения ее проблем

услуги: к примеру, психологическое кризисное консультирование, услуги жизнеустройства.

3. Мониторинг плана. Мониторинг плана проводится 1 раз в 2–3 дня, в течение всего времени работы с женщиной по изменению решения об отказе. Мониторинг является основанием для принятия решения о дальнейшей работе по плану. В зависимости от его результатов возможна коррекция плана, закрытие случая или перевод на сопровождение.

4. Оценка способности матери самостоятельно заботиться о ребенке. В случае, когда ребенок находится в семье (в период от двух недель до шести месяцев), проводится оценка способности матери и/или ее окружения самостоятельно обеспечивать минимальные возрастные потребности о ребенка. Данный документ является одним из оснований для принятия решения о дальнейшей работе со случаем.

5. Принятие решения о дальнейшей работе со случаем.

В зависимости от ситуации возможно два вида решения – закрытие случая либо перевод на сопровождение.

Случай закрывается, если:

- женщина не изменила решение об отказе;
- женщина решение об отказе изменила, ребенка забрала и проблемы, которые привели к отказу, минимизированы/устранены.

Случай переводится на сопровождение, если женщина изменила решение об отказе, однако проблемы, которые привели к отказу, не устранены и необходима дальнейшая совместная работа по их устранению и минимизации. В случае, если работа осуществлялась специалистами медицинских организаций (например, центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации), которые не имеют ресурсов и полномочий сопровождать женщину с ребенком после выписки из учреждения, то случай передается в установленном порядке в организации, уполномоченные это делать. Решение о работе со случаем фиксируется в установленном порядке.

Этап № 5. *Реабилитационное сопровождение.*

Данный этап осуществляется организацией, реализующей на практике услуги по профилактике отказов от новорожденных. Это могут быть учреждения, подведомственные органу социальной защиты населения, образования, служба ранней помощи при рождении детей с ВНР, а также социально ориентированные некоммерческие организации.

Данный и последующие этапы могут реализовываться акушерскими стационарами, если на их базе созданы центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Цель этапа: ребенок находится с матерью, которая удовлетворяет его потребности в соответствии с минимальными возрастными потребностями, риска нарушения права ребенка на семью нет.

Продолжительность этапа: от 1 месяца до 1 года.

Мероприятия этапа:

1. Углубленная оценка природы проблемы и разработка плана мероприятий. Оценка природы проблемы проводится в срок до 1 месяца. За это время куратор случая устанавливает с женщиной доверительные отношения, в установленном порядке проводит ее интервьюирование, проводит анализ выявленных проблем, вовлекает женщину в совместную работу. Куратор случая помогает женщине сформулировать, проанализировать проблемы, а также спроектировать пути устранения проблем.
2. Разработка долгосрочного плана реабилитации. План разрабатывается совместно с матерью ребенка, куратор помогает женщине точно определить основные причины, способствующие принятию решения об отказе, пути их решения. Один экземпляр плана хранится у женщины, один - у специалиста.
3. Реализация плана. В процессе реализации согласованного плана куратор случая привлекает необходимые женщине услуги, организует, а затем контролирует процесс их получения. Содержание работы по плану зависит от природы проблемы, которая была выявлена на предыдущих этапах и может включать в себя психологические, социально-экономические, социально-медицинские и правовые услуги.
4. Мониторинг плана. Проводится не реже 1 раза в 3 месяца. Осуществляется для анализа того, насколько реализуемый план эффективен. Мониторинг предполагает оценку результатов по достижению поставленных в плане целей, анализ эффективности действий, предпринимаемых в рамках поставленных задач. От результатов мониторинга зависит принятие решения о дальнейшей работе со случаем. При отсутствии необходимого эффекта от реабилитационных мероприятий, куратор случая выясняет причины этого, и проводит корректировку плана реабилитации. В случае положительной динамики план реализуется без корректировки.
5. Оценка риска жестокого обращения (пренебрежения нуждами и потребностями) в семье с ребенком.
6. Принятие решения о дальнейшей работе со случаем.

Возможно несколько основных вариантов итогового решения:

- План реализован полностью, ребенок в семье, риска отказа нет, т.к. мать (семья) полностью удовлетворяет его минимальные возрастные потребности.
- План реализован не до конца, т.к. мать (семья) не выполняет свои обязательства по согласованному плану. В настоящий момент нарушений

прав и законных интересов ребенка нет, однако существует большая вероятность, что в ближайшем будущем могут возникнуть.

В таком случае информация передается в отделения, занимающиеся работой с семьей группы риска по социальному сиротству, которые, как правило, находятся на базе учреждений социальной защиты населения, или в органы опеки и попечительства.

- План не реализован, т.к. действия матери (семьи) нарушают права и законные интересы ребенка, создают угрозу его безопасности при дальнейшем нахождении в семье.

Случай передается в органы опеки и попечительства.

Примечание: в случаях сопровождения семьи с ребенком с нарушениями и определения состояния женщины, как тяжелого психологического, по согласованию с органами, уполномоченными принимать меры по защите прав и законных интересов детей, работа по сохранению ребенка в семье и стабилизации состояния женщины может быть продолжена специалистами службы ранней помощи в соответствии с утвержденным в ней порядком/алгоритмом.

О.Н. Алейникова - заместитель
руководителя службы сопровождения,
куратор случая,
Н.Г. Пикалева – куратор случая.

**Социальное сопровождение семей с детьми в ОАУСО «Новгородский
КЦ» на примере матери с новорожденным ребенком, имеющей
намерение отказаться от ребенка.**

В марте 2015 года в Службу профилактики отказов от новорожденных детей ОАУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения Великого Новгорода и Новгородского района» поступил сигнал из Родильного дома № 1 о том, что несовершеннолетняя Иванова Светлана Алексеевна родила мальчика и заявила о намерении отказаться от новорожденного ребенка.

Специалист Службы «ПОН» выехал в родильный дом для беседы с женщиной, выяснения обстоятельств, приведших к решению об отказе и оказания ей экстренной психологической помощи.

В ходе беседы со Светланой выяснилось, что она находится в зарегистрированном браке с Ивановым Александром Александровичем, имеет старшего ребенка, Иванова Дмитрия Александровича, 2013 года рождения.

Женщина заявила, что причиной отказа являются конфликтные отношения с мужем, отсутствие поддержки мужа и его родственников, трудное материальное положение.

Специалисту Службы «ПОН» удалось наладить контакт с женщиной и была достигнута договоренность о второй встрече.

На следующий день без уведомления медперсонала женщина покинула родильный дом, оставив ребенка. Вторая встреча со Светланой состоялась по месту ее жительства, Светлана была расстроена, плакала и переживала за новорожденного ребенка. Светлана рассказала, что проживает с мужем и старшим ребенком в квартире его матери. Ее мать проживает в ветхом жилье, где Светлана зарегистрирована по месту жительства, не

пригодном для проживания с малолетними детьми. Муж настаивает на отказе от новорожденного ребенка и пользуется поддержкой своей матери.

Светлана дала согласие на беседу с мужем и его матерью. Вечером того же дня состоялась беседа специалиста Службы «ПОН» с мужем Светланы, Александром. В результате беседы Александр выразил сомнение по поводу оставления ребенка в родильном доме, но в связи с конфликтными отношениями с женой и материальными трудностями он настаивает на правильности своего решения отказаться от ребенка.

На следующий день беседа состоялась с матерью Александра, которая заявила, о том, что поддерживает решение сына об отказе от новорожденного ребенка, так как не видит в молодых родителях родительского потенциала, и материальные трудности осложняют ситуацию. В этот же день поступил звонок от Александра, что он не уверен в правильности принятого решения и выразил готовность урегулировать конфликтную ситуацию, сложившуюся в семье. Александр узнал от специалиста о том, что возможно сделать, чтобы увидеть ребенка и интересовался состоянием его здоровья. Молодые родители вместе посетили родильный дом и приняли общее решение о готовности забрать ребенка.

Следующие две недели Светлана с новорожденным ребенком провели в Детской областной клинической больнице, в это время Александр активно сотрудничал со специалистами Службы «ПОН», он оформил свидетельство о рождении на ребенка, обратился в ГОКУ «Центр по организации социального обслуживания и предоставления социальных выплат» для признания семьи нуждающейся в социальном обслуживании, подготовил пакет документов для заключения договора о предоставлении социальных услуг и соглашения о реализации мероприятий по социальному сопровождению семьи с ОАУСО «Новгородский КЦ».

После выписки из больницы Светлане и Александру были предоставлены психологические консультации с целью нормализации внутрисемейных отношений и составлен план мероприятий по социальному сопровождению семьи Ивановых. План обсудили на участковой социальной комиссии, внесли коррективы и приступили к выполнению.

Работа по социальному сопровождению семьи проводилась на экстренном уровне, в план мероприятий по социальному сопровождению семьи вошли пять видов сопровождения:

Медицинское сопровождение – посещение врача отоларинголога Поликлиники № 1, Фонаревой С.А., матью с младшим ребенком, осмотр старшего ребенка.

Педагогическое сопровождение – оформление старшего ребенка в детское образовательное учреждение, постановка младшего ребенка на электронную очередь в ДООУ, педагогическое консультирование родителей специалистом Комитета по образованию Сурновой М.И.

Психологическое сопровождение – консультирование педагогом-психологом ГОУ «Новгородский областной центр психолого-медико-социального сопровождения» Кононовой Н.А. в целях разрешения конфликтных ситуаций (межличностное, внутриличностное).

Социальное сопровождение – консультация начальника отдела по развитию активных форм занятости и взаимодействию с работодателями Шкуриной Е.В. с целью постановки на учет в ГОКУ «ЦЗН Великого Новгорода и Новгородского района» и дальнейшего трудоустройства Александра; оформление пособий на детей в ГОКУ «Центр по организации социального обслуживания и предоставления социальных выплат».

Юридическое сопровождение – консультирование и помощь в составлении документов по вопросам жилищного и трудового кодекса адвокатом Центральной коллегии адвокатов Лабутиной Я.Ю.

В настоящее время в семье наладились внутрисемейные отношения, конфликтные ситуации возникают крайне редко, в случае необходимости родители обращаются к специалистам. Отношения между Светланой и свекровью налаживаются, они совместно занимаются хозяйством и детьми, научились просить и оказывать помощь друг другу. Старший ребенок стал посещать детское образовательное учреждение. Александр трудоустроился в сеть магазинов «Евросеть» продавцом-консультантом, самостоятельно материально обеспечивает семью. Родители оформили все необходимые пособия на детей, материальный доход семьи повысился, стабилен. Семья встала на очередь на улучшение жилищных условий, решается вопрос с расселением ветхого жилья, где Светлана зарегистрирована по месту жительства. Родители планируют приобрести отдельное жилье с помощью средств материнского капитала.

В результате работы удалось предотвратить отказ от новорожденного ребенка и сохранить его в кровной семье.

В настоящее время семья не нуждается в дальнейшем социальном сопровождении в связи с улучшением и стабилизацией ситуации в семье и устранению причин, приведших к решению об отказе от новорожденного ребенка. План мероприятий по социальному сопровождению выполнен полностью успешно, социальное сопровождение завершено.

В процессе работы по социальному сопровождению семьи трудности возникают в мотивации семьи на социальную активность – сбор документов своевременно и в полном объеме, посещение организаций.