

**Информационно-методические материалы
по сохранению семейного жизнеустройства
детей из семей в трудной жизненной ситуации,
в том числе затронутых проблемой
ВИЧ-инфекции**

Методические материалы

Екатеринбург
Издательство Уральского университета
2012

ББК С991я7
И 741

Составители:

Бучельникова Л. В., директор НП «Семья детям»
Алексеева Н. А., руководитель программного отдела НП «Семья детям»
Мелях А. С., координатор проекта «МАМА+ Екатеринбург»

Рецензент:

Рожкова Л. В., к.м.н., заместитель начальника Управления здравоохранения
Администрации г. Екатеринбурга

И 741 Информационно-методические материалы по сохранению семейного жизнеустройства детей из семей в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ-инфекции : методические материалы. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2011. – 130 с.

ISBN 978-5-7996-0754-8

В данной публикации представлены информационно-методические материалы по оказанию помощи семьям с детьми раннего возраста, в том числе затронутым проблемой ВИЧ-инфекции, с целью сохранения семейного жизнеустройства детей. Данные материалы описывают деятельность и результаты работы в 2010–2012 гг. в городе Екатеринбурге. В книге представлен опыт применения модели комплексной помощи семьям и детям, разработанной совместно организациями «Право на здоровье» и «Врачи детям» в г. Санкт-Петербурге. Модель успешно реализована некоммерческим партнерством «Семья детям» на базе пяти государственных Центров социальной помощи семье и детям в сотрудничестве с учреждениями родовспоможения, детскими больницами, а также Свердловским областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Методические материалы адресованы специалистам, работающим в области социальной защиты населения, а также всем, кто интересуется проблемой социального сиротства, в том числе обусловленного проблемой ВИЧ-инфекции.

ББК С991я7

Содержание

ГЛАВА 1. Постановка проблемы. Обоснование внедрения модели профилактики отказов, жестокого обращения и пренебрежения нуждами детей «МАМА+» в Екатеринбурге	5
1. Проблема ранних отказов от детей в г. Екатеринбург	5
2. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Свердловской области	7
3. Проблема отказов и пренебрежения нуждами детей в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией. Особенности матерей с ВИЧ-инфекцией.....	9
4. Проблема стигматизации, дискриминации ВИЧ-инфицированных клиентов.....	11
5. Особенности клиентской группы ТЖС + ВИЧ	14
6. Потребности клиентской группы ТЖС + ВИЧ	15
7. Устройство системы профилактики в настоящее время в Екатеринбурге. Схема взаимодействия. Система подчинения	16
8. Цель создания модели профилактики отказов, жестокого обращения и пренебрежения нуждами детей «МАМА+»	18
ГЛАВА 2. Модель комплексной помощи «МАМА+»	20
1. История проекта «МАМА+»	20
2. Предпосылки для внедрения модели «МАМА+» в г. Екатеринбург	22
3. Этапы реализации проекта «МАМА+ Екатеринбург»	23
4. Мероприятия, запланированные и проводившиеся в процессе осуществления проекта «МАМА+ Екатеринбург»	24
5. Описание модели оказания комплексной помощи «МАМА+ Екатеринбург»	29
ГЛАВА 3. Методические рекомендации по технологии социального сопровождения семей	37
1. Междисциплинарное ведение случая	37
2. Принципы междисциплинарного ведения случая	38
3. Этапы работы со случаем.....	46
4. Примеры ведения случаев междисциплинарной командой	56
ГЛАВА 4. Результаты и перспективы развития проекта «МАМА+» в Екатеринбурге	61
1. Результаты проекта «МАМА+» в Екатеринбурге	61
2. Анализ статистики отказов от детей	63
3. Прямая речь. Наши клиентки рассказывают свои истории	65
4. Планы и перспективы	67

ПРИЛОЖЕНИЯ	73
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Направление на социальное сопровождение.....	74
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Информационный буклет «МАМА+»	75
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Информационный плакат «МАМА+»	76
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Карта скрининга	77
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Должностная инструкция психолога.....	80
ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Должностная инструкция социального работника	82
ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Информированное согласие	84
ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Договор на оказание услуг	86
ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Индивидуальная программа социальной реабилитации.....	89
ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Соглашение между Центром социальной помощи семье и детям и лечебно-профилактическим учреждением.....	91
ПРИЛОЖЕНИЕ 11. Распоряжение Управления здравоохранения администрации города Екатеринбурга.....	95
ПРИЛОЖЕНИЕ 12. Краткая информация о пробелеме ранних отказов от детей для руководителей и должностных лиц, принимающих решения на региональном уровне	100
ПРИЛОЖЕНИЕ 13. Краткая информация о пробелеме ранних отказов от детей для специалистов органов опеки и попечительства	104
ПРИЛОЖЕНИЕ 14. Краткая информация о пробелеме ранних отказов от детей для персонала женской консультации	108
ПРИЛОЖЕНИЕ 15. Краткая информация о пробелеме ранних отказов от детей для главного врача родильного дома	112
ПРИЛОЖЕНИЕ 16. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей для среднего персонала родильного дома	116
ПРИЛОЖЕНИЕ 17. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей для специалистов органов управления и учреждений системы социальной защиты населения	119
ПРИЛОЖЕНИЕ 18. Краткая информация о проблеме ранних отказов от детей для сотрудников средств массовой информации	122
Список терминов и сокращений	126
Список литературы	128

ГЛАВА 1

Постановка проблемы.

Обоснование внедрения модели профилактики отказов, жестокого обращения и пренебрежения нуждами детей «МАМА+»^{®1} в Екатеринбурге

1. Проблема ранних отказов от детей в г. Екатеринбурге. 2. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Свердловской области. 3. Проблема отказов и пренебрежения нуждами детей в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией. Особенности матерей с ВИЧ-инфекцией. 4. Проблема стигматизации, дискриминации ВИЧ-инфицированных клиентов. 5. Особенности клиентской группы ТЖС + ВИЧ. 6. Потребности клиентской группы ТЖС + ВИЧ. 7. Как устроена система профилактики в настоящее время в Екатеринбурге. Схема взаимодействия. 8. Зачем нужна модель профилактики отказов, жестокого обращения и пренебрежения нуждами детей «МАМА+».

1. Проблема ранних отказов от детей в г. Екатеринбурге

В 2000-х гг. проблема отказов от детей в родильных домах г. Екатеринбурга стояла очень остро. За период с 2002 по 2009 гг. среднее число отказов от детей в родильных отделениях составляло 200 (от 161 до 236 отказов) в год².

¹ «МАМА+»[®] является зарегистрированным сервисным знаком организации «Право на здоровье»

² По данным Управления здравоохранения администрации города Екатеринбурга.

Таблица 1

Отказы от детей в родильных отделениях

Год	Абсолютное число рожденных детей	Рождаемость (на 1000 населения)	Абсолютное число детей, от которых произошел отказ в родильном доме	% детей, от которых произошел отказ в родильном доме
2002	13 941	10,4	217	1,6
2003	14 343	10,7	178	1,2
2004	15 078	11,3	210	1,3
2005	14 289	10,7	236	1,6
2006	14 468	10,8	206	1,4
2007	15 348	11,4	198	1,3
2008	15 846	11,7	161	1,0
2009	16 653	12,5	192	1,1

Женщины, принимающие решение об отказе от ребенка, как правило, сталкиваются с одной или несколькими проблемами:

- незапланированная беременность;
- тяжелое материальное положение, жилищные проблемы;
- отсутствие семейной поддержки, неполная семья;
- несформированность материнской модели, социальная незрелость женщины;
- негативные модели внутрисемейных отношений;
- наличие заболевания (в т. ч. ВИЧ-инфекции);
- отсутствие российского гражданства;
- наличие зависимости – алкогольной или наркотической;
- стигматизация и дискриминация.

Незапланированная беременность является ведущим фактором отказа от ребенка. В тех случаях, когда беременность наступает в результате осознанного желания женщины, а появление ребенка в семье желанно и ожидаемо, вероятность отказа от ребенка становится крайне низкой. Тяжелое материальное положение часто обусловлено отсутствием у женщины собственного жилья, постоянной работы, достаточного образования и квалификации для устройства на постоянную, достойно оплачиваемую работу. Материальные трудности зачастую сопровождаются конфликтными отношениями с партнером и другими родственниками, которые могли бы стать ресурсом для преодоления кризисной ситуации. Часто биологические отцы детей прерывают контакт со своими партнер-

шами, как только узнают об их беременности. Зачастую молодые женщины не осознают ценности материнства, а женщины, выросшие в интернатных учреждениях, не имеют положительного опыта взаимодействия с собственной матерью и, таким образом, оказываются в группе риска по оставлению своего ребенка. В тех случаях, когда мать по каким-то причинам, например, из-за наличия ВИЧ-инфекции, вынуждена отказаться от грудного вскармливания, формирование привязанности матери к ребенку еще больше затрудняется. Если у матери есть серьезное хроническое заболевание, например, ВИЧ-инфекция, но нет достаточной информации о своем состоянии, прогнозе для своей жизни и здоровья, а также прогнозе для своего ребенка, она полна страхов и сомнений относительно будущего, и зачастую перспектива отказа от ребенка кажется ей наиболее благоприятным решением для них обоих. Мигрантки из стран ближнего зарубежья сталкиваются с теми же трудностями, но к ним могут прибавиться незнание русского языка, отсутствие документов (российского паспорта, страхового медицинского полиса и др.), дающих право на получение пособий и льгот. Женщины, имеющие алкогольную или наркотическую зависимость, особенно глубоко дезадаптированы. С употреблением наркотических веществ часто связаны различные социальные – ухудшение материального положения, нарушение закона, нарушение семейных связей; а также медицинские проблемы – последующее заражение ВИЧ-инфекцией и гепатитами В или С. Такие женщины часто имеют низкую мотивацию к воспитанию ребенка.

2. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Свердловской области

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Свердловской области остается одной из самых напряженных на территории Российской Федерации. По абсолютному числу ВИЧ-инфицированных Свердловская область занимает 1 место, а по показателю распространенности – 4 место среди регионов Российской Федерации. По данным Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее Центр СПИДа), на 30.04.2012 г. показатель распространенности ВИЧ-инфекции превысил среднероссийский уровень в два раза и составил 1253,9 на 100 тысяч населения. В области зарегистрировано свыше 55 000 случаев ВИЧ-инфекции. Только с начала 2012 г. зарегистрировано более 2000 новых случаев. В настоящее время каждый двадцать пятый житель области в возрасте от 18 до 39 лет, является носителем ВИЧ-инфекции.

Сегодня ВИЧ-инфекция перестала быть заболеванием социальных групп, вовлеченных в рискованные формы поведения (потребители инъекционных наркотиков, лица, вступающие в беспорядочные половые связи или мужчины, практикующие секс с мужчинами, работники коммерческого секса). В эпидемический процесс ВИЧ-инфекции вовлечены все социальные и возрастные группы населения. Наибольшая доля ВИЧ-инфицированных приходится на лиц молодого, трудоспособного возраста. Так, 84 % ВИЧ-инфицированных, выявленных в 2012 г., это люди в возрасте 18–39 лет.

Несмотря на то, что ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области по-прежнему остается внутривенное употребление наркотиков, среди женщин преобладает половой путь заражения (59,3 %).

С вовлечением в эпидемию ВИЧ-инфекции женщин возможна вертикальная передача вируса от ВИЧ-инфицированной матери ребенку. В 2012 г. в Свердловской области среди женщин зарегистрировано 911 новых случаев ВИЧ-инфекции (44,5 % от всех зарегистрированных случаев), причем 83,9 % из них (765 чел.) – женщины детородного возраста от 18 до 39 лет. По данным различных источников, риск вертикальной передачи без профилактических мероприятий колеблется от 10 до 40 %, причем 15–30 % из них приходится на трансплацентарный путь передачи вируса (т. е. внутриутробное заражение), 50–75 % случаев заражения имеют место во время родов и 10–20 % – при грудном вскармливании. Тем не менее при раннем выявлении и своевременном назначении антиретровирусных препаратов риск трансплацентарной передачи снижается до 1 %. Также риск снижается при выборе кесарева сечения в качестве метода родоразрешения и при отказе от грудного вскармливания.

Всего в Свердловской области за период регистрации ВИЧ-инфекции родилось 9264 ребенка от ВИЧ-инфицированных матерей, в том числе в 2012 г. – 382 ребенка. За весь период наблюдения 649 детям установлен диагноз «ВИЧ-инфекция». Большинство случаев заражения детей ВИЧ-инфекцией приходится на вертикальную передачу в ситуациях, когда наличие ВИЧ-инфекции у матери не было выявлено своевременно или не была начата антиретровирусная профилактика. Такие ситуации чаще всего обусловлены поздним обращением женщины за медицинской помощью (поздняя постановка на учет в женской консультации во время беременности или отсутствие наблюдения во время беременности с последующим обращением к врачам непосредственно во время родов). В течение последних нескольких лет и в Екатеринбурге, и в области отмечается тенденция к росту официальных и устных отказов от приема профилактических препаратов под влиянием ВИЧ-диссидентства, по религиозным причинам, а также из-за боязни раскрытия ВИЧ статуса перед родственниками.

3. Проблема отказов и пренебрежения нуждами детей в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией. Особенности матерей с ВИЧ-инфекцией

С распространением эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста эпидемия ВИЧ/СПИДа все более затрагивает детей. По данным Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (далее Центр СПИДа), в 2010 г. в Свердловской области родилось 1062 ребенка от ВИЧ-положительных матерей. В 2009 г. – 993 ребенка, в 2008 г. – 936 детей, 2007 г. – 846 детей, 2006 г. – 788 детей. Более чем у 90 % этих детей диагноз «ВИЧ-инфекция» отсутствует, поскольку их матери своевременно прошли курс химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции ребенку. Однако диагноз «ВИЧ-инфекция» в 2010 г. поставлен 66, а 2011 г. 60 детям.

Зачастую женщины узнают о наличии у них ВИЧ-инфекции во время беременности. В силу большой загруженности медицинского персонала не всегда удается провести до- и послетестовое консультирование достаточно качественно и мотивировать женщину на самостоятельное обращение в Центр СПИДа. В обыденном сознании вместе с уверенностью о смертельности и неизлечимости ВИЧ-инфекции закрепились такие предрассудки, как стопроцентная передача ВИЧ-инфекции будущему ребенку от матери, а также представление, что полноценная жизнь с ВИЧ-инфекцией невозможна. Таким образом, женщина, не имеющая достаточной информации и адекватной поддержки со стороны специалистов, зачастую движимая чувством стыда, оказывается один на один со своим диагнозом.

По статистике Центра СПИДа, 19,9 % женщин, у которых был выявлен диагноз ВИЧ-инфекция в женской консультации, не обратились к врачам-инфекционистам, а следовательно, не принимали препараты для профилактики инфицирования ребенка. 19,1 % детей с диагнозом ВИЧ родились от ВИЧ-инфицированных женщин, не обратившихся во время беременности ни в женскую консультацию, ни к врачам-инфекционистам.

Проблема отказов от детей и пренебрежения их нуждами в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией, стоит очень остро. Так, в 2009 г. в Свердловской области прошло 993 родов у ВИЧ-инфицированных женщин, в 2010 г. – 1062. 6,1 % (61 ребенок и 65 детей соответственно) стали социальными сиротами в результате отказов от детей в родильном доме или изъятия органами опеки, вызванного жестоким обращением или пренебрежением нуждами ребенка.

ВИЧ-положительные женщины сталкиваются с дополнительными трудностями в формировании материнских навыков и привязанности к ребенку. Это обусловлено комплексом причин. В связи с тем, что риск передачи вируса от матери к ребенку с грудным молоком довольно высок (по данным различных источников 10–20 %), женщинам не рекомендуют кормить ребенка грудью. Поэтому им недоступен естественный механизм пробуждения материнского инстинкта.

В тоже время многие женщины имеют собственный негативный опыт воспитания в родительской семье, сами в прошлом пережили помещение в детский дом или физическое насилие в родительской семье. Вырастая в неблагополучных семьях, где родители не проявляли к детям заботы и привязанности, женщины не могут сформировать социальные модели заботы о ребенке самостоятельно и часто испытывают серьезные затруднения в выполнении своих родительских функций.

Они не всегда могут распознать эмоции и потребности своих малышей. И часто не имеют полной информации о последствиях недостаточного внимания к нуждам ребенка. Женщины, затронутые проблемой ВИЧ-инфекции, нередко имеют целый комплекс социальных, медицинских, психологических, финансовых и юридических проблем. Такие матери могут пребывать в подавленном состоянии, особенно в связи с недавно установленным диагнозом ВИЧ. Для них характерна повышенная тревожность, усиливающаяся в тех случаях, когда женщина скрывает свой диагноз от близких. Это состояние может осложниться послеродовой депрессией. Комплекс описанных выше психологических проблем может вызвать кризис, причину которого женщина может видеть в рождении ребенка.

Важно отметить, что семьи, затронутые проблемой ВИЧ и наркозависимости, стремятся закрыться от внешнего мира. Они хотят как можно дольше сохранять в тайне ВИЧ-статус и другие внутренние проблемы. Но это в свою очередь приводит к еще большей дезадаптации и нестабильности в семье, так как с ослаблением внешних связей практически полностью прекращается поддержка семьи извне. Все перечисленные механизмы затрудняют формирование теплого эмоционального контакта между матерью и ребенком, и это снижает мотивацию матери к выполнению своих функций. Часто матери чувствуют свою неспособность заботиться о ребенке, что повышает вероятность отказа.

4. Проблема стигматизации, дискриминации ВИЧ-инфицированных клиентов

Проблема стигмы и дискриминации была одной из основных сложностей борьбы со СПИДом с самого начала эпидемии. Если дискриминация воспринимается широким кругом лиц, то стигма является относительно новым, не всегда понятным термином. Понятия «стигма» и «дискриминация» имеют греческое происхождение³. Стигматизация представляет собой навешивание социальных ярлыков, формирование социальных установок, скрытых или явных. Они проявляются в языке при общении. Пример вербального проявления стигмы: «Все, заразившиеся ВИЧ, вели распутный образ жизни». Дискриминация⁴ – это ограничение прав части населения по определенному признаку. Например, отказ ВИЧ-инфицированному ребенку в приеме в детский сад.

Стигматизация ВИЧ-инфекции основана на недостатке информации, существующих предрассудках и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), а также сообществ и групп людей, имеющих отношение к ВИЧ-инфекции и СПИДу.

Механизм столь выраженной стигматизации ЛЖВС в том, что люди восполняют нехватку информации, обобщая ложные стереотипы. В случае с ВИЧ стереотипы основаны на пугающих людей вещах. Таким образом, они наделяют ЛЖВС негативными чертами, которые поддерживают и укрепляют существующие страхи.

Факторы, способствующие стигматизации людей с ВИЧ:

1. ВИЧ/СПИД – заболевание, угрожающее жизни, а тема смерти является пугающей и запретной в нашем обществе.
2. Часто люди, которые недостаточно знают о ВИЧ, ассоциируют его с резким ухудшением самочувствия и изменением внешности.
3. Многие пребывают в уверенности, что возможно заражение при совместном использовании предметов обихода.
4. Заражение ВИЧ-инфекцией часто воспринимается как результат личной безответственности.
5. В сознании людей ВИЧ-инфекция ассоциируется с группами людей, которые уже подверглись социальной стигме: люди, имеющие гомосексуальные контакты, работники коммерческого секса, потребители инъекционных наркотиков.

³ Стигма – от греч. *stigma* – клеймо, ярлык.

⁴ Дискриминация – от лат. *discriminatio* – различение.

6. ВИЧ затрагивает тему секса, связанную с различными запретами, а также страхами, виной и стыдом.
7. ВИЧ наиболее сильно затрагивает людей, которые чаще всего дискриминируются в обществе: женщин, подростков, мужчин, практикующих секс с мужчинами, потребителей наркотиков и т. д.

ВИЧ-позитивные потребители наркотиков в большинстве стран испытывают двойное давление, поскольку они не только являются носителями ВИЧ-инфекции, но и считаются преступниками, которые, покупая, продавая и употребляя наркотики, вовлечены в противоправную деятельность. Для этих людей признание в том, что они являются носителями ВИЧ-инфекции, дается намного труднее, потому что их воспринимают и как носителей ВИЧ-инфекции, и как преступников. Таким образом, есть все основания считать, что стигматизация ВИЧ-позитивных людей усиливается членами семьи и общества.

Предрассудки в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, приводят к избеганию контактов с ними, исключению этих людей из социальной среды, и даже физическому насилию. Проявлениями дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, могут быть сегрегация в дошкольных и учебных заведениях и больницах, отказ в трудоустройстве, отказ в выдаче визы без прохождения тестирования на ВИЧ.

Во время реализации проекта «МАМА+» в Екатеринбурге мы неоднократно сталкивались с такими случаями дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, как: отказ работодателей в трудоустройстве; создание условий отличных от тех, которые создаются другим во время пребывания в медицинском стационаре; изоляция, ограничение свободы передвижения и лишение возможности пользоваться общими ванной, туалетом предметами обихода в семье. Проявления стигматизации и дискриминации в связи с проблемой СПИДа, различаются в зависимости от особенностей индивидуального восприятия, культурных особенностей, религиозной и социальной принадлежности. Зачастую проявления стигматизации людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, сопровождаются другими формами дискриминации.

Дискриминация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, не только мешает таким людям психологически адаптироваться и бороться с заболеванием, но также становится серьезным препятствием, затрудняющим противодействие эпидемии СПИДа. Стигматизация ЛЖВС приводит к таким последствиям, как:

- отказ проходить тестирование на ВИЧ;
- снижение осознания индивидуального риска заражения ВИЧ;
- сокрытие собственного ВИЧ-положительного статуса от полового партнера и людей, пользующихся общими инъекционными иглами.

Из-за стигм ЛЖВС часто не решаются перейти к безопасным формам поведения, поскольку боятся получить ярлык ВИЧ-позитивных. На государственном уровне стигматизация ВИЧ-позитивных людей может создавать препятствия для принятия быстрых и эффективных административных мер против распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, а для людей, живущих с ВИЧ, стигматизация приводит к нежеланию проходить медицинское обследование на ВИЧ, а также лечиться и получать медицинский уход.

Стратегии преодоления стигмы можно разделить на *реактивные* и *проактивные*. К реактивным относятся: стратегия сохранения анонимности и тайны диагноза, представление болезни в качестве другой, менее стигматизирующей (например, рак), игнорирование опасности вируса, стратегия физического и социального разрушения. Проактивные стратегии бросают вызов стигме и подразумевают непризнание социальных норм, положенных в ее основу. Проактивной стратегией выживания людей с ВИЧ является социальный активизм. Он проявляется в неприятии негативных представлений о ВИЧ, сопротивлении маргинализации ВИЧ-положительных, создание и распространение недискриминационного видения СПИДа в обществе. Пример проактивной стратегии – участие в просветительской работе, направленной на формирование объективных представлений о ВИЧ-инфекции.

Мероприятия по профилактике стигмы необходимо производить на различных уровнях: национальном, местном, общественном и культурном, на уровне медицинских учреждений и центров СПИДа, а также индивидуально. К общенациональным мероприятиям относятся законы, направленные на соблюдение прав человека; государственная политика развития антиретровирусной терапии, финансирование служб помощи при ВИЧ/СПИДе.

Мероприятия на местном уровне включают пропаганду в сообществах знаний в вопросах ВИЧ-инфекции антиретровирусной терапии и профилактики как неотъемлемой части медицинской помощи; профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа; возможностей получить направление в службы помощи при ВИЧ/СПИДе и из этих служб в другие организации; знаний об антиретровирусной терапии. А также необходимо сотрудничество с церковью, школами и общественными организациями, привлечение ЛЖВС к проведению мероприятий, налаживание связей с необходимыми службами и организациями, постоянное просвещение.

В медицинских учреждениях преодоление стигмы включает теоретическую и практическую подготовку медицинских работников по вопросам пути передачи ВИЧ, методов борьбы со стигмами, этичного обраще-

ния к ЛЖВС, стандартов антиретровирусной терапии, консультирования, инфекционного контроля, соблюдения конфиденциальности и получения информированного согласия, личного примера и защиты прав пациентов, обеспечения общественной поддержки и связей с общественностью.

Стигматизацию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, можно остановить тогда, когда люди, допускающие дискриминирующие действия, будут обладать достаточной информацией об этом заболевании.

5. Особенности клиентской группы ТЖС + ВИЧ

Беременные женщины и женщины с детьми раннего возраста, в том числе затронутые проблемой ВИЧ-инфекции, относятся к наиболее уязвимым группам населения. Для них характерно комплексное расстройство адаптации. Они не умеют запрашивать и принимать помощь и поддержку как внутри семьи, так и извне. Зачастую они не планируют беременность, не состоят на дородовом наблюдении в женской консультации. Первое обследование на ВИЧ-инфекцию они нередко проходят в родильном доме.

Большинство женщин проживают в плохих бытовых условиях. Как правило, это съемные комнаты в коммунальных квартирах, нередко в домах, находящихся в аварийном состоянии, требующих капитального ремонта или расселения жильцов. Частой является ситуация, когда в стандартной квартире соседями женщины оказываются более десяти человек, в том числе люди, злоупотребляющие алкоголем или употребляющие внутривенные наркотики. Психологический климат в такой ситуации становится крайне неблагоприятным. Некоторые женщины проживают со своими родителями или родителями своего партнера, что в некоторых случаях дает надежду на обретение от них поддержки. Лишь единицы имеют собственное жилье.

Семейная ситуация у таких женщин, как правило, нестабильная. Только часть из них состоят в официальном браке и проживают с супругом. Около трети женщин состоят в гражданском браке. Как правило, если женщина не вступает в брак до рождения ребенка, то регистрации брака не происходит. Часть женщин выбирает путь не вступать в официальный брак, чтобы получать дополнительные выплаты на ребенка от государства. Большинство женщин, особенно остро нуждающихся в помощи, самостоятельно воспитывают детей и не имеют поддержки от супруга или постоянного партнера. Такие женщины редко имеют возможность работать, т. к. вынуждены все время посвящать уходу за маленьким ребенком или детьми.

6. Потребности клиентской группы ТЖС + ВИЧ

Особенности и потребности клиентской группы (семьи в тяжелой жизненной ситуации, с детьми раннего возраста, в том числе затронутые проблемой ВИЧ-инфекции) во многом обусловлены теми проблемами, с которыми эти семьи сталкиваются (табл. 2).

Таблица 2

Категории проблем клиентской группы

Категории проблем	Круг проблем	Связанные с проблемами потребности
Материальные	Низкий экономический уровень. Плохие бытовые условия. Отсутствие работы или временный заработок. Отсутствие документов	Содействие в оформлении документов, пособий и льгот. Юридическая помощь. Профориентация и профессиональное обучение. Помощь в устройстве на работу. Услуги дневного пребывания для ребенка
Социальные	Социальная дезадаптация. Стигматизация и дискриминация. Неустойчивый статус в семье. Отсутствие внешней поддержки, изоляция	Консультирование и информирование. Сопровождение в организации и представление интересов. Обучение социальным навыкам. Предоставление помощи членам семьи
Психологические	Непринятие диагноза ВИЧ. Страх раскрытия ВИЧ-статуса. Отсутствие «материнской модели». Нарушение «комплекса привязанности». Низкая самооценка. Внутрисемейный конфликт. Психологическая травма в прошлом. Зависимость, созависимость	Индивидуальное и семейное консультирование. Участие в обучающих семинарах. Консультирование по вопросам развития ребенка. Группы поддержки. Психотерапия. Помощь в лечении зависимости

7. Устройство система профилактики в настоящее время в Екатеринбурге. Схема взаимодействия.

Система подчинения



Система помощи семьям в трудной жизненной ситуации в г. Екатеринбурге и Свердловской области включает в себя различные субъекты, подотчетные различным министерствам и ведомствам. В ведомстве Министерства по социальной политике Свердловской области находятся центры социальной помощи семьям и детям, включающие отделения по профилактике детской безнадзорности и отделения помощи женщинам в кризисной ситуации. Они располагают ресурсами и могут оказывать различные услуги: непосредственная материальная помощь, консультативная помощь юристов, психологов, педагогов, социальных работников, патронаж на дому и т. д.

В ведении Управления здравоохранения города Екатеринбурга находятся женские консультации, родильные дома, детские больницы и поликлиники. В областном подчинении находятся областной перинатальный центр, областные детские и взрослые больницы, специализированные диспансеры. Они оказывают различные виды диагностических и лечебных услуг. Также Министерству здравоохранения Свердловской области подчиняется областной Центр СПИДа. Здесь оказывается консультативно-диагностическая и лечебная помощь, а также проводятся психологи-

ческие и социальные консультации, ведется просветительская работа по вопросам, связанным с ВИЧ, и работа по формированию приверженности лечению.

Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав (далее – КДН и ЗП) – это межведомственный коллегиальный орган системы профилактики безнадзорности. Опираясь в своих действиях на основные юридические нормы (Конституция Российской Федерации, Федеральные законы «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», Семейный кодекс Российской Федерации и нормативные правовые акты Свердловской области). К основным задачам КДН и ЗП относятся предупреждение безнадзорности, беспризорности детей, защита и восстановление прав детей, защита от дискриминации и любых форм насилия над детьми. Комиссия осуществляет меры по защите и восстановлению прав и законных интересов несовершеннолетних, выявлению и устранению причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности детей. КДН и ЗП организует контроль условий воспитания и содержания детей. Совместно с другими органами или субъектами профилактики безнадзорности осуществляет подготовку материалов, представляемых в суд, а также направляет в суд иски об ограничении и лишении родительских прав.

Уполномоченный представитель по правам ребенка в Свердловской области оказывает содействие в защите прав и законных интересов детей, нарушаемых действиями государственных органов и органов местного самоуправления, а также родителями ребенка или лицами, их замещающими.

Различные общественные, некоммерческие и благотворительные организации оказывают помощь семьям и детям трудной жизненной ситуации, а также семьям, затронутым отдельными проблемами: ВИЧ-инфекция, синдром Дауна, онкопатология, рождение ребенка с ограниченными возможностями, домашнее насилие, употребление алкоголя или наркотических веществ и т. д. Они располагают различными ресурсами: волонтерская и профессиональная помощь, группы поддержки, материальная помощь, возможность помещения в реабилитационное отделение или кризисное жилье.

Сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, организована для поддержки этой группы людей и призвана помочь защитить их права и сохранить включенность в различные сферы жизни и деятельности.

Таким образом, существуют различные сервисы, обеспечивающие определенные потребности семей с детьми до трех лет, оказавшихся

в кризисной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ-инфекции. Эффективно осуществляя свои функции, каждый из субъектов системы профилактики в отдельности не может удовлетворить все потребности выделенной нами клиентской группы. Они воздействуют в рамках собственных полномочий, не рассматривая проблемы женщины или семьи комплексно. Отсутствует тот специалист, который бы постоянно сопровождал конкретную семью в процессе разрешения ею кризисной ситуации, что снижает доступность помощи для конкретного клиента.

8. Цель создания модели профилактики отказов, жестокого обращения и пренебрежения нуждами детей «МАМА+»

Беременные женщины, а также женщины с маленькими детьми, находящиеся в трудной жизненной ситуации, особенно уязвимы в социальном плане. Они нередко оказываются без средств к существованию, теряя работу (а часто, в результате потери работы, и жилье), без семейной поддержки, вступая в конфликты с родственниками. Распространенное общественное мнение, что отказывающаяся от ребенка женщина обязательно принадлежит к маргинальным слоям общества, не соответствует действительности. В настоящее время возрастает тенденция к отказам от детей среди женщин среднего возраста (25–35 лет), оказавшихся в сложной жизненной ситуации, и во многих случаях уже имеющих одного или нескольких детей. Такие женщины часто принимают решение об отказе от ребенка вопреки собственному желанию, не видя возможности самостоятельно прокормить его и создать ему приемлемые условия для жизни и развития.

Особенностью таких женщин является не только их низкая информированность о своих правах и тех ресурсах, которые могут быть им доступны (денежные компенсации и выплаты от государства, материальная помощь, бесплатные юридические, психологические и социальные консультации, оказываемые государственными центрами социальной помощи и некоммерческими организациями), но и их пассивность в обращении за помощью и низкая мотивация к изменению условий своей жизни.

Таким образом, поиск и привлечение клиентов становится одной из важных задач любой, будь то государственной или общественной, организации, оказывающей социальные услуги. Важно не только ожидать самостоятельных обращений в организацию, но и проявлять активность в поиске и выявлении клиентов.

В рамках поставленной задачи по профилактике отказов и сохранению семейного жизнеустройства детей из семей в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, необходимо решить задачу привлечения клиенток – беременных женщин и женщин с детьми раннего возраста, в том числе ВИЧ-положительных.

Опираясь на особенности клиентской группы, можно выбрать два основных направления:

1. Выстраивать сеть партнерских организаций.
2. Распространять информацию о доступных видах помощи.

В тех случаях, когда женщине предоставляется полная информация о доступных ей социальных услугах и денежных пособиях, а также психологическая помощь и моральная поддержка, отказ от ребенка можно предотвратить. Женщина может получить такую помощь, если обеспечить взаимодействие работников социальных служб и родильных домов, где женщины заявляют о намерении отказаться от ребенка. Это становится выполнимым, когда у медицинских работников формируется понимание, что сохранение ребенка в семье реально. Такие изменения возможны при поддержке со стороны организаторов здравоохранения и издании документов, регламентирующих взаимодействие работников социальных служб в медицинских учреждениях.

Чем раньше начинается работа по профилактике отказов от детей, тем выше ее эффективность. Поэтому вторым фокусом внимания становятся женщины в трудной жизненной ситуации, обращающиеся во время беременности в женские консультации. Им также важно предоставлять информацию о доступных услугах, направлять в центры социальной помощи. Для оценки эффективности направления важно отслеживать, обращаются ли женщины за необходимой им помощью.

Третий фокус внимания – семьи с маленькими детьми (от 0 до 3 лет), в которых существует риск пренебрежения нуждами детей и жестокого обращения. Такие семьи могут быть выявлены педиатрами детских больниц и поликлиник и направлены за помощью в социальные центры.

Таким образом, становится очевидным, эффективное решение задачи сохранения детей в семьях в тяжелой жизненной ситуации возможно при тесном взаимодействии работников медицинской и социальной сфер и административной поддержке.

ГЛАВА 2

Модель комплексной помощи «МАМА+»

1. История проекта «МАМА+». 2. Предпосылки для внедрения модели «МАМА+» в г. Екатеринбурге. 3. Этапы реализации проекта «МАМА+ Екатеринбург». 4. Мероприятия, запланированные и проводившиеся в процессе осуществления проекта «МАМА+ Екатеринбург». 5. Описание модели оказания комплексной помощи «МАМА+ Екатеринбург».

История проекта «МАМА+»

Впервые в России модель комплексной помощи семьям в кризисной ситуации с детьми раннего возраста, затронутым проблемой ВИЧ-инфекции, «МАМА+» начали внедрять Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям» и Представительство международной гуманитарной организации «Право на здоровье» в Российской Федерации в 2004 г., используя опыт и методику организации «Право на здоровье». В 2006 г. организация «Врачи детям» совместно с Городской детской инфекционной больницей № 3 г. Санкт-Петербурга открыли первый Центр комплексной помощи ВИЧ-положительным матерям с детьми младенческого и раннего возраста с отделением дневного пребывания для детей. В 2007 г. совместно с администрацией Калининского района была открыта социальная гостиница для ВИЧ-положительных женщин с детьми раннего возраста. В Санкт-Петербурге проект охватил своей деятельностью все районы города, а также Всеволожский и Гатчинский районы Ленинградской области.

Модель профилактики отказов от детей в семьях группы риска включает в себя следующие виды услуг:

- скрининг беременных женщин и женщин с детьми раннего возраста, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе ВИЧ-положительных;
- кризисное психологическое консультирование, кризисное вмешательство;
- мотивационное интервью для женщин группы риска;
- социально-психологический патронаж на дому семей с детьми раннего возраста;
- отделение дневного пребывания для детей;
- временное проживание для женщин с детьми раннего возраста;
- индивидуальное психологическое консультирование и обучение женщин группы риска по вопросам ухода за ребенком, кормления, профилактики ВИЧ-инфекции, развития ребенка и др.;
- группы взаимной помощи для женщин группы риска и членов их семей;
- раннее вмешательство для коррекции развития ребенка и улучшения детско-родительских отношений.

Модель «МАМА+» показала свою высокую эффективность. Это дало основания для интеграции ее в работу государственных учреждений социальной защиты г. Санкт-Петербурга. В результате работы проекта «МАМА+» с 2005 г. для 661 ребенка, рожденного ВИЧ-положительными женщинами в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, была сохранена семейная поддержка. За историю работы проекта 571 ВИЧ-положительная женщина получила социально-психологическую помощь. С момента открытия социальной гостиницы «МАМА+» ее клиентками стали 51 женщина с детьми. В 2011 г. для 151 ребенка, рожденного ВИЧ-положительными женщинами в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, была сохранена семейная поддержка; 146 семей получили социально-психологическую помощь; 19 женщин с детьми стали клиентами социальной гостиницы «МАМА+»; бывшие клиентки проекта уделили 1500 часов для добровольной помощи другим ВИЧ-положительным женщинам с детьми раннего возраста. Сотрудники проекта «МАМА+» и Ресурсного центра по социальной работе ежемесячно проводят технические супервизии для специалистов Отделений помощи женщинам Центров социальной помощи семье и детям в 18 районах города. С июня 2011 г. в супервизиях приняли участие 67 специалистов. На занятиях обсуждаются проблемы межведомственного взаимодействия, стратегии привлечения клиентов, трудности в работе.

На основе модели «МАМА+» созданы проекты, которые работают в девяти городах Украины и во Вьетнаме. Модель «МАМА+» легла в основу Методических рекомендаций по организации социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин с детьми, изданных Правительством Санкт-Петербурга в 2009 г.

2. Предпосылки для внедрения модели «МАМА+» в г. Екатеринбурге

С марта 2010 г. организациями «Врачи детям», «Право на здоровье» и НП «Семья детям» начата реализация проекта «Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста в г. Екатеринбурге». Также партнерами по проекту являются Всемирный детский фонд под патронажем королевы Швеции Сильвии, компания «Джонсон и Джонсон» и Агентство по международному развитию Правительства США. Дополнительная поддержка проекту предоставлена фондом «МАК ЭЙДС». Основания для выбора Екатеринбурга в качестве площадки для распространения опыта Санкт-Петербурга: высокая актуальность работы по профилактике отказов от детей (см. гл. 1) и поддержка руководителями социального сектора Свердловской области идеи интеграции данной модели в учреждения социальной защиты населения и здравоохранения.

Целью проекта «МАМА+ Екатеринбург» являлось укрепление целостности семей группы риска, в том числе с низким уровнем дохода, а также затронутых наркопотреблением или ВИЧ-инфекцией. Путем достижения цели выбрана репликация передового опыта оказания медицинской и социально-психологической помощи матери и ребенку и пропаганды семейных форм воспитания как альтернативы интернатным учреждениям в г. Екатеринбурге с использованием методологии, разработанной и апробированной в г. Санкт-Петербурге.

Внедрение модели «МАМА+» в систему помощи матерям и детям в г. Екатеринбурге осуществлялось совместными усилиями государственных и некоммерческих организаций. Руководство и методическую поддержку осуществляли Санкт-Петербургские организации «Право на здоровье» и «Врачи детям». Организационные функции в г. Екатеринбурге осуществляло Некоммерческое партнерство «Семья детям». Министерство по социальной политике Свердловской области осуществляло выбор площадок, поддержку и координацию деятельности центров социальной помощи семье и детям в г. Екатеринбурге. Министерство здравоохранения Свердловской области рассмотрело информацию о проекте, одобрило внедрение модели «МАМА+» в г. Екатеринбурге и оказывало поддержку во взаимодействии с учреждениями здравоохранения областного подчинения на всем протяжении деятельности проекта. Управление здравоохранения города Екатеринбурга взяло на себя основную обязанность по созданию нормативной документации, обеспечившей доступ работников социальных служб в медицинские учреждения города. За все время работы проекта сотрудники отдела по оказанию лечебно-профилактической

помощи матерям и детям Управления здравоохранения города Екатеринбурга курировали взаимодействие сотрудников проекта с медицинскими работниками, а также разработали и внедрили в практику регламентирующие это взаимодействие документы. Партнерами проекта также стали пять центров социальной помощи семье и детям в городе Екатеринбурге. В каждом центре были выбраны психолог и социальный работник, которые и стали сотрудниками проекта «МАМА+». Они познакомились с работой аналогичных служб в г. Санкт-Петербурге, принципами междисциплинарного ведения случая, прошли обучение и на протяжении проекта оказывали помощь в рамках модели «МАМА+».

3. Этапы реализации проекта «МАМА+ Екатеринбург»

Всю работу по реализации проекта «МАМА+» в Екатеринбурге можно разделить на три этапа.

Первый, подготовительный, этап включил в себя формирование основных партнерских договоренностей и подписание проектных договоров, а также подбор и обучение специалистов, в дальнейшем осуществлявших работу в междисциплинарных командах.

На втором, основном, этапе происходило отлаживание механизма и работа по оказанию помощи семьям в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутым проблемой ВИЧ-инфекции. На протяжении всего этапа проводилась оценка качества и эффективности оказания помощи клиентам, а также супервизия работы специалистов.

К мероприятиям третьего, завершающего, этапа относились разработка и адаптация регламентирующих документов, документирование опыта проекта и написание методических рекомендаций, подведение итогов работы, итоговая супервизия, пресс-конференция и круглый стол в Екатеринбурге с участием всех основных партнеров проекта и работа по созданию общественного мнения. По результатам работы проекта объявлен конкурс журналистских работ «Женщина с ВИЧ – мама!», итоги которого будут подведены в конце 2012 г.

4. Мероприятия, запланированные и проводившиеся в процессе осуществления проекта «МАМА+ Екатеринбург»

Мероприятия первого этапа:

1. Презентация проекта, круглый стол и пресс-конференция прошли в Екатеринбурге 23 сентября 2010 г. В мероприятиях приняли участие 30 представителей организаций, заинтересованных в проекте. Было сделано более 10 публикаций в печатных и электронных СМИ. Пресс-релиз о проекте распространен федеральными, областными и местными СМИ.

2. Обучение специалистов из г. Екатеринбурга по мотивационному интервьюированию женщин группы риска, ведению случая, оценке потребностей семьи и работе с семьей, психосоциальному консультированию, методологии раннего вмешательства, репродуктивному здоровью, ВИЧ-инфекции, проблеме домашнего насилия. Для этого были привлечены опытные сотрудники Ресурсного центра по социальной работе и рабочих площадок в Санкт-Петербурге. Семь тренеров из Санкт-Петербурга провели цикл из семи двухдневных семинаров для 96 участников. В тренингах приняли участие социальные работники, психологи, юристы и заведующие отделений профилактики детской безнадзорности, помощи женщинам в кризисной ситуации, психолого-педагогической помощи каждого из пяти центров социальной помощи семье и детям Екатеринбурга, специалисты областного Центра СПИДа и других ключевых медицинских учреждений, муниципальных органов опеки и попечительства, а также представители местных НКО, оказывающих помощь семьям группы риска с детьми раннего возраста (НП «Семья детям», СРОО «Аистенок», РОО «Новое время», ЕЦСР «Возможность» и др.). Была оказана техническая и методологическая поддержка как государственным, так и негосударственным партнерским организациям.

3. Три ознакомительные поездки для руководителей и специалистов из г. Екатеринбурга в г. Санкт-Петербург. В ходе этих поездок участники посетили государственные учреждения и негосударственные организации. Познакомились с эффективными методами социальной работы, направленными на сокращение количества ранних отказов от детей, и работы с семьей, а также с организацией социальной помощи женщинам с детьми раннего возраста в трудной жизненной ситуации в г. Санкт-Петербурге. Встретились с руководителями социальных служб г. Санкт-Петербурга. Первая и третья поездки были организованы для

руководителей, вторая – для специалистов, работающих с детьми и семьями. В общей сложности с системой комплексной помощи матерям и детям в г. Санкт-Петербурге в рамках организованных поездок познакомились 20 специалистов из г. Екатеринбурга.

4. Проведение цикла из двух семинаров по социальному проектированию для руководителей и специалистов социальных служб и здравоохранения г. Екатеринбурга с целью выявления существующих пробелов в системе помощи, обсуждения возможных вариантов решения и определения дополнительных ресурсов для развития инфраструктуры социальной защиты детей и семей группы риска и разработки социальных программ. В семинарах приняли участие специалисты, заведующие отделениями и директора центров социальной помощи семье и детям, специалисты Центра СПИДа, а также представители некоммерческих организаций.

Мероприятия второго этапа:

1. Создание системы комплексной медико-психосоциальной помощи. Проведены совещания с организаторами здравоохранения в городе Екатеринбурге, две учебные поездки и два круглых стола для врачей из детских поликлиник и женских консультаций г. Екатеринбурга с целью знакомства с системой социальной помощи женщинам и детям. В круглых столах приняли участие представители Управления здравоохранения администрации города Екатеринбурга, в том числе заместитель начальника Управления здравоохранения по лечебно-профилактической помощи детям и матерям, главные специалисты (акушер-гинеколог и педиатр) Екатеринбурга, представители Управления социальной защиты, заведующие женских консультаций города и детских поликлиник города, представители Центра СПИДа, директора и представители центров социальной помощи семье и детям города, а также представители РЦ «Любена» и СОРЦ «Талисман», представители некоммерческих организаций. На круглых столах были выявлены потребности врачей во взаимодействии с социальными службами. Специалисты представили систему социального сопровождения семей и детей в ТЖС, в том числе затронутых ВИЧ-инфекцией. В результате круглых столов у врачей сформировано понимание необходимости взаимодействия с центрами социальной помощи семье и детям; врачам стали понятны критерии ТЖС и то, какие женщины должны направляться в социальные центры; установлены личные контакты между заведующими женских консультаций и специалистами, которые оказывают услуги женщинам. Специалисты научились определять, какие дополнительные виды помощи необходимы клиентам для улучшения текущей жизненной ситуации.

Совместно с Управлением здравоохранения администрации города Екатеринбурга были разработаны и распространены 6000 направлений на социальное сопровождение в лечебно-диагностические учреждения города (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 1). Во всех родильных домах, женских консультациях, детских стационарах и поликлиниках города были распространены материалы с информацией о проекте (см. ПРИЛОЖЕНИЯ 2 и 3).

Распространение информации о проекте также производилось посредством СМИ, все значимые мероприятия и результаты работы освещались в прессе. Во всех пресс-релизах, подготовленных в рамках проекта, ставился акцент на те услуги, которые мамы, находящиеся в трудной жизненной ситуации, могли получить, обратившись в центры социальной помощи.

Совместно со специалистами проекта и областного Центра СПИДа производились регулярные выходы на линейки в женские консультации, детские поликлиники и родильные дома. Специалисты проекта делали презентации услуг, оказываемых женщинам в трудной жизненной ситуации, направленных на профилактику отказов. Было организовано знакомство врачей с системой направления на социальное сопровождение и установление договоренности о получении обратной связи от врачей по выдаваемым женщинам направлениям. Специалисты Центра СПИДа отвечали на вопросы врачей относительно направления пациенток за помощью, режимов приема антиретровирусной терапии и профилактики. В результате проделанной работы была налажена система направления клиенток и получения обратной связи, а также выявлена потребность врачей в дополнительном обучении по вопросам ВИЧ-инфекции и СПИДа, и Центром СПИДа было инициировано два цикла обучения для врачей.

В рамках создания системы преемственной помощи для женщин группы риска, объединяющей учреждения социальной защиты и здравоохранения, а также службы, работающие в области охраны репродуктивного здоровья, был выпущен «Справочник социально-психологических и медицинских служб Екатеринбурга для специалистов учреждений по работе с семьей и детьми». Особое внимание в этом справочнике уделено бесплатной помощи в области репродуктивного здоровья, предоставляемой женщинам группы риска, государственными учреждениями здравоохранения. Справочник выпущен тиражом 200 экземпляров и распространен в различные учреждения социальной защиты, органы опеки и попечительства всех районов города, медицинские учреждения, некоммерческие и другие организации, оказывающие помощь матерям и детям в трудной жизненной ситуации.

2. Улучшение здоровья и благополучия социально уязвимых детей путем налаживания системы преемственной комплексной социаль-

но-медико-психологической помощи матери и ребенку предпринимались следующие действия:

- Психосоциальное консультирование и направление клиенток из женских консультаций, родильных домов и детских поликлиник. В процессе работы проекта был налажен доступ социальных работников и психологов на территорию родильных домов, женских консультаций и детских стационаров, где специалисты проводили скрининг, консультирование и направление семей группы риска с детьми раннего возраста за социальной помощью.
- Помощь по программам раннего вмешательства и профилактики отказов, насилия и пренебрежения по отношению к детям и другие специализированные услуги. Эти программы интегрированы в работу пяти центров социальной помощи семье и детям г. Екатеринбурга.
- Развитие межведомственного взаимодействия между учреждениями социальной защиты населения и здравоохранения для оказания социально-психологической помощи семьям с детьми раннего возраста для профилактики отказов от детей, осуществлявшееся при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области и Министерства по социальной политике Свердловской области, а также Управления здравоохранения администрации города Екатеринбурга, что способствовало интеграции модели в работу государственных учреждений.

В результате осуществления проекта получили развитие следующие виды медицинской и психосоциальной помощи:

- скрининг беременных женщин и женщин с маленькими детьми группы риска или находящихся в трудной жизненной ситуации (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4);
- экстренная психологическая помощь, включая кризисное консультирование;
- мотивационное интервьюирование женщин группы риска;
- патронаж на дому;
- дневной уход за детьми из семей группы риска;
- проведение индивидуальных и групповых тренингов по уходу за детьми, грудному вскармливанию, профилактике ВИЧ-инфекции, развитию ребенка и др.;
- группы поддержки «равный равному» для ВИЧ-положительных женщин, их партнеров и других членов семей;
- раннее вмешательство в целях коррекции развития ребенка и улучшения взаимоотношений между ребенком и его родителями и другими членами семьи.

3. Улучшение состояния здоровья женщин группы риска путем налаживания преемственной помощи по вопросам репродуктивного здоровья. Для сокращения количества случаев нежелательной беременности, улучшения здоровья женщины до беременности, что положительно влияет на последующее состояние здоровья матери и ребенка, а также для сокращения количества отказов от детей, в рамках проекта проведены тренинги для психологов и специалистов по социальной работе в Екатеринбурге по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи. Также проводилось обучение медицинских специалистов по вопросам особых потребностей социально уязвимых женщин. В программу обучения вошла актуальная информация о современных подходах в области планирования семьи, консультирование по вопросам планирования семьи, в том числе концепции осознанного выбора, и другие темы репродуктивного здоровья, такие как профилактика ЗППП, планирование беременности, общение с партнером и др. Цель тренингов – обучить специалистов по социальной работе и психологов основам индивидуального и группового консультирования семей группы риска по вопросам репродуктивного здоровья. Консультирование социально уязвимых женщин (как затронутых, так и не затронутых ВИЧ) по вопросам репродуктивного здоровья внедрено на пяти площадках проекта.

4. Методическая поддержка специалистов в г. Екатеринбурге осуществлялась в форме регулярной технической и психологической супервизии, проводимой специалистами из г. Санкт-Петербурга. Супервизии проводились в форме консилиумов по разбору наиболее сложных случаев, рассмотрению документации по ведению случая и группового обсуждения психологических и других проблем, с которыми сталкиваются специалисты в работе с клиентами. Супервизии направлены на повышение качества новых услуг, профилактику профессионального выгорания сотрудников проекта. В рамках проекта специалисты из Санкт-Петербурга провели в общей сложности девять супервизий. Параллельно координатором проекта проводились ежемесячные супервизии в каждом Центре социальной помощи семье и детям, а также междисциплинарные консилиумы по разбору сложных случаев с приглашением всех сотрудников проекта и специалистов центра СПИДа и других партнерских организаций.

Мероприятия третьего этапа:

Документация и институционализация модели комплексной преемственной помощи семьям с детьми раннего возраста в государственных учреждениях здравоохранения и службах социальной и психо-

логической помощи г. Екатеринбурга. В результате работы проекта были разработаны и введены следующие документы:

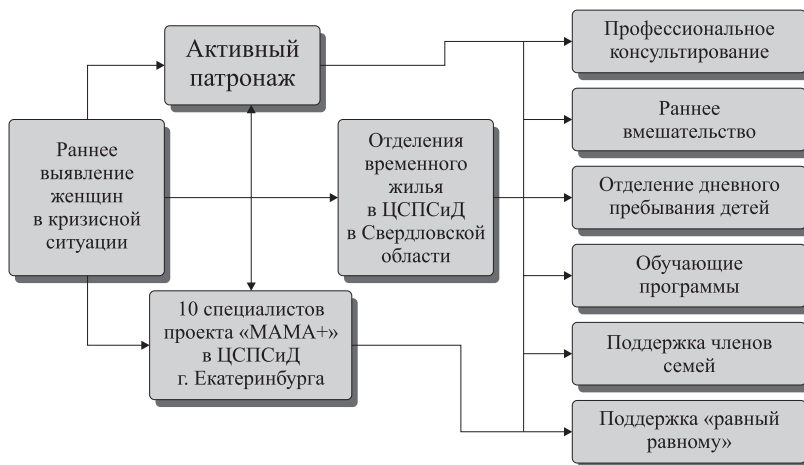
- Должностные инструкции социального работника и психолога (см. ПРИЛОЖЕНИЯ 5 и 6)
- Документация по ведению случая, в том числе карта скрининга, форма психосоциальной оценки клиентов, план ведения случая, форма оценки семьи, форма учета оказанных услуг и пр.

В рамках документирования опыта проекта было написано настоящее методическое пособие, предназначенное для специалистов и организаторов системы помощи матерям и детям, а также представителей некоммерческих организаций, работающих с уязвимыми группами населения.

В результате репликации модели «МАМА+» в Екатеринбурге НП «Семья детям» накоплен большой опыт управления подобным проектом. «Семья детям» готова распространять его в городах Свердловской области при соответствующей финансовой и документальной и административной поддержке Министерства по социальной политике Свердловской области.

5. Описание модели оказания комплексной помощи «МАМА+ Екатеринбург»

Модель профилактики отказов от детей в семьях группы риска



Рассмотрим более подробно компоненты помощи семьям в трудной жизненной ситуации.

Особенностью проекта «МАМА+» в Екатеринбурге стало то, что изначально было принято решение не открывать специализированных отделений на базе центров социальной помощи семье и детям, а интегрировать работу по сохранению семейного жизнеустройства детей в семьях группы риска, в том числе затронутых ВИЧ, в работу существующих отделений центров.

Штатное расписание проекта включало координатора и пять междисциплинарных команд, состоявших из психолога и социального работника, имевших достаточную квалификацию для оказания помощи семьям в кризисной ситуации. С февраля 2012 г. с открытием «Центра дневного пребывания МАМА+» на базе ресурсного центра СРОО «Аистенок» к команде проекта присоединились воспитатель и два педагога-психолога, работавших в центре на 0,5 ставки.

Для решения задачи раннего выявления клиентов в Екатеринбурге выстраивалась сеть партнерских организаций, которая включает в себя:

- центры социальной помощи семье и детям, которые оказывают помощь по районному принципу;
- родильные дома и перинатальные центры;
- детские больницы;
- детские поликлиники;
- женские консультации;
- центр СПИДа;
- специализированные медицинские учреждения (кожно-венерологические, наркологические и др.);
- некоммерческие организации, которые оказывают помощь женщинам с детьми, людям, затронутым проблемой ВИЧ-инфекции, наркозависимости и др. («Новое время», «Возможность», «Аистенок», «Колыбель» и др.).

Рассмотрим более подробно виды помощи, оказываемой семьям с детьми раннего возраста в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутым проблемой ВИЧ-инфекции, в рамках проекта «МАМА+».

Комплексный патронаж на дому необходим при работе с целевой группой проекта, т. к. женщины часто пассивны в обращении за помощью. Помимо доступа к клиентам, активный патронаж на дому решает также и другие важные задачи, такие как оценка семейной и социально-экономической ситуации женщины, выявление людей в ближайшем ее окружении, готовых оказать поддержку ей и ребенку, оценка взаимодействия матери и ребенка. На основе данных, полученных во время ин-

индивидуального консультирования женщины и комплексного патронажа, составляется индивидуальный план работы с семьей, основанный на методологии комплексного ведения случая (подробнее см. гл. 3).

Социальная помощь включает в себя различные виды помощи. Существенным ресурсом для женщин в кризисной ситуации становится непосредственная материальная помощь. Она может быть оказана в виде приданого для новорожденного, в случае когда женщина принимает решение о сохранении ребенка в семье в результате проведенной в родильном отделении работы специалистов. Для ВИЧ-положительных женщин и женщин, вынужденных по иным причинам отказаться от грудного вскармливания, помощь может осуществляться в виде детских смесей. Средства по уходу за ребенком, продукты питания, детская одежда и обувь, коляски и кровати предоставляются клиентам центров и существенно облегчают текущее материальное положение в семье. Источниками для материальной помощи стали средства проекта «МАМА+», а также спонсорская помощь различных коммерческих организаций города. Помимо этого, все центры социальной помощи семье и детям имеют собственные социальные склады, куда жители Екатеринбурга приносят ставшие ненужными детские и взрослые вещи, находящиеся в хорошем состоянии. Также специалисты активно взаимодействуют с материнскими интернет-сообществами в поиске детских колясок, кроваток и иных дорогостоящих детских вещей.

Содействие в оформлении документов, пособий и льгот осуществляется специалистами центров. Они консультируют женщин относительно полагающихся им выплат и компенсаций в связи с беременностью, родами, временной нетрудоспособностью, оформления пенсии по инвалидности или материнского капитала. Также специалистами производится консультирование по вопросам жилья, оказывается юридическая помощь, помощь в поиске и устройстве на работу.

С февраля 2012 г. на базе ресурсного центра СРОО «Аистенок» функционирует отделение дневного пребывания для детей, где мама может оставить своего ребенка на несколько часов в течение дня. **Штатное расписание** включает воспитателя и педагога-психолога. Отделение одновременно может принять до 12 детей. Для ребенка стало возможным кратковременное посещение отделения во время кризисной ситуации в семье. А также длительное посещение в тех случаях, когда мать лишена семейной поддержки и возможности поместить ребенка в детский сад. Ребенок находится под присмотром квалифицированного персонала, который занимается его досугом и развитием. Мама в это время может получить помощь в социальном или медицинском учреждении. Услуга

дневного пребывания делает другие виды помощи более доступными для мамы.

Сопровождение в организации и представление интересов также является одним из актуальных видов помощи для женщин в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ. Как уже говорилось ранее, многие клиентки испытывают затруднения при общении с государственными структурами. В этом случае визиты в различные учреждения в сопровождении специалиста не только делают их услуги доступными для женщины, но и дают ей положительный опыт взаимодействия с государственными служащими, на который она сможет опереться в дальнейшем.

Многие мамы, оказавшиеся на грани отказа от детей, не имеют в собственном опыте позитивной семейной модели. Они нуждаются в обучении навыкам ухода за ребенком и взаимодействия с ним. Им необходима поддержка специалистов, чтобы ощутить себя достаточно компетентными, «хорошими мамами», способными дать необходимые малышу внимание и заботу.

Психологическая помощь может осуществляться различными способами в различных режимах, индивидуально, с парой и в группе. Психологическая диагностика может быть выделена в качестве отдельного этапа работы, и на нее может быть отведена отдельная встреча, например, при оценке уровня развития ребенка, соответствия сформированных навыков возрастным нормам, а также при определении основных эмоциональных и поведенческих особенностей ребенка. В этом случае в результате диагностической работы клиентка получает определенные рекомендации, как развивать ребенка, как играть с ним и в каком направлении вести дальнейшую работу со специалистами.

Психодиагностика может также проводиться в процессе консультирования. В этом случае она будет представлять не проведение набора определенных методик, а наблюдение и анализ проявлений клиентки (телесных, вербальных и паравербальных). Такая диагностика носит сквозной характер и может продолжаться в течение всего времени работы психолога с клиенткой. На ее основании психолог прорабатывает план дальнейшей работы, оценивает дефициты и ресурсные зоны, а также может давать рекомендации клиентке.

Кризисное консультирование проводится в ситуации первичного контакта с клиенткой. Оно может быть инициировано специалистом (например, в родильном отделении, когда женщина заявляет о намерении отказаться от ребенка) или при ее самостоятельном обращении за помощью в центр социальной помощи семье и детям в момент переживания острой

ситуации (конфликт с родственниками из-за раскрытия ВИЧ-статуса женщины, увольнение с работы, факт дискриминации ребенка и др.). Работа психолога в данном случае будет направлена на помощь женщине в реагировании на сильные негативные эмоции, создание мотивации к преодолению создавшейся ситуации, а также совместный поиск внутренних и внешних ресурсов для выхода из кризиса.

Индивидуальное консультирование направлено на помощь женщине в решении конкретных задач: разрешение конфликтной ситуации в семье, помощь при раскрытии ВИЧ-статуса, улучшение отношений женщины с ее окружением. В решении семейных проблем в некоторых случаях более эффективным методом может стать семейное консультирование, особенно в тех случаях, когда удастся создать мотивацию к совместной работе у членов семьи клиентки.

Как уже говорилось выше, **консультирование по вопросам развития ребенка** необходимо многим клиенткам, особенно тем из них, кто вырос в условиях пренебрежения их нуждами или был помещен в интернатное учреждение. Задачами психолога в процессе консультирования матери по вопросам развития ребенка становятся не только научение мамы навыкам игры и общения с ребенком, а также научение распознаванию эмоционального состояния ребенка и понимания его потребностей, но и возвращение уверенности матери в том, что она может справиться с воспитанием ребенка, повышение ее самооценки. Тем самым снижается риск отказа от ребенка.

На ранних этапах развития ребенка мама является основным представителем как биологической, так и социальной внешней среды. Мать, как позитивный условный раздражитель, вызывает у ребенка положительные эмоции, удовлетворяя возникающие у малыша потребности. Одним из важных механизмов установления контакта между матерью и ребенком является грудное вскармливание. Многие женщины, имевшие намерение отказаться от ребенка, а потом принявшие решение сохранить ребенка в семье, имеют трудности со становлением лактации и в результате часто вынуждены перейти на искусственное вскармливание. ВИЧ-положительные мамы отказываются от грудного вскармливания в связи с высоким риском передачи вируса ребенку с грудным молоком. В связи с этим, а также в связи с использованием подгузников непосредственный контакт между матерью и ребенком становится более редким и непродолжительным по времени. Если учесть, что многие матери, оказавшиеся на грани отказа от ребенка, не имеют достаточно знаний и опыта для полноценного удовлетворения потребностей малыша, то дети из таких семей имеют высокий риск нарушений развития. У женщин также

может быть свой негативный детский опыт, который они непроизвольно переносят на отношения со своим ребенком. Материальная нестабильность и отсутствие поддержки со стороны родственников также дестабилизируют отношения матери и малыша. В связи со всеми вышеперечисленными факторами детям показана помощь по программе раннего вмешательства.

Раннее вмешательство – система помощи детям раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений и их семьям. В программах раннего вмешательства работают педагоги, логопеды, педиатры, неврологи, физиотерапевты, психологи и социальные работники. Оно предназначено семьям с детьми от 0 до 3 лет, относящимся к группе социального, медицинского и генетического риска отставания в развитии. Коррекционная работа включает в себя оценку взаимодействия матери и ребенка, разработку коррекционной программы, психотерапевтическую работу, направленную на изменение качества взаимодействия матери и ребенка.

В качестве критериев оценки качества взаимодействия используются эмоциональная и вербальная отзывчивость мамы, принятие матерью ребенка, вовлеченность мамы во взаимодействие с ребенком, предложение мамой игрового материала. Коррекционная работа должна соответствовать возрасту и уровню развития ребенка, быть направлена на зону ближайшего развития и улучшать качество взаимодействия матери и ребенка. В качестве методов работы используются социально-педагогические развивающие, терапевтические и комплексные занятия. Мать обязательно должна привлекаться к развивающим занятиям с ребенком с целью получения нового опыта взаимодействия с ребенком, обучения развивающим играм, объяснению этапов развития ребенка, объяснению значения игр, в которые играют дети. Таким образом, мама получает не только знания, но и опыт общения с ребенком, необходимые для формирования прочной связи между матерью и ребенком.

Группы взаимопомощи дают клиенткам возможность оказаться в среде равных, что создает безопасные условия для проявления насущных проблем, их совместного обсуждения и поиска решений. Женщины могут обрести уверенность, что их ситуация не уникальна и преодолима. Такие группы постоянно функционируют в центрах социальной помощи семье и детям «Каравелла» Верх-Исетского района и на базе областного Центра СПИДа.

Помощь в лечении зависимости оказывается специализированными наркологическими службами города и некоммерческими организациями. У некоторых социальных центров Екатеринбурга, например, у Цен-

тра социальной помощи семье и детям «Отрада» Октябрьского района, заключены партнерские соглашения с наркологическими диспансерами. Таким образом, клиенты центров, при условии достаточной мотивации к лечению зависимости, могут пройти бесплатную реабилитацию в условиях стационара. На базе Областного Центра СПИДа также постоянно действуют группы поддержки зависимых, организованные по принципу «равный равному».

Консультирование партнера или членов семьи клиентки также является важной частью психологической помощи. К сожалению, описанные в гл. 1 сложности с запросом и усвоением поддержки, а также низкая мотивация к изменению своей жизненной ситуации характерны не только для самих клиенток, но и для членов их семей. Если же специалисту удастся наладить контакт с родственниками женщины, то появляется возможность работать со всей семейной системой в целом, что дает надежду на меньшее сопротивление изменениям и лучшие результаты работы.

Цель помощи родственникам, осуществляющим поддержку и уход за ВИЧ-позитивными женщинами с детьми, – улучшение социально-психологического состояния и повышение образовательного статуса семьи. Для семей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, на первый план выходят работа с принятием диагноза женщины ее родственниками, консультирование по вопросам жизни с ВИЧ-инфекцией, а также проработка сильных эмоций, которые возникают у родственников при близком столкновении с этой проблемой. Здесь важным фокусом внимания становится работа по профилактике стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированной женщины в семье с целью предотвращения отказа от детей.

Проблемы родственников женщин с маленькими детьми, оказавшихся с трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, отчасти напоминают проблемы самих женщин и могут быть сгруппированы следующим образом.

Проблемы матерей:

- незапланированная беременность дочери/невестки, нежеланный ребенок;
- дефицит информации о развитии ребенка и уходе за ним;
- зависимость/созависимость;
- проблемы с собственным здоровьем;
- финансовые трудности;
- конфликты с дочерью/сыном.

Проблемы мужей/партнеров:

- отсутствие постоянной занятости;
- финансовые трудности;

- отсутствие необходимых документов (регистрация, прописка, паспорт);
- опыт употребления наркотиков и/или алкоголя (80 % партнеров);
- конфликты с партнершей или супругой.

Основываясь на понимании этих трудностей, которые испытывают члены семей клиенток, формируются основные направления **работы с семьями**: это социально-психологическая поддержка, группы взаимопомощи и неформальные мероприятия и обучающие мероприятия.

В ситуациях, когда потребности клиентки в разрешении кризисной ситуации не могут быть удовлетворены ресурсами центра социальной помощи, специалисты осуществляют направление женщины в партнерские организации.

Медицинская помощь оказывается в партнерских организациях: областном Центре СПИДа, женских консультациях, родильных домах, детских поликлиниках и больницах, а также многопрофильных и специализированных поликлиниках и стационарах города. Включает в себя консультации специалистов, лабораторную диагностику, консультации по вопросам кормления и ухода за ребенком, медико-санитарное просвещение. Работники центров социальной помощи семье и детям, занятые в проекте «МАМА+», актуализируют у клиенток потребность в обращении за медицинской помощью и поддерживают их в процессе общения с медицинскими работниками, вплоть до совместных визитов в Центр СПИДа и другие лечебно-диагностические службы. В тех случаях, когда связи между конкретными социальными центрами и лечебно-профилактическими учреждениями оказываются уже построенными, доверие специалистов к медицинским работникам передается клиенткам, и это повышает их шансы на получение и закрепление позитивного опыта обращения за медицинской помощью. Описанные действия специалистов, работающих со случаем, приводят к увеличению доступности медицинских услуг для клиенток, а также к укреплению самооценки клиентки и повышению ее реабилитационного потенциала.

Более подробно принципы работы со случаями и план работы рассмотрен в гл. 3.

ГЛАВА 3

Методические рекомендации по технологии социального сопровождения семей

1. Междисциплинарное ведение случая. 2. Принципы междисциплинарного ведения случая. 3. Этапы работы со случаем. 4. Примеры ведения случаев междисциплинарной командой.

1. Междисциплинарное ведение случая

Междисциплинарное ведение случая – метод организации профессиональной помощи, который способствует максимально быстрому и эффективному достижению целей и задач по улучшению качества жизни клиента, защите его интересов и прав. Междисциплинарное ведение случая включает в себя комплекс мероприятий, выполняемых командой специалистов с целью:

1. предоставления качественных профессиональных услуг наиболее эффективным и адекватным для клиента способом;
2. развития и активизации ресурсов клиента в области личностного роста, решения проблем и адаптации.

Случай – клиент, который нуждается в комплексной социальной, психологической, юридической, медицинской, педагогической и других видах помощи.

2. Принципы междисциплинарного ведения случая

Технология междисциплинарного сопровождения женщин с детьми до трех лет в тяжелой жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, основывается на следующих принципах:

1. Профессионализм и высокая квалификация членов междисциплинарной команды.
2. Приоритет потребностей и интересов клиентки, добровольность решения о получении услуг и активное мотивирование клиентки на изменение поведения и формирование запроса на получение тех или иных видов помощи.
3. Активное участие клиентки в междисциплинарном ведении случая и развитие ее собственного потенциала.
4. Конфиденциальность информации о клиентке.
5. Последовательность и преемственность в соблюдении этапов оказания помощи.
6. Индивидуальная ответственность специалиста за социальное сопровождение случая.
7. Полноценное использование общественных ресурсов. Минимизация затрат и разумное управление ресурсами.
8. Постоянная оценка качества и эффективности междисциплинарной помощи;
9. Оптимальная нагрузка на членов междисциплинарной команды.

Профессионализм и высокая квалификация членов междисциплинарной команды.

Для оказания помощи женщине с ребенком в трудной жизненной ситуации и поддержки членов семьи необходимо взаимодействие различных специалистов. Они входят в состав единой междисциплинарной команды, которая может оказывать услуги комплексной помощи (социальной, психологической, юридической, медицинской и др.), что позволяет клиенткам продвинуться в решении текущих проблем и преодолеть трудности в получении необходимых для разрешения кризисной ситуации услуг. Например, преодолеть трудности, связанные со страхом и стыдом, при обращении за медицинской помощью, которые нередко возникают у клиенток-наркопотребителей. Каждый специалист имеет свое направление профессиональной деятельности. В рамках проекта «МАМА+» основными специалистами были социальный работник и психолог. Они являлись сотрудниками отделений по профилактике безнадзорности несовершеннолетних, отделений помощи женщинам в кризисной ситуации или отделений психолого-педа-

гогического сопровождения в центрах социальной помощи семье и детям. В случаях сопровождения семей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, в междисциплинарную команду могли входить врач-инфекционист Центра СПИДа и педиатр. При необходимости в междисциплинарную команду могут быть включены юрист и социальный педагог.

Члены междисциплинарной бригады, кроме соответствующего профильного образования, должны иметь опыт работы и навыки взаимодействия с клиентами в тяжелой жизненной ситуации, в том числе затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции, а также активными потребителями внутривенных наркотиков. Специалисты должны иметь представление о работе государственных учреждений, знать, какими они обладают ресурсами для социальной поддержки, какая помощь предусмотрена законодательством, какие услуги могут предоставить некоммерческие организации. Важно также, чтобы сотрудники междисциплинарной команды разбирались в специфических особенностях и потребностях клиентской группы. Когда к команде присоединяются молодые сотрудники, не имеющие достаточных знаний и опыта работы, им необходимо пройти соответствующее обучение. Постоянное же повышение квалификации должно стать необходимым условием функционирования междисциплинарной команды.

Как уже говорилось ранее, клиентки в тяжелой жизненной ситуации имеют трудности в обращении за помощью вообще и к врачам узких специальностей в частности. В связи с этим, когда у клиентки возникает потребность в консультативной и лечебной помощи, необходимо наладить ее доступ к услугам врачей-психиатров, наркологов, неврологов, гинекологов, дерматовенерологов и др. Как правило, врачи-специалисты не входят в междисциплинарную команду. Но у центров социальной помощи семье и детям может быть налаженное взаимодействие с соответствующими медицинскими службами.

Междисциплинарное ведение случая профессиональной командой отличается от помощи, которая оказывается по принципу «равный равному». Этот принцип используется для оказания психоэмоциональной поддержки, профилактики рискованных форм поведения и формирования мотивации на получение профессиональной помощи труднодоступными группами клиентов. Он распространен в организациях, которые работают с нарко- и алкопотребителями, людьми, живущими с ВИЧ-инфекцией, такими как «Возможность», «Новое время», «Новая жизнь».

Работа по принципу «равный равному» служит источником поддержки для клиента, но не заменяет профессиональной помощи. Междисциплинарная команда специалистов занимается непосредственным оказани-

нием профессиональной помощи, что способствует решению социальных, психологических, медицинских, юридических и других проблем клиента.

Приоритет потребностей и интересов клиентки, добровольность решения о получении услуг и активное мотивирование клиентки на изменение поведения и формирование запроса на получение тех или иных видов помощи.

Отношения между клиенткой и специалистом, курирующим конкретный случай, складываются постепенно. Особенностью работы с женщинами в трудной жизненной ситуации и особенно с женщинами, затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции, является трудность установления контакта и низкая приверженность к получению помощи. Поэтому основой для эффективной работы является формирование доверия к ведущему случай специалисту как профессионалу, учитывающему потребности и интересы клиентки.

Если специалист занимает жесткую экспертную позицию и ограничивается рекомендациями, «как клиентке лучше поступить», это часто приводит к появлению у женщины чувств вины и стыда, особенно в тех случаях, когда она не может выполнять даваемые ей предписания. Таким образом, происходит отторжение клиенткой рекомендаций специалистов, которые она начинает переживать как требования целей и результатов совместной со специалистом работы. В результате такого подхода резко снижается эффективность взаимодействия специалист – клиент и происходит неоправданное расходование человеческих, эмоциональных и материальных ресурсов.

Работа со случаем должна начинаться не с тех проблем, которые считает наиболее актуальными специалист, а тех, которые предъявляет в первую очередь сама женщина. В дальнейшем специалист работает, помогая клиентке удовлетворять текущие потребности и актуализируя и формируя новые, мотивируя клиентку на последующие изменения.

Результаты такого подхода проявляются медленнее. Приходится считаться с тем, что мотивирование и изменение приоритетов часто занимает долгое время. Может потребоваться неоднократно встретиться с клиенткой, прежде чем она примет решение начать изменения в своей жизни. Эти изменения будут ее самостоятельным решением и вызовут гораздо меньшую реакцию, чем в случае, когда они навязаны специалистом. Настойчивые требования действий, которые женщина не готова совершить, могут привести к разрыву контакта с конкретным специалистом и утрате доверия у клиентки ко всей системе помощи в целом, что приводит к отказу от обращения в государственные структуры помощи, углублению кризиса и повышению риска отказа от ребенка либо его изъятия из семьи.

Активное участие клиентки в междисциплинарном ведении случая и развитие ее собственного потенциала.

Как уже говорилось в предыдущих главах, одной из особенностей клиентской группы женщин в тяжелой жизненной ситуации с детьми раннего возраста, в том числе затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, является нарушение усвоения поддержки. Клиентки с трудом умеют запрашивать и ассимилировать получаемую извне помощь. Поэтому в ходе социального сопровождения клиентка не должна быть только пассивным получателем услуг. В междисциплинарном подходе обязательно должно присутствовать разделение прав и обязанностей между специалистами, ведущими случай, и самой женщиной. Клиентка привлекается к формированию целей и задач плана разрешения ее кризисной ситуации, а также берет на себя ответственность за выполнение ряда действий.

Важно, чтобы доля ответственности клиентки за улучшение ее жизненной ситуации была максимально для нее возможной. Специалистом производится оценка уровня ее самостоятельности и готовности к взаимодействию с различными структурами. Так, для одной будет достаточно провести юридическую консультацию по восстановлению документов, а с другой нужно будет совместно посетить все необходимые учреждения. В случае выраженной дезадаптации клиентки распределение обязанностей между женщиной и специалистом при восстановлении паспорта можно представить в виде таблицы:

Таблица 3

Распределение обязанностей между специалистом и клиенткой

Шаги	Ответственный
1. Консультирование по процедуре восстановления паспорта	специалист
2. Сбор необходимых документов	специалист + клиентка
3. Оплата госпошлины	специалист + клиентка
4. Посещение отдела милиции, подача заявления на восстановление	специалист + клиентка
5. Получение готового паспорта	клиентка

Серьезные затруднения во взаимодействиях с любыми государственными, в том числе и медицинскими, структурами характерны для клиентов с ВИЧ (особенно бывших или нынешних наркопотребителей), поэтому важно давать им необходимую поддержку, постепенно повышая долю их активного участия.

Вовлечение клиентки в деятельность по работе с ее случаем способствует к формированию дисциплины и ответственности, повышению уверенности в себе и снижению тревожности. Это способствует улучшению самооценки, которая часто занижена у представителей описываемой нами клиентской группы.

Конфиденциальность информации о клиентке.

Любая информация о клиентке, ее семейной ситуации, медицинском диагнозе и т. д., которая становится известной любому специалисту междисциплинарной команды, является конфиденциальной. Эта информация может быть передана другим сотрудникам или сотрудникам других организаций только с разрешения самой клиентки или ее законного представителя. Чтобы обеспечить обмен информацией между членами команды, клиентка подписывает договор о социальном сопровождении. В договоре регламентировано предоставление информации тем специалистам, которые будут вовлекаться в процесс оказания помощи. Все специалисты, вовлеченные в процесс работы междисциплинарной команды, должны быть проинформированы о порядке работы с конфиденциальной информацией. Должна быть сформирована единая позиция относительно того:

- кому и какую информацию о клиентке можно предоставлять;
- какая информация и в какой форме должна быть зафиксирована;
- кто и на каких основаниях может получить доступ к информации о клиентке;
- как обеспечивается точность информации о клиентке;
- каким образом, в течение какого периода времени хранятся документы, содержащие информацию о клиентке;
- как происходит уничтожение документов, содержащих информацию о клиентке.

Специалисты, работающие с семьями с детьми до трех лет, затронутыми различными социальными и медицинскими проблемами, должны соблюдать не только конфиденциальность информации о клиентке, но и знать законодательные нормы Российской Федерации, касающиеся безопасности жизни и здоровья несовершеннолетних. В частности, ст. 121 и 122 Семейного кодекса Российской Федерации, а также ст. 9 Федерального закона Российской Федерации №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.1999 формируют определенные исключения.

Специалист обязан информировать органы опеки и попечительства в случаях длительного отсутствия родителей, уклонения их воспитания детей или от защиты их прав и интересов, о выявлении несовершенно-

летних, оставшихся без попечения родителей или законных представителей, или находящихся в обстановке, представляющей угрозу их жизни и здоровью или препятствующей их воспитанию.

Специалист обязан проинформировать органы социальной защиты населения о выявлении семей, находящихся в социально опасном положении.

Специалист обязан информировать органы внутренних дел при выявлении фактов жестокого обращения и других противоправных действий в отношении несовершеннолетних.

Все вышеперечисленные исключения предполагают предоставление информации в соответствующие органы о ситуациях, которые могут повлечь угрозу жизни и здоровью ребенка. Разглашение информации о ВИЧ-статусе клиентки или членов ее семьи к этим ситуациям не относится.

Последовательность и преемственность в соблюдении этапов оказания помощи.

Социальное сопровождение может иметь различную продолжительность. Иногда для разрешения кризисной ситуации бывает достаточно нескольких месяцев, а в некоторых случаях недостаточно сопровождать клиентку в течение года, и возникает необходимость в продлении договора социального обслуживания. Вне зависимости от того, в течение какого периода продолжается социальное сопровождение, работа со случаем должна быть последовательностью шагов, где каждый последующий основывается на предыдущем и готовит почву для следующего.

Этапы ведения случая

1. Выявление клиентки, нуждающейся в социальной помощи.
2. Установление контакта.
3. Первичная оценка ситуации клиентки.
4. Подписание информированного согласия.
5. Открытие случая.
6. Разработка плана работы со случаем.
7. Осуществление разработанного плана.
8. Координация и мониторинг предоставления услуг.
9. Регулярная оценка случая, пересмотр и коррекция плана работы со случаем.
10. Закрытие случая.

Более подробно с описанием каждого этапа можно ознакомиться в следующем разделе главы.

Индивидуальная ответственность специалиста за социальное сопровождение случая.

В рамках междисциплинарного подхода к социальному сопровождению клиенток отдельные задачи решаются различными специалистами. Таким образом происходит разделение обязанностей по оказанию различных видов помощи. Однако необходимо, чтобы каждый случай закреплялся за одним специалистом, который несет ответственность за его ведение. В его обязанности входит: составление предварительного плана работы со случаем, представление случая на консилиумах и супервизиях, координация действий членов междисциплинарной команды по работе с клиенткой и действий самой клиентки, а также контроль за соблюдением сроков проведения мероприятий индивидуального плана. В зоне ответственности этого специалиста – отслеживание динамики случая, регулярные встречи с клиенткой с целью обсуждения успехов и трудностей, планирования дальнейших шагов по реализации индивидуального плана. Как правило, ответственным за ведение случая становится специалист по социальной работе.

Полноценное использование общественных ресурсов. Минимизация затрат и разумное управление ресурсами.

В систему оказания комплексной поддержки клиента, помимо междисциплинарной команды, входят государственные учреждения здравоохранения и социальной защиты, а также некоммерческие организации, обладающие различными ресурсами. Задача междисциплинарной команды состоит не в дублировании помощи, которую клиенты могут получить из иных источников, а в оказании услуг, которая не предоставляется другими организациями, и повышении доступности для клиента остальных социальных сервисов.

Если оградить клиента от не всегда дружелюбной системы государственной медицинской помощи, приняв на работу всех необходимых специалистов, то существует риск еще больше дезадаптировать клиента в его взаимодействиях с государственными структурами, что противоречит задачам работы междисциплинарной команды, к которым относятся, помимо оказания услуг, наращивание реабилитационного потенциала самих клиентов и постепенная адаптация самой системы оказания помощи к потребностям наиболее уязвимых групп (дети, семьи, живущие с ВИЧ-инфекцией).

Постоянная оценка качества и эффективности междисциплинарной помощи.

Непрерывные мониторинг и оценка качества и эффективности оказываемой помощи является важной составляющей работы междисциплинарной команды.

Уровни оценки:

1. Отдельными специалистами проводится анализ достижения целей и поставленных задач в работе с клиенткой. Основанием для анализа является документация по социальному сопровождению.
2. На уровне междисциплинарной команды производится оценка эффективности качества работы специалистов, работающих со случаями; на основании информации обо всех случаях, продолжающихся и уже завершенных.
3. В сложных случаях можно обратиться за получением оценки на экспертном уровне.

На всех уровнях оценки важно учитывать мнение клиенток о качестве помощи и соответствии оказываемых услуг потребностям клиенток.

Оптимальная нагрузка на членов междисциплинарной команды.

Количество сотрудников, занятых в междисциплинарном ведении случая, должно соответствовать количеству и сложности задач, которые поставлены перед командой, а также специфике клиентов. Опыт междисциплинарной работы в г. Санкт-Петербурге показывает, что специалист по социальной работе может вести одновременно 10–12 случаев. При этом важно учитывать, что новые клиентки, как правило, требуют более пристального внимания, они могут проживать в удаленных и труднодоступных районах, что может требовать больших ресурсов для проведения патронажа на дому. В формировании нагрузки на специалиста важно уделять внимание балансу между острыми проблемами, требующими немедленного реагирования и принятия сложных решений, – с одной стороны, и индивидуальному консультированию, ведению документации, а также анализу и оценке качества проводимой работы – с другой. При смещении баланса в сторону экстренного решения сложных задач и работы с клиентками с поведением высокой степени риска специалист часто теряет возможность регулярно встречаться со старыми более ресурсными клиентами. Таким образом специалист теряет возможность видеть результаты своей работы в целом и адекватно оценивать ее эффективность и качество. Такое смещение фокуса внимания и активности специалиста рано или поздно приводит к снижению качества работы и повышению риска профессионального «выгорания».

Для сохранения эффективности работы необходимо постоянно оценивать нагрузку на каждого специалиста и оперативно реагировать на проблемы, возникающие в случае ее повышения. Важно оценивать психологический климат в группе и заниматься разрешением межличностных проблем, возникающих в процессе работы, как между самими специалистами, так и между специалистами и клиентками. Для этого важно

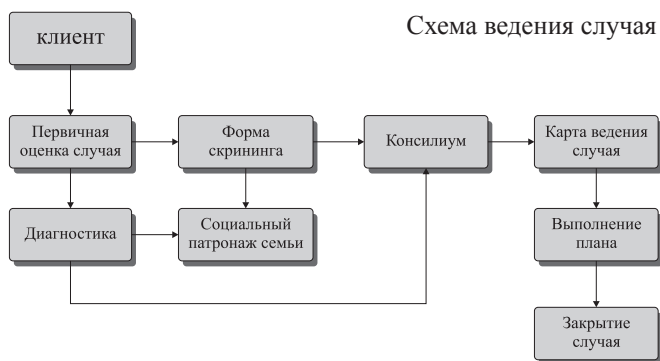
приглашать стороннего специалиста-психолога или психотерапевта (с которым участники группы не состоят в отношениях начальник – подчиненный или иных), имеющего квалификацию супервизора. Регулярные групповые и индивидуальные психологические супервизии дают ресурс для своевременного разрешения проблем и конфликтов в группе специалистов и препятствуют профессиональному «сгоранию» специалистов.

Параллельно с психологической супервизией участников междисциплинарной команды необходимо регулярно проводить техническую супервизию (по сложным вопросам ведения того или иного случая) она может проводиться руководителем подразделения, опытным сотрудником параллельного подразделения или внешним консультантом.

Специалист, проводящий техническую супервизию, должен обладать достаточным опытом и авторитетом.

3. Этапы работы со случаем

Как уже говорилось выше, междисциплинарный подход предполагает соблюдение определенной последовательности действий. Каждый шаг логически вытекает из предыдущего и готовит почву для последующих действий.



Выявление клиентки, нуждающейся в социальной помощи.

Как уже говорилось в гл. 1, особенностью клиенток в тяжелой жизненной ситуации с детьми раннего возраста является то, что они далеко не всегда самостоятельно обращаются за помощью, т. к. не имеют достаточно информации, не верят в возможность реальной помощи или имеют предыдущий негативный опыт взаимодействия с государственными структурами. Поэтому организация, занимающаяся помощью таким клиентам, не может

занимать пассивную позицию, поиск и привлечение клиентов становится одной из важных задач организации. В гл. 2 говорилось о том, как решались задачи построения сети партнерских организаций для перенаправления клиенток за социальной помощью. В разных случаях первичный контакт социальных работников с женщиной в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутой ВИЧ, как правило, инициируется ими.

Информация о семье в тяжелой жизненной ситуации может быть получена из разных источников:

- от врачей родильного отделения при поступлении женщины, заявляющей намерение отказаться от ребенка;
- от педиатров детской поликлиники, когда мама не приносит ребенка на прием, или при выходе патронажная медицинская сестра выявляет признаки социального неблагополучия семьи;
- от врачей детского стационара;
- от врачей женской консультации;
- от работников учреждений дошкольного образования;
- от органов полиции;
- от служащих центра занятости населения;
- от сотрудников общественных организаций;
- от членов религиозных общин;
- от граждан.

Специалистами центров социальной помощи семье и детям, получившими сигнал о социально-опасном положении, проверяют полученную информацию, совершая активные выходы в адрес проживания семьи, родильный дом, детский стационар или реже, приглашая маму в центр социальной помощи.

Критерии социально-опасного положения, требующие от социальных работников немедленного реагирования:

- Родители не обеспечивают лечение ребенка во время болезни.
- Не являются на плановые профилактические осмотры и своевременную вакцинацию.
- Родители не обеспечивают полноценным питанием, одеждой и обувью в соответствии с возрастом и сезоном.
- При медицинском осмотре возникают подозрения на жестокое обращение с ребенком (ссадины, синяки, царапины).
- Отставание в психическом и физическом развитии ребенка.
- Отсутствие постоянного места жительства, проживание в антисанитарных условиях.
- Употребление родителями ребенка алкоголя, наркотических или иных психотропных веществ.

Установление контакта.

Вне зависимости от того, кем был инициирован контакт, важно, чтобы действия специалистов на этом этапе не усугубляли тяжести психологического состояния женщины. Особенно это важно, если первая встреча происходит в родильном доме, когда женщина может находиться в состоянии острого стресса, вызванного переживаниями, связанными с родами, а также получением результатов анализа на ВИЧ (при выявлении диагноза ВИЧ-инфекция). У роженицы могут возникать сильные и противоречивые переживания по поводу своего состояния и будущего, а также будущего ребенка. Важно, чтобы специалист, осуществляющий первую встречу, помог женщине справиться с сильными чувствами по поводу сложившейся ситуации, прояснил наиболее острые проблемы, которые больше всего тревожат женщину (страх раскрытия диагноза ВИЧ, опасения за свое здоровье, конфликт с родными, отсутствие жилья и др.).

Условия хорошего контакта:

- безопасная атмосфера;
- активное слушание;
- поддержка;
- предложение конкретной помощи;
- конфиденциальность.

Первичная оценка ситуации клиентки.

В процессе первичной встречи специалистом выявляются основные потребности клиентки, а также ресурсы, которые она может использовать. В отдельной форме специалист фиксирует следующие моменты:

1. Общие данные: Ф.И.О. женщины, дата рождения. Дата рождения, пол имя ребенка или детей. Контактная информация.
2. ВИЧ-статус женщины. Для ВИЧ-положительных женщин: предполагаемое время и путь инфицирования, наблюдение во время беременности в Центре СПИДа, проведение антиретровирусной профилактики.
3. Опыт употребления наркотиков.
4. Планы по воспитанию ребенка.
5. Семейное положение, наличие семейной или иной поддержки.
6. Желание женщины сотрудничать с социальной службой.

Специалист информирует женщину о возможностях государственных и негосударственных учреждений, видах помощи, которые ей могут быть предоставлены в центре социальной помощи, а также об условиях получения помощи.

Решение о сотрудничестве принимается совместно женщиной и специалистом. Женщина может быть не заинтересована в поддержке, т. к. приняла твердое решение об отказе от ребенка или из страха раскрытия ВИЧ-положительного статуса, или из-за недоверия к сотруднику или системе помощи. Специалист оценивает все эти моменты, а также сопоставляет потребности женщины с возможностями помогающей организации. В результате принимается решение о принятии или непринятии клиентки на сопровождение.

Не всегда продуктивное сотрудничество начинается с первой встречи. Иногда специалист оставляет женщине информацию об услугах социального центра и партнерских организаций, и женщина обращается в них в последующем самостоятельно. В некоторых случаях могут потребоваться повторные выходы в роддом или активные патронажи на дому, прежде чем потенциальная клиентка будет готова к сотрудничеству, но именно во время первой встречи женщина принимает решение о том, насколько она может доверять специалисту, инициировавшему контакт. Поэтому специалисту важно быть расположенным к женщине и непредвзятым по отношению к ней. Если основа для доверия не заложена во время первой встречи, то впоследствии добиться его бывает гораздо сложнее. Иногда стоит пожертвовать подробно собранными данными о клиентке ради более доверительного контакта. Не следует превращать беседу с женщиной в подробный расспрос, стараясь собрать максимум информации. Лучше давать возможности для появления реакций самой клиентки, особенно невербальных, быть безоценочным и поощрять ее к выражению мыслей и чувств. В этом случае вероятность того, что женщина станет откровенна со специалистом и будет готова к принятию помощи, существенно возрастет.

После принятия решения о сотрудничестве женщина подписывает **информированное согласие**⁵ (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 7) – документ, содержащий краткую информацию об услугах центра, выгодах и неудобствах сотрудничества для клиентки, правах и обязанностях сторон. Также в центрах социальной помощи семье и детям подписывается **договор на оказание услуг** (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 8).

⁵ Информированное согласие, используемое специалистами проекта «МАМА+» отличается от информированных согласий на госпитализацию и лечение, используемых в лечебных учреждениях.

Критерии открытия случая:

- наличие первичной информации о клиентке;
- желание клиентки сотрудничать с проектом и подписание информированного согласия;
- соответствие запроса клиентки возможностям и целям проекта;
- представление о результате возможной работы, прогноз;
- наличие у клиентки ресурсов для решения проблемы.

Разработка плана работы со случаем.

После установления контакта с клиенткой и подписания документов, регламентирующих оказание социальной помощи, необходимо составить поэтапный план работы со случаем, а для этого нужно собрать дополнительную информацию о клиентке и ее ближайшем окружении. Для этого проводятся повторные встречи со специалистами, производится углубленная психосоциальная оценка. Важным инструментом диагностики семейной ситуации женщины является домашний визит. Психолог совместно с социальным работником проводят оценку бытовых условий, материальной ситуации, санитарного состояния жилья, психологической обстановки в семье, конфликтности атмосферы, наличия семейной поддержки и т. д. Все данные тщательно фиксируются в соответствующих формах. Часть информации заносится при первичном визите, а часть будет постоянно дополняться по мере углубления доверия клиентки к специалистам.

При анализе полученной информации особое внимание следует уделить наличию у клиентки постоянного жилья; документов, удостоверяющих личность; гражданства Российской Федерации, регистрации по месту жительства (постоянной или временной); употреблению психоактивных веществ самой клиенткой или ее партнером. Все эти факторы в значительной степени влияют на доступ клиентки к общественным ресурсам и в конечном итоге на ее реабилитационный потенциал.

Полученную и обобщенную информацию ответственный за случай сотрудник (чаще всего это специалист, устанавливавший первичный контакт с клиенткой) представляет на **междисциплинарном консилиуме**. Консилиумы проводятся регулярно, частота их зависит от количества и сложности случаев, находящихся в данный момент на сопровождении у междисциплинарной команды, но не реже одного раза в месяц. В консилиуме принимает участие ответственный специалист (как правило, специалист по социальной работе), психолог и координатор проекта.

При необходимости к участию в консилиумах приглашаются другие сотрудники центра социальной помощи семье и детям, специалисты Центра СПИДа, юристы и медицинские работники, сотрудники органов опеки и попечительства или отдела по делам несовершеннолетних.

На консилиуме рассматриваются новые случаи; случаи, требующие плановой оценки; сложные случаи, требующие принятия коллегиального решения.

Также не реже одного раза в месяц проводится консилиум с участием всех работников проекта для обсуждения и оценки сложных случаев и поиска дополнительных механизмов решения.

Если в работе со случаем уже участвовал психолог, то он дополняет имеющуюся информацию. Остальные специалисты могут задавать свои вопросы и высказывать свое мнение. Важно помнить, что на первом месте должны стоять запросы, потребности и возможности клиентки.

План представления случая на междисциплинарном консилиуме:

1. Ф.И.О., возраст клиентки.
2. Где была выявлена, при каких условиях был установлен первичный контакт.
3. Мотивация клиентки на воспитание ребенка.
4. Мотивация клиентки на сотрудничество с центром социальной помощи.
5. Семейное положение.
6. ВИЧ-статус (если да, то стоит ли на учете в Центре СПИДа, получала ли профилактику, определен ли статус у ребенка).
7. Жилье – есть ли в наличии жилье, где прописана, где проживает по факту, жилищно-бытовые условия.
8. Наличие поддержки (родственники).
9. Работа/занятость – кто работает, стабильна ли работа.
10. Доход – есть ли доход от работы, получает ли семья все пособия, которые ей полагаются, достаточен ли уровень дохода для удовлетворения потребностей семьи.
11. Действия специалистов.

После консилиума, ответственный за социальное сопровождение случая совместно с женщиной разрабатывает индивидуальную **программу социальной реабилитации** (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 9). Она включает в себя направления, цели, задачи, мероприятия и действия, а также сроки проведения и ответственных за реализацию.

Цель – это конечный глобальный результат, который нужно достичь в ходе социального сопровождения. Цель может быть общей для многих случаев (улучшение социального, материального, психологического состояния семьи, направленное на сохранение семейного жизнеустройства

ребенка; достижение устойчивой социально-психологической и материальной самостоятельности женщины).

Характеристики целей:

- Соответствует миссии службы.
- Значимость для клиента.
- Конкретность.
- Положительные формулировки.
- Реалистичность.
- Ограниченность во времени.
- Измеримость.
- Опора на сильные стороны клиента.

Для достижения глобальной цели необходимо выполнение ряда более узких *задач*, например:

- повысить материальное благополучие семьи;
- разрешить внутрисемейный конфликт;
- обеспечить диспансерное наблюдение ребенка Центра СПИДа до 18 месячного возраста.

Характеристики задач:

- Краткосрочность.
- Выполнимость.
- Выполнение задачи ведет к положительному результату, значимому для клиента.
- Выполнение обозначенных задач необходимо и достаточно для достижения поставленной цели.

Каждая задача раскладывается на отдельные *мероприятия*. От того, насколько точно и конкретно определены мероприятия, зависит вероятность достижения цели. Например, мероприятия в рамках улучшения взаимодействия матери и малыша могут быть следующие:

- обучить мать навыкам ухода за ребенком;
- провести психодиагностику ребенка и разъяснить клиентке результаты;
- обучить мать развивающим занятиям с малышом;
- провести индивидуальное психологическое консультирование, направленное на улучшение состояния матери;
- организовать психологическую поддержку в группе по принципу «равный равному».

Мероприятия могут быть разбиты на отдельные *шаги*, которые не вызывают у клиентки страха, что она способна их реализовать. Напри-

мер, обучение матери навыкам ухода за ребенком состоит из следующих шагов:

- выявить имеющиеся у клиентки трудности в уходе за ребенком, в зависимости от которых:
 - а) обучить клиентку правильному разведению детских смесей;
 - б) рассказать о видах смесей и их особенностях;
- обучить клиентку правильно купать ребенка, одевать и укладывать спать;
- обучить соблюдать соответствующий возрасту режим кормления и сна;
- обучить клиентку быть внимательной к потребностям ребенка.

Характеристики шагов:

- Конкретные и реалистичные сроки.
- Ясность в распределении обязанностей.
- Ответственность клиента соответствует зоне ближайшего развития.
- Выполнение обозначенных шагов неизменно приводит к решению поставленной задачи.

На междисциплинарном консилиуме, кроме обсуждения мероприятий, назначаются ответственные за их выполнение, а также определяются сроки выполнения мероприятий.

Роль ответственного специалиста:

- Взаимодействует с клиентом, обсуждает и подписывает с ним информированное согласие и сервисный план.
- Координирует работу других специалистов междисциплинарной команды и сбор документации по случаю.
- Обеспечивает информационный обмен и преемственность сервисной работы в команде.
- Направляет клиента к партнерским и другим внешним организациям, отслеживает результаты таких направлений.

После составления индивидуального плана социального сопровождения, назначения ответственных за его выполнение и сроков выполнения мероприятий, определяется дата следующего рассмотрения случая на междисциплинарном консилиуме. Частота рассмотрения случая зависит от остроты и сложности конкретной ситуации, а также от этапа сопровождения клиентки. Постоянный мониторинг работы позволяет эффективно управлять ситуацией.

Динамика ведения случая.

В зависимости от того, насколько эффективно проводятся мероприятия и шаги сервисного плана, производится оценка случая и коррекция плана на междисциплинарных консилиумах. Члены междисциплинарной команды определяют, какие задачи были достигнуты, какие находятся в процессе реализации, как изменились потребности и мотивация самой клиентки и членов ее семьи. Со временем какие-то задачи становятся выполненными, и у клиентки может измениться мотивация. В связи с этим необходимо вносить коррективы в сервисный план. Изменение плана ведения должно производиться совместно с клиенткой. Это способствует осознанию клиенткой улучшения ее ситуации, а также присвоению ею собственных вкладов в решение проблем. Вышеперечисленное возвращает осознанность клиентки и повышает ее самооценку, доверие и мотивацию к сотрудничеству.

С другой стороны, мониторинг случая является основанием для оценки эффективности работы сотрудника.

Критерии оценки эффективности:

- Материальный и соматический статус клиентки.
- Стабильность эмоционального состояния клиентки.
- Наличие необходимых документов.
- Наличие внутрисемейной и внешней поддержки.
- Мотивация клиентки к уходу за ребенком, его воспитанию и развитию.
- Зависимость клиентки от проекта и его услуг.
- Степень социальной адаптации клиентки.

Основой для оценки динамики случая являются вышеперечисленные критерии. В зависимости от их изменения принимается решение о том, чтобы считать случай: успешным, с положительной динамикой, без изменений, с отрицательной динамикой.

Конечной целью работы специалистов является обретение клиенткой независимости от сотрудников проекта и готовность к самостоятельным действиям по стабилизации своей ситуации, а также устранение риска отказа от ребенка.

Критерии стабилизации:

- Постоянное место жительства.
- Осознание собственных желаний, целей и определение планов на будущее.
- Наличие внутрисемейной и внешней поддержки.
- Уверенность в своей способности справиться с возникшими трудностями.

- Принятие собственного диагноза ВИЧ и связанных с ним жизненных перспектив.
- Постановка на учет в Центр СПИДа и прохождение необходимого обследования.
- Проведение необходимого обследования ребенка и окончательное определение диагноза (наличие или отсутствие ВИЧ).
- Наличие всех необходимых документов (паспорта, полиса обязательного медицинского страхования, регистрации, свидетельства о рождении и т. п.).
- Стабильный финансовый доход.

Как правило, интенсивность взаимодействия клиентки с сотрудниками социальной службы постепенно снижается, проходя несколько этапов от активного патронажа до дистанционного сопровождения. Когда клиентка преодолевает сложную жизненную ситуацию и больше не нуждается в услугах центра, случай может быть закрыт. Сопровождение случая не может быть бесконечным, поэтому при принятии решения о закрытии случая или продолжении работы важно учитывать динамику за последние 2–3 месяца, мотивацию клиентки к изменениям и ресурсы сервисной службы.

Критерии закрытия случая:

- Достижение поставленной цели в работе со случаем.
- Отказ клиентки от дальнейшего участия в работе.
- Отсутствие динамики в работе со случаем.
- Недоступность клиентки.
- Отсутствие ресурсов для предоставления необходимых услуг.

При принятии решения о закрытии случая важно убедиться, что сделано все возможное для сохранения семейного жизнеустройства ребенка и охраны его прав. Если что-то невозможно сделать в рамках социальной службы, то необходимо направить женщину в другую организацию для получения адекватной преемственной помощи.

В тех случаях, когда клиентки достигают определенной стабильности и личностной зрелости, они могут захотеть оказывать помощь другим женщинам в трудной жизненной ситуации. В этих случаях они могут привлекаться к работе в качестве волонтеров, чтобы оказывать поддержку по принципу «равный равному». Таким женщинам зачастую проще начать доверительный контакт с новыми клиентками проекта, а их опыт выхода из кризисной ситуации оказывается очень ценным.

К сожалению, далеко не все случаи закрываются положительной динамикой. Иногда контакт с клиенткой утрачивается из-за смены ею места

жительства, тогда ребенок остается под угрозой нарушения его прав, или же мать ребенка погибает, что нередко в семьях, затронутых наркопотреблением. При работе с семьями, где у матери развивается СПИД, специалистам необходимо наладить контакт с родственниками и подготовить их к заботе о ребенке.

После официального завершения работы со случаем у клиентки должна сохраниться возможность обращения за помощью, а в случае повторного возникновения кризисной ситуации вновь стать клиенткой.

4. Примеры ведения случаев междисциплинарной командой

Разберем примеры работы с различными клиентками в рамках междисциплинарной модели ведения случая.

1. Инна направлена на сопровождение в проект «МАМА+» в сентябре 2010 г. специалистами Центра СПИД. Инна имела положительный ВИЧ-статус, установленный в 2006 г. Инна была поставлена на учет в Центре СПИД, и практически сразу ей была назначена АРВТ. Терапию Инна принимала регулярно, наблюдалась в Центре СПИД регулярно. В 2009 г. Инна забеременела, но во время беременности заболела туберкулезом. По ее словам, врачи рекомендовали ей прервать беременность, но она настояла на своем и выносила ребенка. 6 марта 2009 г. у Инны родилась девочка Даша. Инна оказалась в трудной жизненной ситуации, поскольку работать с маленьким ребенком на руках ей было очень тяжело, отец ребенка ее оставил, никакие пособия и выплаты у нее оформлены не были. Инна обратилась к специалистам проекта «МАМА+» с просьбой помочь. Женщина нуждалась в социальной и психологической поддержке, а также в оформлении адресной помощи от государства, поскольку ее доход был ниже прожиточного минимума.

При составлении плана работы со случаем была определена *цель* – сохранение семейной поддержки для ребенка.

Задачи сервисного плана: 1. Стабилизация и улучшение психологического состояния клиентки. 2. Улучшение материального благосостояния семьи. 3. Обучение навыкам ухода за ребенком.

Мероприятия по стабилизации и улучшению психологического состояния клиентки: 1. Коррекция депрессивного состояния. 2. Поддержка

мотивации клиентки к воспитанию ребенка. 3. Группы психологической поддержки.

Мероприятия по улучшению материального положения семьи:

1. Оформление пособий. 2. Оформление субсидий на оплату коммунальных платежей. 3. Единовременная материальная помощь.

Мероприятия по обучению матери навыкам ухода за ребенком:

1. Психодиагностика ребенка и разъяснение клиентке результатов. 2. Обучение матери развивающим занятиям с ребенком.

С Инной была проведена психологическая консультация, которая помогла ей обрести уверенность в том, что все-таки она не одна и ей обязательно помогут. Инна также обратилась к юристам центра и получила необходимые ей сведения о том, какие документы нужно предоставить для оформления адресной помощи и субсидий. Специалисты поначалу сопровождали Инну в структуры, были оформлены все пособия на ребенка, субсидия на оплату коммунальных услуг. Маленькой Даше, которая состояла на учете в центре СПИД, оформлена группа инвалидности по состоянию здоровья. В мае 2011 г. специалисты центра СПИД с ответственностью заявили о том, что девочка снята с учета и поздравили Инну.

Инна получила существенную материальную поддержку в ходе проекта. Несколько раз она получала продукты питания, подгузники, одежду для себя и ребенка, бытовую технику. Инна завела специальную тетрадь, в которой она наблюдает за состоянием ребенка. Теперь она стала самостоятельнее и уже сама обращается в больницу или в другие учреждения по необходимости. Инна считает, что встать на ноги ей очень помог проект «МАМА+».

2. Анна. По факту отказа от новорожденного в роддоме была выявлена женщина Анна, 1989 г. р. При беседе специалисты выявили причину отказа: она – сирота, отец и мать умерли. До достижения совершеннолетия находилась под опекой брата, проживала с ним в комнате общежития. Со слов Анны, когда ей исполнилось 18 лет, сестра продала родительский дом в Свердловской области, но жилье не приобрела, денег за дом в настоящий момент уже нет. Сестра замужем, проживает в Тюмени. Анна закончила школу, 11 классов. После школы поступила в Институт фондового рынка, проучилась один год и вынуждена была бросить обучение, так как забеременела. Беременность нежелательная. Брат, узнав об этом, отказался помогать ей материально. Усугубляла ситуацию педагогическая некомпетентность матери, отсутствие необходимых предметов ухода за новорожденным, недостаточный набор одежды по сезону, отсутствие

официального дохода, моральной поддержки. Сложившиеся обстоятельства привели к факту отказа от новорожденного в роддоме. Анне было некуда идти с ребенком, и она решила отказаться от него.

Целью проведения работы с Анной было сохранение семейной поддержки для ее ребенка.

Задачами сервисного плана стали: 1. Коррекция психологического состояния матери. 2. Улучшение материально-бытового положения клиентки. 3. Поиск временного места проживания. 4. Повышение родительской компетентности матери. 5. Восстановление семейной поддержки.

Специалисты центра провели с Анной индивидуальное психологическое консультирование. Первый положительный результат – Анна приложила ребенка к груди, и младенец остался с мамой. Также специалисты обеспечили новорожденную девочку необходимым комплектом белья для выписки из роддома, провели социальное консультирование Анны по предоставлению мер социальной поддержки, а именно помогли оформить пособия на ребенка и собрать пакет документов для того, чтобы Анну приняли в лицей «Строитель».

Анна с радостью приняла предложение и очень обрадовалась, так как у нее появилась возможность самой воспитывать свою дочку и еще учиться. Анну зачислили в лицей. Воспитывать ребенка Анне помогали специалисты. При реабилитации использовались программы, разработанные и утвержденные приказом директора Центра социальной помощи Чкаловского района «Счастье материнства» и «Точка опоры», направленные на оказание социально-психологической помощи, коррекции самооценки и прояснение жизненных целей и планов, повышению педагогической компетентности по уходу за новорожденным, построению взаимоотношений мама – ребенок, развитию привязанности. Параллельно налаживались взаимоотношения с братом и сестрой Анны, что стало для нее хорошим ресурсом в решении проблем трудной жизненной ситуации. Брат дал согласие на регистрацию девочки, оказал помощь вещами и деньгами, навещал ее. Сестра дважды навещала Анну в центре, помогая ей укрепиться в вере о правильности выбора в отношении ребенка. В результате работы у Анны повысилась педагогическая компетентность, произошла коррекция самооценки и прояснение жизненных планов, улучшились взаимоотношения с братом и сестрой, которые стали полноправными членами семьи. Анна очень любит свою дочь, строго выполняет все предписания педиатра, следует советам медицинских работников и педагогов-психологов центра.

В июне 2011 г. она защитила диплом, нашла квартиру, начала жить и самостоятельно ее оплачивать.

3. Лейла. 1983 г. р. Женщина обратилась к специалистам Чкаловского ЦСПСиД по рекомендации знакомых, ранее получавших помощь в ЦСПСиД. Взята на сопровождение 01.02.2012 г. Лейла приехала в Екатеринбург из Узбекистана, постоянной регистрации на территории Российской Федерации не имела. Временная регистрация по месту проживания в Железнодорожном районе г. Екатеринбурга. На момент обращения проживала вместе с мужем (брак зарегистрированный) и двумя детьми – мальчик 4 года и девочка 5 месяцев – в съемной однокомнатной квартире. На момент обращения Лейла не работала. У мужа заработки сезонные. В семье сложилась сложная ситуация, вызванная конфликтом с мужем. После рождения дочери муж Лейлы начал употреблять алкоголь и избивать ее и детей. Лейла была вынуждена уйти из дома и обратиться за помощью в ЦСПСиД. Вернуться на родину Лейла не имела возможности. Восстанавливать отношения с мужем не хотела.

Целью работы с Лейлой стали сохранение семейного жизнеустройства детей и достижение устойчивой социально-психологической и материальной самостоятельности женщины.

Задачи сервисного плана: 1. Улучшение психологического состояния женщины. 2. Обеспечение материальной стабильности женщины и постоянного места проживания. 3. Разрешение внутрисемейного конфликта.

Лейле оказана материальная помощь (детские вещи, питание, подгузники), проведено психологическое консультирование и консультирование по оформлению выплат, в том числе получения сертификата на материнский капитал. Совместно с клиенткой было принято решение о помещении ее в кризисное отделение ЦСПСиД Артемовского района. За время проживания в кризисном отделении Лейла закончила оформление пособий по уходу за ребенком и получение сертификата на материнский капитал. На материнский капитал Лейла решила купить дом в Артемовском районе (в чем ей помогают специалисты центра, которые успешно работают в этом направлении), чтобы жить там с детьми.

4. Алина, 16 л. Выявлена в феврале 2011 г. на комиссии по прерыванию беременности в 16 недель, беременность незапланированная и нежеланная. В прерывании беременности Алине было отказано из-за отсутствия медицинских показаний. После комиссии с Алиной беседовала психолог ЦСПСиД «Гнездышко». От сопровождения специалистов в период беременности девушка отказалась.

В июле 2011 г. в центр «Гнездышко» поступило сообщение из родильного отделения МУ ДГБ № 10 о намерении матери оставить ребенка в медицинском учреждении (оформить отказ). Причины планировав-

шегося отказа Алина обозначила как страх перед будущим (трудность в устройстве личной жизни, вступлении в брак) и чувство стыда перед окружением (друзья и одноклассники). В роддоме сделан тест на ВИЧ, результат положительный, что также усиливало страх перед будущим.

Основной *целью работы* с Алиной стало сохранение ее ребенка в биологической семье.

Задачи сервисного плана: 1. Наладить взаимодействие матери с ребенком. 2. Обеспечить наблюдение матери и ребенка в Центре СПИДа. 3. Обеспечить матери и ребенку внутрисемейную поддержку. 4. Повысить материальное благополучие семьи.

Специалистами ЦСПСиД «Гнездышко» было проведено кризисное психологическое консультирование. Налажен контакт с родственниками. Психолог беседовала с бабушкой Алины, была дана правовая консультация отцу и бабушке по вопросам оформления опеки, назначении единовременного пособия и пособия на ребенка до полутора лет. Законному представителю сообщен диагноз Алины, дана консультация по вопросам ВИЧ-инфекции (наблюдение, лечение, профилактика). В результате при поддержке родственников Алина приняла решение сохранить ребенка в семье.

После родов в июле 2011 г. вместе с ребенком переехала жить к бабушке и отцу (в Орджоникидзевский район), которые поддерживают психологически и помогают материально. Для дальнейшего социального сопровождения Алина передана в Орджоникидзевский центр. Получила помощь психолога, юриста, материальную помощь (вещи) для ребенка. В ходе работы регулярно наблюдалась у врача и следила за состоянием здоровья своего ребенка, уроки в школе стала пропускать реже. Бабушка Алины находилась с правнучкой, пока Алина посещала в школу. В результате обследования в центре СПИДа диагноз ВИЧ-инфекция не подтвержден. В декабре 2011 г. по результатам проделанной работы и на основании проведенного консилиума было принято решение о закрытии случая с положительной динамикой.

ГЛАВА 4

Результаты и перспективы развития проекта «МАМА+» в Екатеринбурге

1. Результаты проекта «МАМА+» в Екатеринбурге. 2. Анализ статистики отказов от детей. 3. Прямая речь. Наши клиентки рассказывают свои истории. 4. Планы и перспективы.

1. Результаты проекта «МАМА+» в Екатеринбурге

Проект «МАМА+» в Екатеринбурге начался в марте 2010 г. и продолжался в течение двух лет. По завершении двухлетнего проекта организация «Право на здоровье» при поддержке партнеров в г. Екатеринбурге планировала добиться следующих результатов:

1. Включения компонентов модели «МАМА+» (психосоциальное консультирование в медицинских учреждениях, патронаж на дому для семей группы риска с детьми раннего возраста, дневное пребывание для детей и др.) в систему преемственной помощи в г. Екатеринбурге на основе методологии ведения случая и других методик. Объединения учреждений социальной защиты и здравоохранения в единую сеть помощи.
2. Оказание помощи проекту до 300 семей группы риска с детьми раннего возраста, включая семьи с низким доходом, затронутые ВИЧ-инфекцией и наркопотреблением.

3. Внедрение мероприятий по профилактике ранних отказов от новорожденных на базе родильных домов.
4. Укрепление потенциала социальных служб по оказанию помощи семьям, находящимся под угрозой отказа от ребенка, что измеряется количеством обученных специалистов, и создание межведомственной сети организаций и учреждений для оказания преемственной помощи, что измеряется количеством организаций, включенных в систему преемственной помощи.
5. Внедрение моделей профилактики отказов от детей и укрепления семьи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.
6. Внедрение этих моделей в работу социальных служб Екатеринбурга.
7. Сокращение числа отказов от детей в Екатеринбурге на 30 % по итогам второго года реализации проекта.
8. Повышение потенциала психологов и специалистов по социальной работе в консультировании женщин по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи, что измеряется количеством обученных специалистов.
9. Создание функционирующей сети учреждений и организаций, оказывающих преемственную помощь, что измеряется количеством организаций и количеством успешных перенаправлений клиентов.

В результате работы проекта все основные цели были достигнуты. Произведена интеграция компонентов модели в практику работы государственных учреждений социальной защиты. Программа профилактики отказов от детей интегрирована в родильные отделения. В городе заработал единый механизм, направленный на сохранение семейного жизнеустройства детей. На сегодняшний день более 50 учреждений здравоохранения муниципального и областного подчинения на территории г. Екатеринбурга приняли участие в реализации проекта.

За период работы проекта разработаны и подписаны договоры между центрами социальной помощи семье и детям и Центром СПИДа о перенаправлении клиентов. Подписаны соглашения о сотрудничестве и между родильными домами города и ЦСПСиД, обслуживающими районы, где расположены родильные дома, а также соглашение между ЦСПСиД «Каравелла» и Областным перинатальным центром. Предметом соглашений является взаимодействие лечебного и социального учреждений по осуществлению мероприятий по раннему выявлению детского и семейного неблагополучия в целях сохранения семьи для ребенка и предупреждения отказов от новорожденных женщинами, оказавшимися в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации, в том числе затрону-

тыми проблемой ВИЧ-инфекции (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 10). Соглашения также подписаны с детскими больницами № 10 и № 15. Управлением здравоохранения администрации города Екатеринбурга выпущено распоряжение «О взаимодействии медицинских и социальных учреждений» и приказ «О взаимодействии и предоставлении специалистам центра помощи возможности консультирования на территории детских поликлиник и женских консультаций Чкаловского района». Эти документы описывают порядок взаимодействия сотрудников различных служб при выявлении беременных женщин, женщин с детьми в социально опасном положении, в ситуациях, когда существует угроза отказа от ребенка или осуществляется ненадлежащий уход за ребенком раннего возраста, регламентируют порядок направления женщин за социальной помощью.

Всего на сопровождении с июля 2010 г. по июнь 2012 г. в проекте находилось 253 семьи и 425 детей, в том числе 54 семьи, затронутых ВИЧ. 176 семей получили материальную помощь (комплекты на выписку для новорожденных детей, детское питание, подгузники, одежда и обувь, продукты питания, коляски, кровати), девять матерей с детьми воспользовались услугой временного жилья. В период с февраля по июль 2012 г. 42 ребенка воспользовались услугой дневного пребывания.

В результате выходов специалистов проекта «МАМА+» в родильные дома к женщинам, выразившим намерение отказаться от ребенка, 84 отказа аннулировано и 88 детей сохранено в семьях, что составило 46 % от общего количества выходов на заявленные отказы.

За время работы проекта шесть детей возвращено из детских больниц и домов ребенка в кровные семьи в результате работы с матерями, которые оформили отказ в родильном доме.

2. Анализ статистики отказов от детей

До начала работы проекта среднее число отказов от детей в родильных домах г. Екатеринбурга составляло 200 в год. В течение 2010 г. общее число отказов, согласно статистике Управления здравоохранения города Екатеринбурга, составило 123, за 2011 г. – 105. Число отказов от детей в Екатеринбурге уменьшилось в два раза в абсолютных цифрах (по сравнению с периодом с 2002 по 2009 гг.).

Таблица 3

Статистика отказов от детей в г. Екатеринбурге

Год	Абсолютное число рожденных детей	Количество завершённых отказов	Процент завершённых отказов от общего числа рожденных детей
2009	16 653	192	1,1
2010	17 829	123	0,68
2011	18 276	105	0,57
2012 (1 квартал)	4679	27	0,57

По статистике Министерства здравоохранения Свердловской области, в 2010 г. количество отказов от детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, – 28. В 2011 г. – 7 детей. Число отказов от детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, уменьшилось в четыре раза по сравнению с 2010 г.

Существующая государственная отчетность по выявлению и устройству отказных детей в большей степени сориентирована на констатацию и официальное подтверждение уже свершившихся случаев отказов. В документах, подлежащих оформлению, не предусмотрено описание причин отказа от ребенка, не включено описание социально-психологических характеристик матерей – те параметры, которые при должном анализе могли бы служить основой для выработки и реализации на практике целенаправленных превентивных мероприятий.

Для объективного анализа ранних отказов и принятия мер по их профилактике необходимо расширение учетных показателей, упорядочение и размещение в открытых источниках статистической информации.

Наиболее информативными показателями для объективного анализа социального сиротства и разработки адекватных профилактических мер являются:

- Количество отказов от детей в лечебно-профилактических учреждениях по видам отказа (согласие на усыновление ребенка другим лицом, оставление в лечебно-профилактическом учреждении, подкидышание).
- Число извещений, поступивших из родильных домов и детских больниц в ЦПСИД по факту случаев отказа от новорожденных.
- Число извещений о случаях отказа, переданных из лечебно-профилактических учреждений в органы опеки и попечительства и социальной защиты населения.

- Причины отказов от детей.
- Удельный вес отказов в структуре социального сиротства.
- Удельный вес отказов по отношению к общему числу родившихся детей.
- Динамика числа отказов от новорожденных.

Используя эти данные, можно было бы более четко определить зоны развития для еще более эффективного предотвращения социального сиротства.

3. Прямая речь. Наши клиентки рассказывают свои истории

Кроме цифр снижения общего числа отказов и количества клиентов, которым оказывалась помощь, важным индикатором качества работы являются отзывы сотрудников и клиентов о проекте. Здесь мы приведем две истории, одну рассказала клиентка, а вторую – сотрудник организации «Семья детям».

«Мне⁶ стало плохо на работе, и меня увезли в больницу. Через 10 дней выяснилось, что у меня ВИЧ-инфекция и туберкулез в лимфатических узлах. Я была в шоке. Мои родственники испугались: квартира была зарегистрирована на меня, стали требовать срочно переоформить документы. Я в лежку лежала, даже есть не могла. Если бы не друзья – не знаю, что бы со мной стало. Я начала лечиться, стала поправляться, устроилась на работу, познакомилась с женщиной, забеременела (оказалось, двойня), но рожать не решилась.

Потом продала квартиру и купила комнату в Екатеринбурге. И тут задумалась: для чего мне вообще жить? В детстве я мало хорошего видела, мама одна воспитывала двоих детей, умерла рано, я с 12 лет фактически сама о себе забочусь. Приходилось еще и племянницу опекать, когда ее родители отбывали наказание в колонии. Решила родить ребенка для себя.

Что тут началось! Когда пришла в женскую консультацию, врачи испугались. Бегали ко мне домой, устраивали скандалы, объясняли, что я сошла с ума. Но ничего, выстояла. В роддоме приняли, но попросили, чтобы больше не приходила. Отец ребенка оказался безответственным:

⁶ Здесь мы приводим историю, рассказанную клиенткой проекта «МАМА+», корреспонденту газеты «Уральский рабочий» <http://www.uralsky-rabochi.ru/society/4857/> (дата обращения: 10.06.2012).

ушел, оставил меня с огромными долгами за квартиру. Он был у меня прописан, выписать его я не могла.

Первую реальную поддержку я получила в СПИД-центре, мне помогли оформить инвалидность, привозили детские вещи, продукты. Там же подсказали, что недалеко от моего дома есть Центр помощи семье и детям Чкаловского района, посоветовали обратиться за подмогой туда. Я пришла, и теперь могу сказать лишь одно: “Слава богу, что есть такой центр”.

Я не очень-то разбираюсь в законах – у меня образование 9 классов коррекционной школы. Мне помогли выписать отца ребенка, выдавали детское питание, вещи, игрушки, коляску. Помогли оформить субсидию по квартплате, составить договор, по которому я могла гасить долг частями. Для меня субсидия много значит: на полторы тысячи можно купить хлеба, молока, фруктов, если не себе, так хоть дочке. Да и за своим здоровьем приходится следить: ребеночка надо на ноги ставить. Все это время я жила на пенсию да на дочку получаю 800 рублей. Теперь пенсию уже получать не буду: на последней комиссии сказали, что пора выходить на работу.

У меня появился спутник жизни, он работает, погасил коммунальную задолженность, дочка его очень любит, да и он к ней хорошо относится. Он знает о моих заболеваниях, я его предупредила, но он решил, что это не помеха. Дочка, слава богу, здорова, ее уже сняли с учета: я же принимала терапию, все выполняла вовремя, старалась как могла. Сейчас делаем прививки, потом пойду ставить ее в очередь за путевкой в детский сад. Она у меня молодец, стараюсь с детства ее приучать к чистоте, прибирать игрушки. С ее отцом не общаюсь, он однажды сказал мне: “Я тебе ребенка сделал, рисковал, это ты мне за это должна деньги платить”. Зачем такой отец нужен?

Хорошо, что есть центр помощи семье и детям и проект «МАМА+». Мы частенько сюда приходим, если возникают какие-то вопросы или просто так поговорить по душам. В Новый год приходили на праздник с Дедом Морозом, Снегурочкой, дочка очень обрадовалась. У меня такого не было, мне хочется дать ей что-то лучшее. Я не раскаиваюсь в том, что решила родить ребенка. У меня появился смысл жизни».

«Сегодня при виде Светланы первое, что замечаешь – ее уверенность, блеск в глазах, широкую улыбку и открытость. Светлана пришла устраиваться к нам на работу помощником воспитателя в комнату дневного пребывания. Она говорит, что у нее хорошо получается водиться с детьми, а главное, она очень любит это занятие: *“Мои подруги всегда*

оставляют мне своих детей, говорят, что когда они со мной, им спокойно отлучиться ненадолго по каким-нибудь делам”. Еще у Светланы есть надежда, что ей удастся помочь мамам, попавшим в тяжелую ситуацию, ведь когда-то ее также очень поддержали специалисты, работавшие в проекте «МАМА+». В тот момент Светлана стояла на распутье и думала, что будет вынуждена оставить своего второго ребенка в родильном доме.

Первое наше знакомство со Светланой произошло еще в 2010 г., она попала по направлению из женской консультации в Центр социальной помощи семье и детям Чкаловского района, как раз тогда там был запущен проект по профилактике отказов от детей «МАМА+». Женщина находилась в сложном положении. Будучи беременной на 6-м месяце, ей пришлось уволиться с неофициальной работы, что лишило ее средств к существованию. У Светланы был старший ребенок, мальчик 8 лет, и пожилая мать, вместе с которой они проживали в 2-комнатной квартире. Мама женщины была настроена категорически против второго ребенка. Поддержки родственников не было, а супруг находился в местах лишения свободы.

Благодаря психологической и социальной поддержке удалось восстановить доверительные отношения между Светланой и ее матерью, помочь обеим женщинам справиться с депрессией. Семье была оказана первоначальная материальная поддержка, а для отца подготовлена амнистия. Светлана родила второго мальчика. Сейчас она спокойно его воспитывает вместе с мужем. Бабушка же очень любит внука и с болью вспоминает о своих прежних мыслях.

Мамамы способны не только находить в себе силы, чтобы сделать счастливым своего ребенка, но, как оказывается, готовы помогать и другим».

4. Планы и перспективы

По итогам проекта был проведен семинар «Социальное проектирование. Мониторинг и оптимизация проекта», на котором специалисты, принимавшие участие в проекте «МАМА+», а также специалисты партнерских организаций (Центр СПИДа, «Возможность», «Новое время», «Аистенок») поделились своим опытом совместной работы по сопровождению семей с детьми раннего возраста в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых ВИЧ-инфекцией. Все участники семинара отметили, что созданная сеть взаимодействия работает, и повысилась ответственность помощи выбранной клиентской группе. Специалисты Центра СПИДа и ЦСПСид стали активно взаимодействовать между собой. Рабо-

тает система перенаправления клиенток и отслеживания обращений направленных женщин. На базе ЦСПСиД специалистами Центра СПИДа проводятся семинары для ВИЧ-положительных детей по формированию приверженности лечению. Ежемесячно специалисты социальной службы Центра СПИДа участвуют в междисциплинарных консилиумах, организованных в рамках проекта «МАМА+», на которых проводятся разборы сложных в сопровождении случаев. Все специалисты отмечают необходимость продолжения проведения консилиумов после окончания проекта. В результате проводимой работы по информированию женщин об услугах социальных центров (размещение плакатов и буклетов в лечебных учреждениях, сообщения в СМИ), а также передачи информации от клиенток проекта своим знакомым, наметилась тенденция к самостоятельному обращению женщин в трудной жизненной ситуации за социальной помощью.

Также на семинаре выделены трудности, которые сохраняются.

Трудности, снижающие качество помощи клиентам в ТЖС, включая ВИЧ+:

1. Стигматизация и дискриминация клиентов с ВИЧ.
2. Высокий порог оказания медицинской помощи.
3. Большая нагрузка на конкретных специалистов, работающих с клиентами.
4. Отслеживание преемственности помощи зависит от конкретного специалиста.
5. Недостаточно высокое качество услуг в отдельных учреждениях.
6. Недостаточно развиты отдельные услуги, необходимые для сохранения семейного жизнеустройства детей (социальная гостиница для матерей с детьми, центры дневного пребывания, работа с семьями, школы паллиативной помощи).

Первая группа трудностей связана со **стигматизацией ВИЧ-положительных клиентов** в обществе вообще и специалистами различных субъектов системы профилактики в частности. Например, были случаи, когда специалисты органов опеки и попечительства препятствовали оформлению опеки, в том числе родственной, над ВИЧ-инфицированными детьми. Такая позиция, возможно, продиктована недостаточной информированностью этих специалистов о течении и прогнозе ВИЧ-инфекции при регулярном приеме антиретровирусной терапии.

В связи с ростом заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Екатеринбурге (по данным на начало июня 2012 г., каждый 25 взрослый человек в возрасте от 18 до 39 лет является носителем ВИЧ-инфекции) и прогнозируемым ростом числа детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, появляется потребность в повышении компетентности в вопросах ВИЧ всех спе-

циалистов, включенных в систему сохранения семейного жизнеустройства детей. Эта задача может быть решена путем проведения семинаров и школ по проблеме ВИЧ, а также включением информации по ВИЧ в программу повышения квалификации специалистов, работающих с детьми.

Ко второй группе проблем, выделенной специалистами, относятся проблемы, связанные с **высоким порогом оказания специализированной медицинской помощи**. Согласно законодательству РФ, все медицинские учреждения оказывают медицинскую помощь только при наличии документов, удостоверяющих личность, российского паспорта, а также полиса обязательного медицинского страхования. Как описывалось выше, клиенты в ТЖС, часто нуждаясь в квалифицированной медицинской помощи, необходимых документов не имеют. В особенности эта проблема касается мигрантов, затронутых ВИЧ-инфекцией, которые не могут получить диагностическую и лечебную помощь в Центре СПИДа. Учреждения, оказывающие наркологическую помощь, оказывают ее преимущественно в платном порядке, что также снижает ее доступность. В качестве одного из решений проблемы доступности специализированной помощи может быть поддержка создания низкопороговых центров, оказывающих квалифицированную помощь клиентам, не имеющих документов, до их оформления. В дальнейшем клиенты могут передаваться в систему государственной медицинской помощи.

Также в процессе разбора работы со случаями отмечена **высокая нагрузка на конкретных специалистов**, работающих с клиентами. Например, при работе с социально дезадаптированной клиенткой, находящейся в кризисной ситуации, на ведущего специалиста ложатся обязанности не только по консультированию и активному патронажу, но и по сопровождению и представительству интересов клиентки в различных организациях.

Врач женской консультации имеет ограниченное время на взаимодействие с беременной женщиной, что снижает его возможности по оценке социального статуса пациентки и ее потребности в направлении за помощью в ЦСПСиД. В этих условиях все более актуальной становится необходимость решения вопроса проведения и качества до- и послетестового консультирования на ВИЧ, которые напрямую влияют на своевременность обращения женщин в Центр СПИДа для постановки на учет. Решением может стать использование административного ресурса и введение санкций за некачественное проведение консультирования, а также за недостаточное отслеживание обращаемости ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Центр СПИДа. С другой стороны, часть нагрузки врачей могли бы взять на себя психологи и/или социальные работники, включенные в штат женских консультаций.

Высокая нагрузка на специалистов является одной из причин **проблем с качеством оказываемых услуг**. В случаях, когда клиент не может четко и конкретно сформулировать запрос к специалисту организации, а специалист имеет слишком высокую нагрузку, отказы в оказании помощи становятся более вероятными. Кроме отказов в оказании услуг, специалистами отмечено, что некоторые социальные службы не предоставляют клиентам достаточной информации об услугах, которые могут быть оказаны ими.

Часть нагрузки с отдельных специалистов могли бы снять волонтеры, обученные навыкам сопровождения и представительства клиентов в различных организациях. Создание активно работающей волонтерской сети также могло бы способствовать повышению доступности социальных услуг для клиентов с выраженной социальной дезадаптацией. Разработка буклетов и стендов с информацией об услугах различных социальных учреждений и размещение их на территории организаций могли бы помочь в повышении доступности услуг для клиентов.

С начала своей работы **комнаты дневного пребывания для детей раннего возраста**, открытые в рамках проекта «МАМА+» (на базе СРОО «Аистенок» и Центра СПИДа), были востребованы клиентками. Однако они не доступны для жительниц отдаленных районов. Дорога, занимающая больше полутора часов, требующая пересадок с одного вида общественного транспорта на другой, особенно в зимнее время, вызывает большие затруднения (включая финансовые) у мам с маленькими детьми. Поэтому сохраняется потребность в создании подобных услуг в разных районах города, а также внедрения услуги «социальная няня», организованной силами волонтеров, в том числе и из числа бывших клиенток проекта.

Услуга временного жилья остается ограниченно доступной для жительниц города Екатеринбурга. На момент окончания проекта «МАМА+» в Екатеринбурге действует только одна кризисная квартира. Размещение в кризисные отделения для женщин с детьми, находящиеся в Свердловской области (в городах Богданович, Артемовский, Нижняя Тура, Ревда, Нижний Тагил), не всегда доступно женщинам г. Екатеринбурга из-за недостатка мест. Невозможно помещение женщины с новорожденным, зарегистрированной в Екатеринбурге, в удаленный центр, т. к. это автоматически лишает женщину возможности заниматься оформлением документов и пособий на ребенка. Если же женщина имеет работу в Екатеринбурге, то отправка ее для проживания в другой город крайне нежелательна, т. к. существует риск усиления дезадаптации клиентки из-за утраты постоянного заработка.

Таким образом, одной из ближайших задач мы видим создание отделений кризисного проживания в г. Екатеринбурге совместными усилиями

государственных и некоммерческих организаций. Поддержка государства необходима при реализации такого дорогостоящего проекта, чтобы обеспечить его устойчивость.

Более активная и систематическая **работа с родственниками** также является зоной роста в построении системы качественной помощи клиентами в ТЖС, в том числе затронутым проблемой ВИЧ. Существует потребность в организации групп поддержки родственников и расширении практики «семейных гостиных», в добавление к уже ставшими привычной практикой индивидуальным и семейным консультациям родственников клиенток.

При оценке результатов работы проекта выявлено, что для лучшей поддержки ВИЧ-положительных клиенток должно более активно проводиться обучение **паллиативной помощи**. Это меры, направленные на улучшение качества жизни людей, имеющих ВИЧ-инфекцию, и включающие медицинскую, социальную и психологическую поддержку больного и членов его семьи:

- преодоление стигмы и дискриминации ВИЧ-инфицированных в обществе и в среде медицинских работников;
- лечение ВИЧ/СПИДа и приверженность терапии;
- поддержка и уход за больными. Облегчение симптомов оппортунистических и вторичных заболеваний у больных на стадии СПИДа, в том числе работа по облегчению боли;
- работа с горем и утратой. Профилактику состояния патологического горя;
- обучение особенностям развития и патологии детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Принципы искусственного вскармливания детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

Существует потребность в регулярных школах паллиативной помощи для членов семей клиентов, затронутых ВИЧ.

Таким образом, для дальнейшего решения проблемы отказов от детей необходимо взаимодействие государственных структур (обладающих административным ресурсом, материальной базой, штатом специалистов), некоммерческих организаций (внедряющих новые технологии, привлекающих дополнительные средства, имеющих опыт обучения персонала), а также неравнодушных, готовых прийти на помощь людей.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Направление на социальное сопровождение

НАПРАВЛЕНИЕ на социальное сопровождение	
<i>информация о клиенте</i>	НАПРАВЛЕНИЕ на социальное сопровождение
Дата _____ / _____ / 20 _____	Дата _____ / _____ / 20 _____
ФИО _____	ФИО _____
Адрес _____	Адрес _____
Телефон _____	Телефон _____
Примечания _____	Примечания _____
_____	_____
_____	_____
<i>Подпись, печать органа</i>	<i>Подпись, печать органа</i>
Центр социальной помощи семье и детям Чкаловского района адрес: Заречная Забавоулуссия 29, телефон: 258-20-32, +7(929) 217-9061 с 9:00 до 17:00 ежедневно, суббота-воскресенье выходные	

ГОУ СО Центр социальной помощи семье и детям Чкаловского района
<ul style="list-style-type: none">• Индивидуальное консультирование мам и членов их семей• Консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа• Группы психологической поддержки• Помощь в восстановлении документов• Помощь в оформлении документов и пособий по рождению ребенка• Содействие в трудоустройстве• Юридическое консультирование• Информационно-консультативная подготовка опекунов и приемных родителей• Материальная помощь в кризисных ситуациях
<i>Конфиденциальность гарантируется. Все услуги предоставляются бесплатно.</i>

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Информационный буклет «МАМА+»

<p>Контактные данные:</p> <p>Центр социальной помощи семье и детям «Барвенково» Вереянского района, ул. Московская, 68 посадам, тел. 212-74-78, специалист по социальной работе, тел. 212-74-78, моб. +7 (922) 135-23-85</p> <p>Центр социальной помощи семье и детям «Гнездышко» Киреевского района, посадам, специалист по социальной работе ул. Искровская, 23А, тел. 341-48-78 ул. Уральская 8, кабинет №3, тел. 328-55-62, моб. +7 (929) 217 3968</p> <p>Центр социальной помощи семье и детям «Отрада» Октябрьского района, ул. Вайнальская, 37А посадам, тел. 262-26-10 специалист по социальной работе, тел. 262-99-32, моб. +7 (929) 220 3347</p> <p>Центр социальной помощи семье и детям Ординского района ул. Дениловская, 16А посадам, специалист по социальной работе, моб. +7 (926) 217 3962</p> <p>Центр социальной помощи семье и детям «Челюскин» Челюскинского района, Хабинорожский переулок, 29 посадам, тел. 238-20-32, моб. +7(922)210-40-55, специалист по социальной работе, тел. 238-54-91, моб. +7 (922) 223-64-36</p>	 <p>Клинически социальное обслуживание семей, включая в том числе, находящихся в трудной жизненной ситуации</p>  <p>МАМА+</p>
--	--

<p>Наши услуги</p> <p>Социальная помощь:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Помощь в восстановлении документов;■ Помощь в оформлении документов и пособий по рождению ребенка;■ Содействие в профориентации и обучении;■ Помощь в трудоустройстве;■ Содействие в оформлении льгот, пособий, алиментов и других выплат;■ Материальная помощь в кризисных ситуациях (продукты питания, детское питание, средства по уходу за ребенком, лекарства маме и ребенку, одежда);■ Юридическое консультирование;■ Информационно-консультативная подготовка опекунов и приемных родителей.	<p>Наши услуги</p> <p>Психологическая помощь:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Индивидуальное консультирование мам и членов их семей;■ Семейное консультирование;■ Развивающие занятия для детей до 3 лет (индивидуальные и групповые);■ Консультирование по вопросам взаимоотношений «мама-ребенок», «взрослый-ребенок»;■ Консультации по вопросам ВИЧ/СПИДа;■ Группы психологической поддержки и взаимопомощи для мам и членов их семей. <p>Обучение:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Занятия по развитию и воспитанию ребенка;■ Обучение социально-бытовым навыкам <p><small>Активность, направленность, Все услуги предоставляются бесплатно.</small></p>
---	---

Информационный плакат «МАМА+»



МАМА+

Комплексное социальное обслуживание семей,
женщин и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Наши услуги

Социальная помощь:

- Помощь в восстановлении документов;
- Помощь в оформлении документов и пособий по рождению ребенка;
- Содействие в профориентации и обучении;
- Помощь в трудоустройстве;
- Содействие в оформлении льгот, пособий, алиментов и других выплат;
- Материальная помощь (продукты питания, детские витамины, средства по уходу за ребенком, лекарства маме и ребенку, одежда) - в кризисных ситуациях;
- Юридическое консультирование.

Психологическая помощь:

- Индивидуальное консультирование мам и членов их семей;
- Семейное консультирование;
- Развивающие занятия для детей до 3 лет (индивидуальные и групповые);
- Консультирование по вопросам взаимоотношений «мама-ребенок», «взрослый-ребенок»;
- Консультации по вопросам ВИЧ/СПИД;
- Группы психологической поддержки и взаимопомощи для мам и членов их семей.

Обучение:

- Занятия по развитию и воспитанию ребенка;
- Обучение социально-бытовым навыкам.



Контактные данные

Центр социальной помощи семье и детям «Караeweво»
Варшавского района, ул. Мисловская, 88
п.о.адрес, тел. 212-74-78, специализат по социальной работе, тел. 212-74-78, моб. +7 (825) 139-03-89

Центр социальной помощи семье и детям «Гнездо»
Курмановского района,
п.о.адрес, специализат по социальной работе
ул. Мухоморова, 23А, тел. 341-46-78
ул. Уральская 9, кабинет №13, тел. 239-93-42,
моб. +7 (825) 217 2962

Центр социальной помощи семье и детям «Орда»
Сельфранковского района, ул. Байкальская, 37А
п.о.адрес, тел. 282-26-16
специализат по социальной работе, тел. 282-89-32,
моб. +7 (825) 229 2347

Центр социальной помощи семье и детям
Стерлитамакского района ул. Демиславская, 16А
п.о.адрес, специализат по социальной работе,
моб. +7 (825) 217 2962

Центр социальной помощи семье и детям «Чалмаевский»
Чалмаевского района,
Кабановской перекресток, 29
п.о.адрес, тел. 289-20-52, моб. +7(825)219-88-55, специализат по
социальной работе, тел. 289-54-81, моб. +7 (825) 222-64-38





ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Карта скрининга

Дата ____ / ____ / 201 ____

Ф.И.О. сотрудника _____

Место проведения _____

Ф.И.О. клиентки _____

Дата рождения женщины ____ / ____ /19 ____

Адрес проживания _____

Адрес по прописк _____

Контактные телефоны

Сведения о ребенке: 1. Дата рождения _____

Пол ребенка: м ж

Имя: _____

Статус _____

2. Дата рождения _____

Пол ребенка: м ж

Имя: _____

Статус _____

3. Дата рождения _____

Пол ребенка: м ж

Имя: _____

Статус _____

Информация о ВИЧ-статусе женщины:

Предположительное время инфицирования

Год _____

Предположительный путь заражения

- Половой
- Инъекционный
- Неизвестно
- Другое _____

Состоит ли на учете в Центре СПИДа?

- Да
- Нет

Дата постановки на учет в Центр СПИДа: _____ год

- До родов
- После родов

Получала ли профилактику?

- В период беременности
- Во время родов

Получал ли ребенок профилактику?

- Во время родов
- После родов (сироп «Ретровир»)
- Другое _____

Употребление наркотиков.

Употребляет ли женщина наркотики?

- Да
- Нет

Вид наркотика: _____

Длительность употребления: _____

ЕСЛИ В ДАННОЕ ВРЕМЯ ЖЕНЩИНА В РЕМИССИИ

Длительность ремиссии: _____

Состоит ли на учете в наркологическом диспансере?

- Да
- Нет

Судимость?

- Да
- Нет

Был ли опыт коммерческого секса?

- Да
- Нет

Был ли опыт переживания насилия?

Физического

- Да
- Нет
- Неизвестно

Со стороны

- мужа/партнера
- другого родственника
- другое (пояснить)

Сексуального

- Да
- Нет
- Неизвестно

Со стороны

- мужа/партнера
- другого родственника
- другое (пояснить)

Дополнительная информация

Запланированная ли беременность?

- Да
- Нет

Планирует ли воспитывать ребенка?

- Да
- Нет
- Подписала временный отказ
- Подписала полный отказ
- Ушла из родильного дома
- Собирается подписывать временный отказ
- Собирается подписывать полный отказ

Возможные причины отказа

- Отсутствие жилья
- Употребление наркотиков
- Низкая материальная обеспеченность
- Физическое или психическое заболевание женщины
- Отсутствие семейной поддержки
- Нежелательная беременность

Семейное положение

- Не замужем и проживает совместно с партнером
- Имеется партнер, но проживает отдельно
- Замужем и проживает совместно с супругом
- Замужем и проживает отдельно от супруга
- Замужем, но проживает с другим партнером
- Разведена
- Вдова

Наличие социальной поддержки

- Родители женщины
- Родители партнера/супруга
- Родственники
- Партнер/супруг
- Друзья

Жилищно-бытовые условия проживания

- Собственный дом
- Отдельная квартира
- Комната в коммунальной квартире
- Арендруемая квартира (комната)

С кем проживает

- Родители женщины
- Родители партнера/супруга
- Родственники
- Партнер/супруг
- Друзья

Количество людей проживающих на одной жилищной площади

Желание сотрудничать с проектом

- Да
- Нет
- Сомневается
- Другое _____

Заключение

- Отказ от сотрудничества в проекте
- Взята на патронаж
- Телефонное консультирование
- Другое _____

Должностная инструкция психолога

Ф.И.О. сотрудника: _____

Проект: «МАМА+»: Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста в г. Екатеринбурге

Должность: Психолог

Прямое подчинение: Координатору проекта

Место работы: г. Екатеринбург

Основные задачи

Оказание психологической помощи женщинам, которые находятся под угрозой отказа от ребенка, в том числе ВИЧ-инфицированным матерям и членам их семей, с целью создания благоприятных условий для воспитания детей в кровной биологической семье и профилактики отказов от детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами.

Основные обязанности

1. Совместно с членами междисциплинарной команды проекта «МАМА+» и самим клиентом разработка плана по ведению случая для оказания социально-медицинской и психологической помощи женщинам, которые находятся под угрозой отказа от ребенка, в том числе ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и членам их семей.
2. Выполнение плана по оказанию социально-медицинской и психологической помощи женщинам, в том числе ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и членам их семей.
3. Совместно с сотрудниками партнерских учреждений установление первичного контакта с ВИЧ-инфицированными беременными женщинами, родильницами и матерями с целью их привлечения в проект.
4. Установление контакта и вовлечение во взаимодействие семей и ближайшего окружения ВИЧ-позитивных женщин с целью обеспечить семейную поддержку ВИЧ-инфицированным матерям и их детям.
5. Психологическое консультирование матерей и членов семей.
6. Совместно со специалистом по социальной работе ведение групп взаимной поддержки для клиентов проекта, а также для членов их семей.
7. Профессиональная супервизия сотрудников, участвующих в оказании социальной и психологической помощи женщинам, которые находятся под угрозой отказа от ребенка, в том числе ВИЧ-позитивным матерям, их детям и семьям.
8. Налаживание контактов и взаимодействие с государственными и общественными организациями с целью создания сети поддержки ВИЧ-инфицированным матерям, их детям и семьям.
9. Профессиональная супервизорская поддержка сотрудников отделов ГБУ СОН СО «ЦСПСид Кировского района города Екатеринбурга “Гнездышко”» в сопровождении семей, затронутых ВИЧ.

Организационные обязанности

1. Сохранение конфиденциальности полученной информации о женщинах, детях и семьях.
2. Сбор данных об оказанных услугах, занесение их в электронную базу данных и регулярное предоставление отчетности координатору проекта, планирование работы по проекту «МАМА+», ведение необходимой документации.
3. Своевременное выполнение функциональных обязанностей.
4. Участие во всех необходимых организационных собраниях и совещаниях.
5. Своевременное информирование о заболевании или других обстоятельствах, препятствующих выходу на работу.

Обучение и профессиональное развитие

- Получение и своевременное подтверждение необходимых профессиональных навыков.
- Постоянное повышение собственных профессиональных знаний.

Межличностные отношения

- Вежливое, уважительное, терпеливое, профессиональное отношение к детям и семьям, сотрудникам партнерских учреждений и коллегам по работе.
- Эффективное междисциплинарное взаимодействие с другими специалистами и организациями для достижения наилучших результатов работы.
- Своевременное оповещение непосредственного руководителя и координатора проекта «МАМА+» о возникающих межличностных проблемах с клиентами или коллегами.

Образование, опыт и навыки работы

- Профессиональное образование в области психологии (клиническая психология, психология социальной работы, психологическое консультирование, возрастная психология).
- Опыт работы по специальности не менее 1 года.
- Навыки работы с наркопотребителями и людьми, живущими с ВИЧ/СПИД, с семьями и детьми.
- Навыки психологического консультирования.
- Приветствуется наличие сертификатов о повышении профессиональной квалификации.

Сотрудник:

_____/_____/_____
(Ф.И.О.) (Подпись) (дата)

Руководитель:

_____/_____/_____
(Ф.И.О.) (Подпись) (дата)

Должностная инструкция социального работника

Ф.И.О. сотрудника: _____

Проект: «МАМА+»: Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста в г. Екатеринбурге

Должность: Специалист по социальной работе

Прямое подчинение: Координатору проекта

Место работы: г. Екатеринбург

Основные задачи

Оказание психологической помощи женщинам, которые находятся под угрозой отказа от ребенка, в том числе ВИЧ-инфицированным матерям и членам их семей, с целью создания благоприятных условий для воспитания детей в кровной биологической семье и профилактики отказов от детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами.

Основные обязанности

1. Совместно с членами междисциплинарной команды проекта «МАМА+» и самим клиентом разработка плана по ведению случая для оказания социально-медицинской и психологической помощи женщинам, которые находятся под угрозой отказа от ребенка, в том числе ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и членам их семей.
2. Выполнение плана по оказанию социально-медицинской и психологической помощи женщинам, в том числе ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и членам их семей.
3. Совместно с сотрудниками партнерских учреждений установление первичного контакта с ВИЧ-инфицированными беременными женщинами, родильницами и матерями с целью оценки потребностей и ресурсов и привлечения для участия в проекте.
4. Установление контакта и вовлечение во взаимодействие семей и ближайшего окружения женщин, включая ВИЧ-позитивных женщин, с целью обеспечить семейную поддержку ВИЧ-инфицированным матерям и их детям.
5. Организация и оказание социальных услуг, консультаций по медицинским вопросам для ВИЧ-позитивных матерей, их детей и родственников.
6. Планирование совместно с клиентом и координация медицинских консультаций, оказываемых узкими специалистами, контроль медикаментозного обеспечения, оценка эффективности медицинской помощи.
7. Налаживание контактов и взаимодействие с государственными и общественными организациями с целью создания сети поддержки женщинам в трудной жизненной ситуации, включая ВИЧ-инфицированных матерей, их детям и семьям.
8. Сбор данных об оказании медицинской помощи и их регулярное предоставление координатору, ведение необходимой документации.

9. Обучение методологии проекта сотрудников ГБУ СОН СО «ЦСПСид Кировского района города Екатеринбурга “Гнездышко”» по работе с семьями, затронутыми ВИЧ-инфекцией (распространение опыта в Екатеринбурге и Свердловской области).
10. Профессиональная супервизорская поддержка сотрудников отделов ГБУ СОН СО «ЦСПСид Кировского района города Екатеринбурга “Гнездышко”»

Организационные обязанности

1. Сохранение конфиденциальности полученной информации о женщинах, детях и семьях.
2. Сбор данных об оказанной социальной помощи и регулярное их предоставление координатору проекта, планирование работы по проекту «МАМА+», ведение необходимой документации.
3. Своевременное выполнение функциональных обязанностей.
4. Участие во всех необходимых организационных собраниях и совещаниях.
5. Своевременное информирование о заболевании или других обстоятельствах, препятствующих выходу на работу.

Обучение и профессиональное развитие

- Получение и своевременное подтверждение необходимых профессиональных навыков.
- Постоянное повышение собственных профессиональных знаний.

Межличностные отношения

- Вежливое, уважительное, терпеливое, профессиональное отношение к детям и семьям, сотрудникам партнерских учреждений и коллегам по работе.
- Эффективное междисциплинарное взаимодействие с другими специалистами и организациями для достижения наилучших результатов работы.
- Своевременное оповещение непосредственного руководителя и координатора проекта «МАМА+» о возникающих трудностях или конфликтах с клиентами или коллегами.

Образование, опыт и навыки работы

- Образование в области социальной работы или психологии.
- Опыт работы по специальности не менее 1 года.
- Навыки и опыт работы с наркопотребителями и/или людьми, живущими с ВИЧ/СПИД, а также с семьями и детьми.

Сотрудник:

_____/_____/_____
(Ф.И.О.) (Подпись) (дата)

Руководитель:

_____/_____/_____
(Ф.И.О.) (Подпись) (дата)

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Информированное согласие

Центр социальной помощи семье и детям Чкаловского района г. Екатеринбурга предоставляет комплексную социальную, медицинскую и психологическую помощь детям и их семьям.

Мы можем предложить Вам свою помощь, если:

- Вам 18 или более лет.
- Вы имеете положительный ВИЧ-статус.
- Вашему ребенку не более 12 месяцев.
- Вы являетесь жителем г. Екатеринбурга или Свердловской области.
- Вы можете предоставить следующую информацию о себе и своих близких: Ф.И.О., адрес проживания, контактный телефон.
- Вы готовы к тому, что сотрудники проекта будут посещать Вас на дому.

Наши с Вами взаимоотношения будут складываться из нескольких этапов.

На первом этапе наши специалисты (психологи, социальные работники, врачи) проведут с Вами собеседование, в ходе которого Вам будет предоставлена информация о деятельности нашей организации. Вам расскажут о возможностях проекта и условиях Вашего участия в нем. В процессе будут определены Ваши социальные, медицинские и психологические потребности. Также Вам будет предложено подписать информированное согласие. Это документ, в котором определены права и обязанности организации и участника проекта.

На втором этапе специалисты проекта определяют социальные и психологические потребности Вашей семьи в ходе домашнего визита.

Третий этап – самый длительный. Он включает комплексное сопровождение (медицинские, социальные, психологические услуги) Вас и Вашего ребенка, а также оказание долгосрочной психологической помощи Вашим близким до окончания проекта. На протяжении этого этапа наши специалисты будут посещать Вас дома как минимум раз в две недели.

Комплексное сопровождение мамы и ребенка в рамках проекта «МАМА+» включает услуги:

- *Социального работника* (помощь в восстановлении документов, помощь при взаимодействии с государственными службами социальной защиты и т. д.).
- *Психолога* (оценка особенностей развития и потребностей Вашего ребенка, обучение развивающим играм, психологическая помощь Вам и Вашим близким).

Для решения Ваших медицинских и социально-психологических проблем в рамках проекта Вы можете получать ограниченную материальную помощь.

Возможные неудобства:

- Наши специалисты будут посещать Вас дома, что может вызвать дискомфорт у людей, с которыми Вы живете.
- Центры социальной помощи семье и детям сохраняют за собой право действовать преимущественно в интересах ребенка.

Польза:

- Дополнительная медицинская и психолого-педагогическая диагностика, а также консультирование для Вас и Вашего ребенка.
- Помощь в решении ряда социальных проблем.
- Ограниченная материальная помощь.

Добровольность и конфиденциальность

Ваше участие в проекте добровольно. Вся информация о Вашем ВИЧ-статусе и употреблении наркотиков полученная организацией в ходе проекта является строго конфиденциальной.

Условия расторжения соглашения

Вы можете отказаться от услуг специалистов проекта и предоставляемой помощи на любом этапе нашего взаимодействия.

Организация может отказаться от сопровождения Вас и Вашей семьи до окончания проекта, если:

1. На протяжении двух недель мы не можем посетить Вас на дому по причине Вашего отказа или невозможности связаться с Вами.
2. Если Вы неоднократно отказались следовать рекомендациям наших специалистов.
3. Если Вы не проявляете заботы о ребенке.
4. В случае некорректного поведения со стороны Вас и Ваших близких в отношении сотрудников проекта.

Условия, прописанные в информированном согласии,
действуют с ____/____/201__ по ____/____/201__

Подпись сотрудника проекта _____

Подпись участника _____

Дата _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Договор на оказание услуг

_____,
именуемый в дальнейшем «Центр», в лице директора _____,
_____, действующего на основании Устава,
с одной стороны, и гражданин (ка) _____

(Ф.И.О. и статус законного представителя и/с – мать, отец, опекун, попечитель)

именуем _____ в дальнейшем «Клиент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Центр обязуется по **заявлению** Клиента оказать услуги, указанные в п. 1.2

1.2. Центр обязуется оказать на безвозмездной основе услуги: социально-педагогические, социально-медицинские, социально-психологические, социально-правовые, социально-бытовые, социально-экономические, именуемые в дальнейшем «Услуги», предоставляемые согласно национальных стандартов социального обслуживания населения РФ, Устава и действующего законодательства РФ.

2. Права и обязанности Центра

2.1. Центр обязан:

2.1.1. Организовать и обеспечить надлежащее предоставление Услуг.

2.1.2. Оказать Услуги в объеме согласно национальному стандарту социального обслуживания населения РФ.

2.1.3. Во время оказания услуг проявлять уважение к личности клиента, оберегать его от всех форм физического и психического насилия, обеспечить условия для укрепления нравственного, физического и психологического здоровья, эмоционального благополучия клиента с учетом его индивидуальных особенностей.

2.1.4. Соблюдать условия конфиденциальности полученной информации от Клиента.

2.1.5. Юридическая помощь оказывается в форме консультирования.

2.2. Центр имеет право:

2.2.1.1. Устанавливать график проведения консультаций и занятий, в случае опоздания Клиента на 15 минут и более, консультация переносится на иное время.

2.2.1.2. В случае пропуска двух и более занятий без уважительной причины, не подтвержденной соответствующими документами, специалист вправе отказать в продолжении курса реабилитации.

2.2.2. Ознакомливать с индивидуальной программой социальной реабилитацией Клиента.

2.1. 2.1. Самостоятельно определять срок, необходимый для реабилитации Клиента.

2.2.3. Получать от Клиента необходимую для работы специалистов Центра информацию.

2.2.4. Проводить социальный патронаж.

2.2.5. Требовать присутствия законного представителя на протяжении всего времени пребывания ребенка на обслуживании.

2.2.6. Не обслуживать Клиента, находящегося в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, токсического опьянения, а также в период обострения хронических заболеваний.

3. Права и обязанности Клиента

3.1. Клиент обязан:

3.1.1. Своевременно предоставлять все необходимые документы, согласно предоставляемого Центром перечня.

3.1.2. Посещать консультации, занятия согласно графику.

3.1.3. Прилагать усилия для своевременного исполнения мероприятий ИПСР.

3.1.4. Своевременно сообщать специалистам Центра об изменениях ситуации.

3.1.5. Приобрести за свой счет необходимые принадлежности в соответствии с перечнем, предоставляемым специалистом Центра.

3.1.6. При изменении контактного телефона и/или места жительства сообщать об этом Центру.

3.1.7. Проявлять уважение к администрации, специалистам и техническому персоналу Центра.

3.2. Возмещать ущерб, причиненный имуществу Центра, в соответствии с законодательством РФ.

3.3. Клиент имеет право:

3.3.1. Получать комплекс социальных услуг, предоставляемых Центром.

3.3.2. Получать полную информацию о ходе проведения консультационных, коррекционных и/или реабилитационных мероприятий.

4. Ответственности сторон

4.3. Мера ответственности сторон, не предусмотренная в настоящем договоре, применяется в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

4.4. В случае сопровождения ребенка законным представителем Клиент несет ответственность за жизнь, здоровье и безопасность ребенка.

5. Порядок разрешения споров

5.3. Разногласия, возникающие при исполнении настоящего договора, разрешаются сторонами посредством переговоров.

5.4. В случае невозможности разрешения разногласий посредством переговоров стороны после реализации, предусмотренной законодательством процедуры досудебного урегулирования, применяется гражданско-процессуальное законодательство.

6. Срок действия договора и иные условия

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, и вступает в силу со дня его подписания сторонами.

6.4. Договор действует в течение года со дня его подписания.

7. Основания изменения и расторжения договора

7.3. Условия, на которых заключен настоящий договор, могут быть изменены по соглашению сторон и (или) в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.4. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

7.5. Расторжение договора в одностороннем порядке любой из сторон допускается после предупреждения в письменном виде другой стороны не менее чем за один месяц со дня принятия решения о расторжении договора.

Подписание настоящего договора влечет за собой согласие Клиента на обработку персональных данных и реализацию индивидуальной программы социальной реабилитации специалистами Центра.

8. Адреса и подписи сторон

Центр:

Клиент:

Ф.И.О.

Адрес:

Адрес регистрации:

Тел./факс:

Паспортные данные:

Подпись директора

Ф.И.О. директора

м.п.

Подпись

Расшифровка подписи

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Индивидуальная программа социальной реабилитации

Утверждено:
Консилиумом «___» _____ 201__ г.
(протокол № ___)

Индивидуальная программа социальной реабилитации

Фамилия, имя, отчество							
Дата рождения							
Направления социальной реабилитации	Условия ТЖС	Задача (этап) социальной реабилитации	Планируемый результат	Срок реализации	Ответственный за реализацию	Мероприятия реализуемые другими субъектами профилактики	Отметка о согласовании с субъектами системы профилактики
Социально-бытовое							
Социально-медицинское							
Социально-педагогическое							
Социально-правовое							
Социально-психологическое							
Социально-экономическое							
Главная проблема ТЖС							

Согласовано _____
Подпись, расшифровка подписи законного представителя

Заключение о выполнении ИПСР:

План реализации ИПСР

Фамилия, имя, отчество

Дата рождения

Задача (этап) социальной реабилитации несовершеннолетнего:

Ответственный:

План реализации:

Мероприятия	Срок исполнения	Отметка о выполнении

Заключение о реализации задачи (этапа) ИПСР:

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Соглашение между Центром социальной помощи семье и детям и лечебно-профилактическим учреждением

СОГЛАШЕНИЕ № _____

о совместной деятельности по профилактике отказов от новорожденных

г. Екатеринбург

«__» _____ 201_ г.

(далее по тексту «Учреждение»), в лице исполняющей обязанности директора _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ (далее по тексту «Больница»), в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Предмет Соглашения

1.1. Предметом настоящего соглашения является взаимодействие Сторон, связанное с осуществлением мероприятий по раннему выявлению детского и семейного неблагополучия в целях сохранения семьи для ребенка и предупреждения отказов от новорожденных женщинами, оказавшимися в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации, в том числе затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции.

1.2. Целевой группой настоящего договора являются женщины, находящиеся в социально опасном положении, в трудной жизненной ситуации, ВИЧ-инфицированные женщины, роженицы и родильницы, поступающие в Больницу и составляющие группу риска по отказу от ребенка, а также ВИЧ-инфицированные женщины, родившие детей в Больнице.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Больница обязуется:

2.1.1. При выявлении женщин «группы риска» (находящихся в трудной жизненной ситуации, на грани отказа от ребенка) сообщить о намерении отказаться от ребенка в течение одного рабочего дня в Учреждение (при условии наличия у Больницы письменного согласия субъекта на передачу его персональных данных Центру для получения консультативно-психологической помощи).

2.1.2. Обеспечить доступ специалистов Учреждения к родильницам для установления с ними первичного контакта с целью оценки социально-психологического статуса с учетом санитарно-эпидемиологической обстановки.

2.1.3. Осуществлять контроль за соблюдением специалистами Учреждения санитарно-эпидемиологического режима.

- 2.1.4. При получении буклетов, содержащих информацию о Центрах социальной помощи семье и детям, предоставлять женщинам информацию о Центрах, выдавая женщинам на руки буклеты.
- 2.1.5. При наличии технических возможностей создать условия для размещения информационных стендов о Центрах социальной помощи семье и детям и предоставляемым в них услугам.
- 2.1.6. Ежегодно, в срок до 12 января года, следующего за отчетным, предоставлять Учреждению обезличенную информацию согласно Приложению 2, являющимся неотъемлемой частью настоящего соглашения.
- 2.2. Больница имеет право:
- 2.2.1. Запрашивать в установленном порядке необходимую информацию, материалы и отчеты по результатам работы Учреждения.
- 2.3. Учреждение обязуется:
- 2.3.1. В течение одного рабочего дня после получения сообщения организовать выход специалистов (психолога, специалиста по социальной работе) на территорию Больницы с целью профилактики отказа.
- 2.3.2. Провести скрининг женщины с целью выяснения причин отказа (трудная жизненная ситуация, наличие ВИЧ-инфекции, отклонения развития у ребенка, психологические проблемы у мамы, отсутствие жилья, денежных средств, работы, семейной поддержки и т. д.)
- 2.3.3. Предоставить женщине, которая намерена отказаться или уже отказалась от ребенка, первичную психологическую мотивирующую консультацию с целью сохранения ребенка в семье.
- 2.3.4. Подписать с женщиной информированное согласие на оказание комплексной социально-психологической помощи и обеспечение дальнейшей реабилитации после выписки из Больницы.
- 2.3.5. Соблюдать конфиденциальность о ВИЧ-статусе женщины при предоставлении ей психологических и социальных услуг с письменного согласия женщины.
- 2.3.6. Осуществлять поиск и установление контакта с ВИЧ-инфицированными женщинами и детьми, не наблюдающимися в Областном центре по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, после выписки из Больницы и социально-психологических патронаж женщин в трудной жизненной ситуации и ВИЧ-инфицированных женщин с детьми после выписки из Больницы.
- 2.3.7. Осуществлять организацию и контроль оперативной связи специалистов, определенных Приложением 1, являющимся неотъемлемой частью настоящего соглашения.
- 2.3.8. Ежегодно, в срок до 12 января года, следующего за отчетным, предоставлять Больнице обезличенную информацию согласно Приложению 2, являющимся неотъемлемой частью настоящего соглашения, о количестве консультированных специалистами Учреждения клиенток, в том числе консультированных женщин с ВИЧ-инфекцией.
- 2.3.9. Соблюдать нормы профессиональной этики.
- 2.4. Учреждение имеет право:

2.4.1. Предоставлять Больнице проекты мероприятий и программ, имеющих социально-актуальное значение, разработанных и запланированных для совместной реализации.

3. Ответственность сторон

3.1. При невозможности выполнения по каким-либо обстоятельствам одной из сторон своих обязательств по настоящему договору, эта сторона обязана известить об этом другую сторону.

3.2. В случае нарушения или невыполнения одной из сторон требований действующего законодательства другая сторона не несет ответственности за действия виновной стороны.

3.3. В остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

4. Сроки и условия действия договора

4.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания его сторонами.

4.2. Договор считается заключенным на неопределенный срок.

4.3. Для прекращения действия договора одна из сторон должна не менее чем за один месяц в письменной форме заявить о своем намерении расторгнуть договор.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящий договор может быть изменен или дополнен, все изменения и дополнения настоящего договора должны быть согласованы в письменной форме и вступают в силу с момента их подписания сторонами.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

5.3. Договор составлен в двух экземплярах (по одному для каждой из сторон), которые имеют равную юридическую силу.

6. Юридические адреса и подписи сторон

6.1. Учреждение

6.2. Больница

Приложение 1
к Соглашению № _____ от _____

СПИСОК
доверенных специалистов

Сторона	Ф.И.О.	Должность	Рабочий телефон	Мобильный телефон
Больница				
Больница				
Учреждение				
Учреждение				
Учреждение				

Приложение 2
к Соглашению № _____ от _____

Форма отчета о работе учреждения здравоохранения

Количество родов за отчетный год	Количество отказов за отчетный год	Количество обращений в Учреждение с целью профилактики отказа за отчетный год

Форма отчета о работе центра социальной помощи семье и детям

Количество беременных женщин, консультированных специалистами Учреждения в отчетном году	Количество родивших женщин, консультированных специалистами Учреждения в отчетном году	Количество родивших женщин с ВИЧ-инфекцией, консультированных специалистами Учреждения в отчетном году

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Распоряжение Управления здравоохранения администрации города Екатеринбурга

О совместной работе муниципальных медицинских учреждений и центров социальной помощи семье и детям г. Екатеринбурга по профилактике отказов от детей раннего возраста среди женщин группы риска

Во исполнение приказа МЗиСР РФ от 02.10.2009 г. № 808-н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи», с целью оказания своевременной социально-психологической помощи женщинам, решившим отказаться от ребенка, в том числе ВИЧ-инфицированным матерям и членам их семей, с целью создания благоприятных условий для воспитания детей в кровной биологической семье и профилактики отказов от детей:

1. Утвердить «Алгоритм (далее Алгоритм) взаимодействия муниципальных лечебно-профилактических учреждений и государственных учреждений социального обслуживания города Екатеринбурга по профилактике отказов от детей» (приложение 1)
2. Главным врачам МУЦГБ № _____, МУГКБ № _____, МУ ДГБ № _____, принять к исполнению Алгоритм (приложение 1)
3. Главному акушеру-гинекологу _____, главному педиатру _____ оказать организационно-методическую помощь муниципальным лечебно-профилактическим учреждениям по взаимодействию с государственными учреждениями социальной защиты.
4. Контроль исполнения распоряжения возложить на заместителя начальника

Управления _____
Ф.И.О.

Начальник Управления

Подпись

Алгоритм взаимодействия муниципальных лечебно-профилактических учреждений и государственных учреждений социального обслуживания г. Екатеринбурга по профилактике отказов от детей

В целях раннего выявления женщин группы риска, профилактики отказов от детей и организации системы направлений в районные Центры социальной помощи семье и детям (далее ЦСПСиД) главным врачам муниципальных ЛПУ:

1. Назначить приказом по ЛПУ ответственного сотрудника за данный раздел работы.
2. Организовать в детских ЛПУ, женских консультациях (на приемах врачей, патронажах), а также в родильных домах выявление женщин «группы риска» (в тяжелой жизненной ситуации, на грани отказа от ребенка и др.).
3. Предоставлять женщинам информацию о ЦСПСиД, выдавая на руки буклеты (буклеты готовит НП «Семья детям»), и направлять клиенток в районные Центры помощи (приложение 3).
4. Предоставлять специалистам (психологи, юристы, социальные работники и др.) ЦСПСиД возможность консультирования женщин на территории лечебного учреждения с целью оказания комплексной социально-психологической помощи и обеспечения дальнейшей реабилитации после выписки из стационара.
5. В детских поликлиниках, родильных домах и женских консультациях необходимо создать условия для размещения информационных стендов о ЦСПСиД и предоставляемых в них услугах (стенды готовит НП «Семья детям»).
6. Ежегодно, в срок до 15 января года, следующего за отчетным, запрашивать в ЦСПСиД информацию о количестве клиенток, консультированных/дошедших до ЦСПСиД, и предоставлять в отдел лечебно-профилактической помощи детям и матерям УЗ отчет о работе с государственными учреждениями социального обслуживания по форме (приложение 2).

Приложение 2 к распоряжению УЗ
от _____ № _____

Форма отчета о работе с государственными учреждениями
социального обслуживания (заполняется 1 раз в год, до 15 января)

Для женских консультаций
№ ЛПУ

Количество беременных, перешедших под наблюдение с прошлого года	Количество женщин, вставших на диспансерный учет по беременности в отчетном году	Количество беременных, консультированных в ЦСПСиД в отчетном году	Количество ВИЧ-инфицированных беременных, консультированных в ЦСПСиД в отчетном году

Для родильных домов
№ ЛПУ

Количество родов, прошедших за отчетный год	Количество отказов от детей в роддоме в отчетном году	Количество отказов от детей ВИЧ-инфицированными женщинами за отчетный год	Количество женщин, консультированных специалистами ЦСПСиД, в том числе консультированных женщин с ВИЧ-инфекцией

Центры социальной помощи семье и детям г. Екатеринбурга, включенные в проект «МАМА+»: Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста, профилактики отказов от детей, включая ВИЧ-положительных матерей».

Центр социальной помощи семье и детям Чкаловского района

Директор – Ахметова Анна Рахимьяновна.
Специалисты: Хохина Екатерина Владиславовна, психолог,
тел.: (343) 258-20-32;
Еремеева Татьяна Леонидовна, специалист по социальной работе,
адрес: Хибиногорский переулок, 29, тел./факс: (343) 258-54-01.

Центр социальной помощи семье и детям Кировского района «Гнездышко»

Директор – Татаурова Ирина Викторовна.
Специалисты: Шульц Ольга Эдуардовна, психолог,
тел.: (343) 341-46-78;
Старицына Ольга Анатольевна, специалист по социальной работе,
тел.: (343) 228-55-62,
адрес: ул. Искровцев, 23а, тел./факс: (343) 341-46-78.

Центр социальной помощи семье и детям Октябрьского района «Отрада»

Директор – Мусальникова Надежда Александровна.
Специалисты: Казанцева Мария Витальевна, психолог,
тел.: (343) 262-24-10;
Шалаумова Галина Леонидовна, специалист по социальной работе,
тел.: (343) 262-07-91,
адрес: ул. Байкальская, 37а, тел./факс: (343) 262-08-68 (общий).

Центр социальной помощи семье и детям Верх-Исетского района «Каравелла» (в том числе для жителей Ленинского района)

Директор – Федорова Ольга Васильевна.
Специалисты: Софронова Ольга Александровна, психолог,
Дятель Вероника Михайловна, специалист по социальной работе,
тел.: (343) 212-74-78,
адрес: ул. Московская, 68, тел./факс: (343) 212-74-78.

Центр социальной помощи семье и детям Орджоникидзевского района

Директор – Малышкина Наталья Александровна.

Специалисты: Селезнева Елена Александровна, психолог,

Хасанова Вера Владимовна, специалист по социальной работе,

тел.: (343) 352-25-29,

адрес: ул. Даниловская, 16а, тел./факс: (343) 352-25-29, 352-25-26.

Железнодорожный район

Адрес КЦСОН (Комплексный центр социального обслуживания населения),
ул. Коуровская, 9, Отделение профилактики безнадзорности
несовершеннолетних,

Директор – Сотина Татьяна Федоровна,

тел.: (343) 323-22-34.

**Краткая информация о проблеме ранних отказов от детей
для руководителей и должностных лиц, принимающих решения
на региональном уровне**

Описание явления

Одним из ключевых критериев оценки эффективности работы системы защиты детей является показатель социального сиротства. Несмотря на рост расходов на социальную заботу о детях, снижение числа социальных сирот происходит низкими темпами. Поэтому необходимо повышать эффективность работы системы в целом.

Среди одной из важных причин, по которым ребенок остается без попечения родителей, – отказ матерей от новорожденных. Лишение родительской заботы и семейного воспитания негативно отражается на развитии и социализации человека в течение всей жизни.

Несмотря на существование самого явления отказа от ребенка, в действующем российском законодательстве термин «отказ от ребенка» не используется. С правовой точки зрения оформление отказа означает, что:

1. В роддоме женщина написала заявление о согласии на усыновление ребенка другим лицом.
2. В случае, когда роженица самовольно покидает роддом или больницу, не написав упомянутого заявления, сотрудники учреждения оформили «Акт об оставлении ребенка в лечебно-профилактическом учреждении».
3. В сложных жизненных обстоятельствах женщина, в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об опеке и попечительстве» № 48-ФЗ от 24.04.2008, написала в орган опеки и попечительства заявление о назначении ребенку опекуна или попечителя на определенный ею период, в который она не может исполнять свои родительские обязанности (так называемый «временный отказ»), а органы опеки, в свою очередь, на основании заявления оформили акт о назначении опекуна или попечителя с определенным сроком действия его полномочий.

Отказ от новорожденных «не приветствуется» общественным мнением, поэтому женщины, совершившие отказ от новорожденного, автоматически становятся дискриминируемыми и осуждаемыми обществом и ближайшим социальным окружением, что в первую очередь закрывает путь для возвращения ребенка в кровную семью. Между тем практика показывает, что часто женщины, находясь в трудной жизненной ситуации, вынуждены оставить ребенка вопреки своим желаниям и интересам, поэтому при предоставлении им необходимой поддержки своевременно и оперативно многие женщины меняют свое решение об отказе.

Ключевыми факторами и условиями (но не обязательными), в виду которых женщины планируют или вынуждены отказаться от ребенка, являются:

- отсутствие (недостаток) у матери средств к существованию;
- отсутствие жилья или плохие жилищно-бытовые условия;

- отсутствие у матери личных документов и (или) нелегальное проживание;
- семейная неустроенность, нарушение отношений женщины с отцом ребенка, родственниками;
- личностные (психические, психологические и др.) проблемы женщины;
- проблемное употребление (зависимость) наркотиков и/или алкоголя;
- хронически асоциальный образ жизни матери;
- нежелание заниматься ребенком в ущерб другим интересам и др.

Работа по предотвращению отказов от новорожденных направлена не только на обеспечение прав детей на семью, помощи женщинам, планирующим или вынужденным отказаться от своего ребенка, но и на решение перспективных задач демографической и социально-экономической политики, позволяя эффективнее планировать и расходовать ресурсы, направляемые на социальную защиту детства.

Цифры и факты

В 2011 году в России зарегистрировано **682 317 детей-сирот**. Ежегодно около **30 тысяч детей** оставляют в роддомах или на первом году жизни¹, среди социальных сирот около 12 000–16 000 детей – это новорожденные, оставшиеся без попечения родителей в родильных домах вследствие отказа. Поскольку официальные данные ведомственной статистики не учитывают тех «отказников», которые были усыновлены или переданы под опеку до того, как попали в дома ребенка, или в течение года после этого, а также тех, кто длительное время находится в лечебно-профилактических учреждениях, фактически данное явление имеет гораздо большие масштабы.

Предотвращение только одного отказа от новорожденного позволит сэкономить бюджету до 500 тыс. рублей в год, существенно снижать показатели сиротства в регионе. Практика показывает, что при организации работы по предотвращению отказов от новорожденных удается добиться успеха в 30–40 % случаев.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

В 2000-х гг. проблема отказов от детей в родильных домах г. Екатеринбурга стояла очень остро. За период с 2002 по 2009 г. среднее число отказов от детей в родильных отделениях составляло 200 в год (1,3 % от общего количества рожденных детей).

Проблема отказов от детей и пренебрежения их нуждами в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией, является еще более актуальной. Так, в 2009 г. в Свердловской области прошло 993 родов у ВИЧ-инфицированных женщин, в 2010 г. – 1062. 6,1 % (61 ребенок и 65 детей соответственно) стали социальными сиротами в результате отказов от детей в родильном доме или изъятия органами опеки и попечительства, вызванного жестоким обращением или пренебрежением нуждами ребенка.

С марта 2010 г. по июль 2012 г. в г. Екатеринбурге реализовывался проект «МАМА+: Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста в г. Екатеринбурге».

За время работы проекта на сопровождении находилось 253 семьи и 425 детей. В том числе 54 семьи, затронутых ВИЧ. 176 семей получили материальную помощь (комплекты на выписку для новорожденных детей, детское питание, подгузники, одежду и обувь, продукты питания, коляски, кровати), девять матерей с детьми воспользовались услугой временного жилья. 42 ребенка воспользовались услугой дневного пребывания (в срок с февраля по июнь 2012 г.).

¹ Статистика Уполномоченного по правам ребенка РФ (2011 год).

В результате выходов специалистов проекта «МАМА+» в родильные дома к женщинам, выразившим намерение отказаться от ребенка, 84 отказа аннулировано и 88 детей сохранено в семьях, что составило 46 % от общего количества выходов на заявленные отказы.

Шесть детей возвращено из детских больниц и домов ребенка в кровные семьи.

Меры, принимаемые в настоящее время

Профилактика социального сиротства – одно из приоритетных направлений социальной политики в Российской Федерации, главная цель которой – реализация права ребенка жить и воспитываться в семье через создание эффективной системы работы с семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации.

Профилактика отказов среди беременных из группы риска не является широко распространенной в Российской Федерации. Вместе с тем в ряде регионов такие практики уже получили нормативное закрепление и успешно используются социальными службами в таких направлениях деятельности, как:

- замещающая забота для детей, оставшихся без попечения родителей;
- интеграция детей с особыми потребностями в среду здоровых сверстников;
- работа с кризисными семьями и их реабилитация.

Работа по предотвращению отказов от новорожденных направлена не только на обеспечение прав детей на семью, помощи женщинам, планирующим или вынужденным отказаться от своего ребенка, но и на решение перспективных задач демографической и социально-экономической политики, позволяя эффективнее планировать и расходовать ресурсы, направляемые на социальную защиту детства.

Действующая в настоящее время система временного помещения ребенка на государственное попечение не способствует снижению числа отказов от новорожденных. Если в то время, пока ребенок находится на временном попечении, с семьей не ведется активная работа по выводу ее из кризиса, ситуация со временем не улучшается. В итоге лишь единицы из детей, устроенных в интернатные учреждения временно, возвращаются в кровную семью. Построение эффективной системы защиты детства включают в себя как управленческие изменения, так и развитие инновационных услуг, включающее развитие механизмов широкого вовлечения негосударственных организаций.

Что могут предпринимать органы власти и управления

1. Организовать выработку и внедрение моделей межведомственного взаимодействия по профилактике отказов от новорожденных с нормативно-правовым закреплением процедур по выявлению отказов и оказанию помощи семьям, а также разработку и применение алгоритма действий специалистов по выявлению и организации работы с женщинами и их ближайшим окружением, основанного на учете индивидуальных причин и условий трудной жизненной ситуации, приведшей к отказу. Создать службы профилактики отказов от новорожденных в современных условиях вполне реально и необходимо. Такие службы работают в России в 15 субъектах РФ более пяти лет. Практика показывает: скоординированное реагирование работников роддома, органов опеки, работников социальных служб, негосударственных организаций для оказания экстренной помощи по преодолению индивидуальных причин трудной жизненной ситуации матери и семьи способны сохранить кровную семью значительному числу новорожденных.

2. Организовать разработку и применение стандартов социальной помощи семьям «группы риска» по проблеме отказа от новорожденных, а также утверждение единого исчерпывающего перечня документов, необходимых для возврата ребенка в кровную семью при изменении решения матери об отказе.
3. Развивать инфраструктуру услуг семьям «группы риска» по отказу: создание служб профилактики отказов от новорожденных, постинтернатное сопровождение для выпускниц детских домов, открытие центров для временного пребывания детей, открытие кризисных отделений для женщин с малолетними детьми для временного проживания (сроком от 1 до 6 месяцев), развитие института «временных приемных/принимающих семей», реабилитация беременных женщин и их партнеров с проблемным употреблением наркотиков и алкоголя и т. д.
4. Организовать работу по выявлению и статистическому учету данных о причинах и условиях, провоцирующих отказы, а также о численности детей, оставленных матерями.
5. Привлекать и поддерживать внимание общественности к проблеме отказов от новорожденных, не допуская стигматизации и дискриминации женщин, планирующих/вынужденных отказаться от ребенка, содействуя созданию условий конфиденциальности и безопасности для ребенка.
6. Оказывать поддержку (финансовую, нормативную, административную и т. п.) общественным и некоммерческим организациям, предоставляющим услуги женщинам и детям в кризисной ситуации.
7. Содействовать созданию системы повышения профессиональной компетентности специалистов, вовлеченных в профилактику отказов от новорожденных, организации их консультационно-методической поддержки.

**Краткая информация о проблеме ранних отказов от детей
для специалистов органов опеки и попечительства**

Описание явления

В государственной социальной политике Российской Федерации ясно определены стратегические цели в сфере семейной и демографической политики. Сокращение числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является одной из приоритетных задач государства в данных направлениях.

В 2011 г. в России зарегистрировано **682 317 детей-сирот**. Ежегодно около **30 тысяч детей** оставляют в роддомах или на первом году жизни 1, среди социальных сирот около 12 000–16 000 детей – это новорожденные, оставшиеся без попечения родителей в родильных домах вследствие отказа. Не снижающаяся численность детей в возрасте от 0 до 12 месяцев, находящихся в домах ребенка, указывает на то, что отказов не становится меньше.

Поскольку официальные данные ведомственной статистики не учитывают тех «отказников», которые были усыновлены или переданы под опеку до того, как попали в дома ребенка, или в течение года после этого, а также тех, кто длительное время находится в лечебно-профилактических учреждениях, фактически данное явление имеет гораздо большие масштабы. Предотвращение только одного отказа от новорожденного позволит экономить бюджету до 500 тыс. рублей в год, существенно снижать показатели сиротства в регионе. Практика показывает, что при организации работы по предотвращению отказов от новорожденных удается добиться успеха в 30–40 % случаев.

Построение эффективной системы профилактики социального сиротства возможно только на межведомственной основе за счет выработки и реализации единой концепции работы для всех субъектов этой деятельности. Концепция должна включать в себя как управленческие изменения, так и развитие инновационных услуг в следующих направлениях:

- раннее выявление и работа с семьями «группы риска» по социальному сиротству;
- сопровождение детей и семей «группы риска» в социальном и образовательном пространстве;
- развитие семейных форм жизнеустройства для детей, оставшихся без попечения родителей;
- социальная адаптация выпускников интернатных учреждений (постинтернатное сопровождение).

Профилактика ранних отказов является одним из направлений работы по раннему выявлению и реабилитации семей «группы риска» по социальному сиротству. Актуальность развития деятельности по профилактике ранних отказов связана с тем, что:

¹ Статистика Уполномоченного по правам ребенка РФ (2011 год).

- вследствие ранних отказов нарушается основное право ребенка – жить и воспитываться в семье;
- отклонения в развитии, возникающие у ребенка, оставшегося без должного родительского ухода в первый год жизни, сказывается на его психологическом и физическом состоянии, процессе социализации и в последующей жизни;
- стабильные отношения с близкими взрослыми (прежде всего с матерью или человеком, ее замещающим) критически важны для нормального развития мозга младенца;
- пренебрежение потребностями маленького ребенка, которое возникает в семье группы риска или интернатом учреждении, нарушает процесс оптимального развития центральной нервной системы;
- стресс, связанный с межличностными отношениями, нарушает формирование той части мозга, которая отвечает за способности к социальной адаптации, управление настроением, эмоциями, способностью быть ответственным, т. е. за те черты человека, которые определяют его как личность;
- потеря ребенка (вследствие его изъятия, отказа в роддоме) значительно снижает реабилитационный потенциал семьи, способствует переходу семейного кризиса на более глубокую стадию;
- семьи, принявшие решение об отказе от младенца в роддоме, часто повторяют подобные поступки в будущем, и реабилитационная работа с ними (в случае наличия других детей) затруднена и малоэффективна.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

В 2000-х гг. проблема отказов от детей в родильных домах г. Екатеринбурга стояла очень остро. За период с 2002 по 2009 г. среднее число отказов от детей в родильных отделениях составляло 200 в год (1,3 % от общего количества рожденных детей).

Проблема отказов от детей и пренебрежения их нуждами в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией является еще более актуальной. Так, в 2009 г. в Свердловской области прошло 993 родов у ВИЧ-инфицированных женщин, в 2010 г. – 1062. 6,1 % (61 ребенок и 65 детей соответственно) стали социальными сиротами в результате отказов от детей в родильном доме или изъятия органами опеки, вызванного жестоким обращением или пренебрежением нуждами ребенка.

С июля 2010 г. по июль 2012 г. в г. Екатеринбурге реализовывался проект «МАМА+: Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста в г. Екатеринбурге».

За время работы проекта на сопровождении находилось 253 семьи и 425 детей. В том числе 54 семьи, затронутых ВИЧ. 176 семей получили материальную помощь (комплекты на выписку для новорожденных детей, детское питание, подгузники, одежду и обувь, продукты питания, коляски, кровати), девять матерей с детьми воспользовались услугой временного жилья. 42 ребенка воспользовались услугой дневного пребывания (в срок с февраля по июнь 2012 г.).

В результате выходов специалистов проекта «МАМА+» в родильные дома к женщинам, выразившим намерение отказаться от ребенка, 84 отказа аннулировано и 88 детей сохранено в семьях, что составило 46 % от общего количества выходов на заявленные отказы.

Шестеро детей возвращено из детских больниц и домов ребенка в кровные семьи.

В 2006 г. проблема отказов от детей в родильных домах города, длительное пребывание детей, оставшихся без родителей в стационарах города, достигла своего максимума. Так, в 2006 г., в четырех роддомах города от детей отказались 206 мам, ежедневно в пе-

диатрических стационарах города находились до 150 отказных детей, среднее пребывание ребенка, оставшегося без попечения родителей в стационаре, доходило до 150–200 дней в году и более.

Итогом совместной работы всех заинтересованных структур, стали следующие показатели: количество отказов от детей в роддомах города в 2011 г. сократилось почти в два раза. (2006-м г. – 206 детей, 2011-м г. – 105 детей), ежедневное количество отказных детей в стационарах города не превышает 30 – 35 человек (сократилось с 2006 г. в пять раз), до 30 % детей усыновляются из стационара, среднее пребывание ребенка на койке не превышает 40–45 дней.

Что предпринимается сегодня

Юридически процедура отказа от ребенка заключается в подаче матерью заявления о согласии на усыновление (удочерение) своего ребенка², в соответствии со ст. 129 Семейного кодекса РФ. Если заявление не оформлено (чаще всего из-за того, что роженица ушла из роддома или больницы, оставив там ребенка), то сотрудники лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) заполняют «Акт об оставлении ребенка». Документы передаются в орган опеки и попечительства по месту нахождения ЛПУ.

Орган опеки в течение трех дней с момента получения сведений из ЛПУ проводит обследование условий жизни ребенка и проверяет факт отсутствия попечения со стороны родителей (родственников). Защита прав и интересов ребенка в данном случае заключается в том, что в течение 1-го месяца орган опеки обеспечивает устройство ребенка либо в замещающую семью, либо в воспитательное учреждение.

Таким образом, в настоящий момент органам опеки и попечительства (ООиП) не ставится цель сохранить кровную семью и снизить количество ранних отказов.

Что необходимо сделать в дальнейшем

Существует другая – профилактическая – модель организации деятельности специалистов, направленная на сохранение пребывания ребенка в его кровной семье. Основными принципами работы органа опеки в рамках этой модели является:

- главенство интересов ребенка и защита его основных прав;
- приоритет профилактики социального сиротства над преодолением его последствий;
- приоритет семейных форм жизнеустройства ребенка над институциональными (интернатными);
- активное использование инновационных услуг помощи женщине, планирующей/вынужденной отказаться от ребенка (размещение мам и младенцев в принимающие семьи с функциями наставничества, стационарные отделения для мам с детьми в ТЖС, экстренное размещение младенцев в профессиональные семьи под временную опеку и т. д.);

² Также согласие может быть выражено непосредственно в суде при производстве усыновления.

- осуществление программ переподготовки специалистов органов опеки, направленных на преодоление стигматизации и дискриминации женщин (родителей), планирующих/вынужденных отказаться от ребенка;
- расширение и обновление знаний и навыков в области работы по предотвращению отказов;
- дальнейшая поддержка развития системы семейного устройства детей оставшихся без родительского попечения;
- разработка предложений по созданию временной опеки с одновременной активной работой с кровной семьей ребенка;
- использование инновационных технологий межведомственного взаимодействия субъектов деятельности по профилактике отказов (органы и учреждения здравоохранения, социальной защиты, НГО/НКО).

Для повышения эффективности действий по возвращению оставленного ребенка в кровную семью специалистам ОПиП в профилактической модели работы также следует учитывать, что:

- 1) бедность, плохие жилищные условия, образ жизни матерей, отказавшихся/намеренных отказаться от ребенка, сами по себе не являются основанием для принятия решения о том, что такие семьи не могут обеспечить достаточную родительскую заботу;
- 2) наличие у ребенка/родителей умственных или физических ограничений, а также ВИЧ-диагноза не являются достаточными основаниями для лишения/ограничения родителей в правах и помещения ребенка под опеку государства;
- 3) отцы детей всегда должны рассматриваться в качестве потенциальных воспитателей детей.

**Краткая информация о проблеме ранних отказов
от детей для персонала женской консультации**

Для эффективной работы межведомственной системы выявления и сопровождения женщин с целью профилактики отказа традиционной роли персонала учреждения родовспоможения по регистрации факта отказа от ребенка (оставления) и передачи документов в органы опеки и попечительства (ООиП) недостаточно.

Основное содержание работы с матерью (семьей) в рамках межведомственной профилактической модели – устранение (минимизация) причин, приводящих к отказу матери (семьи) от ребенка. Задача персонала женской консультации – как можно раньше выявить женщину, планирующую/вынужденную отказаться от ребенка, прояснить возможные причины и обстоятельства отказа и подключить к работе психолога, социального работника, юриста организаций, уполномоченных осуществлять деятельность по профилактике отказов от ребенка.

Возможность и необходимость организации такой деятельности в ЛПУ зафиксирована Федеральным законом «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ, Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ и другими нормативно-правовыми актами, обязывающими ЛПУ информировать соответствующие органы о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с безнадзорностью или беспризорностью, сотрудников ЛПУ по поручению органов опеки и попечительства и других компетентных органов участвовать в мероприятиях по обеспечению защиты прав и законных интересов ребенка, проводить индивидуальную профилактическую работу в отношении родителей несовершеннолетних, если они не исполняют своих обязанностей по их воспитанию и (или) содержанию, либо жестоко обращаются с ними.

При отсутствии нормативных (регламентирующих) документов на уровне ведомств (органов) субъекта РФ, действия по организации сопровождения случая отказа от ребенка реализуются на основании соглашения о сотрудничестве (или подобных документов) между учреждением (организацией), уполномоченным заниматься профилактикой отказов от новорожденных и ЛПУ.

Специалист женской консультации, на базе которой реализуется модель профилактики отказов от новорожденных, должен:

- быть информирован по проблемам организации психосоциальной поддержки женщин группы риска в дородовой и послеродовой период;
- быть информирован о доступных бесплатных услугах, которые могут быть предоставлены женщине в учреждениях социальной защиты;
- знать специфику психологического состояния женщин группы риска во время беременности и в послеродовой период;
- иметь навыки позитивного общения с клиентами этой целевой группы, уметь эффективно и доступно доносить до них актуальную информацию;

- быть способным координировать деятельность коллег, вести необходимую документацию;
- осознавать и уметь объяснять коллегам и пациентам значение ранних отношений в развитии и жизни младенца;
- применять в работе современные подходы к профилактике социального сиротства;
- иметь представление о современных подходах к реабилитации и интеграции в общество детей с особыми потребностями (ограниченными возможностями здоровья);
- обладать навыками работы в междисциплинарной команде.

Признаки, указывающие на высокую вероятность отказа от ребенка:

- 1) декларация самой женщиной возможности отказа от ребенка после родов;
- 2) попытки женщины самостоятельно прервать беременность;
- 3) наступление беременности явилось следствием принуждения или сексуального насилия;
- 4) пациентка не состоит на учете в консультации, однако появлялась с целью прервать беременность на позднем сроке;
- 5) подавленное состояние во время приема, отсутствие интереса к состоянию плода, к беременности;
- 6) наличие патологии в развитии плода.

Во время посещения пациенткой консультации сотрудникам могут стать известны обстоятельства, которые, как правило, в сочетании с перечисленными признаками позволяют предположить возможность отказа от ребенка:

- эмоциональные, психические, личностные проблемы и расстройства у пациентки, в том числе психологическая и социальная «незрелость»;
- возраст до 18 лет;
- проблемное употребление алкоголя или/и наркотиков пациенткой или ближайшими членами семьи;
- социально обусловленное заболевание пациентки (ВИЧ, гепатит В, С, туберкулез и др.);
- внезапная утрата здоровья у пациентки или у ее близких родственников;
- наличие подтвержденной информации о случае отказа/намерении отказа от ребенка в прошлом.

Основные этапы деятельности специалистов женской консультации по профилактике отказов от новорожденных:

1. Выявление женщины с фактом (угрозой) отказа. Выявить такую женщину может любой сотрудник учреждения в процессе исполнения своих обязанностей.
2. Направление женщины в центры социальной помощи семье и детям для получения консультаций, необходимой помощи и услуг.
3. Передача информации ответственному лицу. Задача специалиста, выявившего женщину, планирующую/вынужденную отказаться от ребенка, – незамедлительно сообщить об этом ответственному в данном учреждении за оформление и передачу сигнала в уполномоченные организации (органы опеки и

попечительства, центры социальной помощи семье и детям и др. Если такой ответственный сотрудник не назначен – своему непосредственному руководителю.

4. Регистрация выявленного случая. Ответственный за оформление и передачу сигнала оформляет (если предусмотрен журнал учета или сигнальный лист) сигнал для передачи его в уполномоченную организацию.
5. Передача сигнала в уполномоченную организацию. Сигнал передается телефонограммой в течение суток с момента выявления случая.

Профилактика ранних отказов от детей с врожденными патологиями развития (ВНР) имеет свои особенности в связи с тем, что в большинстве случаев наличие патологии развития у ребенка является неожиданностью для родителей. Матери, находясь в состоянии психологического стресса, способны к импульсивным действиям, заранее не высказывая прямого желания отказаться от ребенка. Обеспечение индивидуального психологического сопровождения матери и членов ее семьи с учетом данной специфики является необходимой мерой по предотвращению отказа и сохранению ребенка в кровной семье.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

Объединение усилий медицинских и социальных учреждений по профилактике отказов от детей и оказанию поддержки матерям и детям в ТЖС, в том числе затронутым проблемой ВИЧ

С июля 2010 г. по июль 2012 г. в г. Екатеринбурге реализовывался проект «МАМА+: Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста в г. Екатеринбурге».

В рамках проекта был выявлен дефицит взаимодействия медицинских и социальных учреждений города. Отчасти это было связано с недостатком знаний у медицинских работников о том, какие услуги могут быть предоставлены женщинам в ТЖС в социальных центрах. Некоторые врачи даже говорили: «Мы видим, что женщине нужна поддержка, а куда ее направлять, мы не знали... Сами собирали ей вещи для ребенка... Очень переживали».

Было проведено два круглых стола для врачей из детских поликлиник и женских консультаций г. Екатеринбурга с целью знакомства их с системой социальной помощи женщинам и детям. В результате круглых столов врачам стали понятны критерии ТЖС и то, какие женщины должны направляться в социальные центры; установлены личные контакты между заведующими женских консультаций и специалистами, которые оказывают услуги женщинам. Специалисты научились определять, какие дополнительные виды помощи необходимы клиентам для улучшения текущей жизненной ситуации.

Совместно с Управлением здравоохранения администрации города Екатеринбурга были разработаны и распространены в лечебно-диагностические учреждения города, оказывающие помощь матерям и детям, 6000 направлений (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 1) на социальное сопровождение. Необходимость в этих направлениях была также обусловлена и особенностями целевой группы клиентов: они не умеют запрашивать и принимать помощь и поддержку как внутри семьи, так и извне; они не обладают достаточными знаниями и социальным опытом, чтобы пользоваться социальными услугами и получать положенные выплаты. Также в обществе достаточно силен авторитет врача: если врач дает направление в социальный центр, это равносильно направлению на обязательное обследование. Направления также облегчают работу врача: на направлении указаны те услуги, которые клиент может получить в центре.

Перед главным врачом женской консультации стоит непростая задача по формированию и поддержанию мотивации сотрудников учреждения на участие в работе по профилактике отказов от новорожденных. Выполнению этой задачи будет способствовать:

- регулярное приглашение на линейки и совещания ЛПУ сотрудников службы профилактики отказов (центров социальной помощи семье и детям или уполномоченных организаций) с информационным сообщением о ходе реализации планов работы с женщинами, сигналы о которых поступили из данного учреждения;
- информирование сотрудников учреждения о технологиях работы с женщинами «группы риска»;
- регулярное проведение мероприятий (совместно с органами опеки, центрами социальной помощи семье и детям, службой профилактики отказов), способствующих осознанию сотрудниками целесообразности и важности работы по профилактике отказов;
- введение направлений на социальное сопровождение;
- введение формы отчетности по учреждению, отражающей качество выполнения поставленных перед сотрудниками задач по раннему выявлению и оперативному реагированию на факты намерения отказа от новорожденных;
- социально-психологическое консультирование женщины, ее партнера, ближайшего социального окружения непосредственно в женской консультации (в том числе с привлечением службы профилактики отказов или уполномоченных организаций).

Роль женской консультации на этапе активной работы по предотвращению отказа может заключаться в оказании как традиционных, так и новых медико-социальных услуг, в том числе:

- подготовка к уходу за ребенком и психолого-педагогическом взаимодействии с ним на родительских курсах, в клубе взаимной поддержки и т. п.;
- медико-социальная реабилитация в случае проблемного употребления алкоголя или/и наркотиков.

**Краткая информация о проблеме ранних отказов от детей
для главного врача родильного дома**

Для эффективной работы межведомственной системы выявления и сопровождения женщин с целью профилактики отказа традиционной роли персонала учреждения родовспоможения по регистрации факта отказа от ребенка (оставления) и передачи документов в ООиП недостаточно.

Основное содержание реабилитационной работы с семьей в рамках инновационной профилактической модели – ликвидация (минимизация) причин, приводящих к отказу матери (семьи) от ребенка, поэтому задача специалистов роддома – как можно раньше выявить женщину с риском или фактом отказа, прояснить возможные причины и обстоятельства отказа и подключить к работе социальных работников, психологов, юристов организаций, уполномоченных осуществлять деятельность по профилактике отказов от ребенка.

Такая ответственность сотрудников и руководителя ЛПУ зафиксирована Федеральным законом «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» № 120-ФЗ от 24.06.1999 г., Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» № 124-ФЗ от 24 июля 1998 г. и другими нормативно-правовыми актами, обязывающими ЛПУ информировать соответствующие органы о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с безнадзорностью или беспризорностью, сотрудников ЛПУ по поручению органов опеки и попечительства и других компетентных органов участвовать в мероприятиях по обеспечению защиты прав и законных интересов ребенка, проводить индивидуальную профилактическую работу в отношении родителей несовершеннолетних, если они не исполняют своих обязанностей по их воспитанию и (или) содержанию, либо жестоко обращаются с ними. При отсутствии нормативных (регламентирующих) документов на уровне ведомств (органов) субъекта РФ, действия по организации выявления и сопровождения случаев отказа от ребенка реализуются на основании соглашения о сотрудничестве (или подобных документов) между учреждением (организацией) уполномоченной заниматься профилактикой отказов от новорожденных и ЛПУ.

Специалист учреждения родовспоможения, на базе которого реализуется модель профилактики отказов от новорожденных, должен:

- быть информирован по проблемам организации психосоциальной поддержки женщин «группы риска» в дородовой и послеродовой период;
- быть информирован о доступных бесплатных услугах, которые могут быть предоставлены женщине в учреждениях социальной защиты;
- знать специфику психологического состояния женщин «группы риска» во время беременности;
- иметь навыки позитивного общения с клиентами этой целевой группы, уметь эффективно и доступно доносить информацию;

- быть способным координировать деятельность коллег, вести необходимую документацию;
- осознавать и уметь объяснять коллегам и пациентам значение ранних отношений в развитии и жизни младенца;
- применять в работе современные подходы к профилактике социального сиротства;
- иметь представление о современных подходах к реабилитации и интеграции в общество детей с особыми возможностями;
- обладать навыками работы в междисциплинарной команде.

Роль учреждения родовспоможения в предотвращении отказов от новорожденных заключается в тесном и оперативном взаимодействии специалиста родильного дома со специалистами организаций, уполномоченных оказывать услуги данной целевой группе (органы опеки, центры социальной помощи семьям и детям и др.)

Основные этапы деятельности специалистов учреждения родовспоможения по профилактике отказов от новорожденных:

1. Выявление женщины с фактом (угрозой) отказа.

Выявить такую женщину может любой сотрудник учреждения в процессе реализации текущей деятельности.

2. Передача информации ответственному лицу.

Задача специалиста, выявившего женщину, планирующую/вынужденную отказаться от ребенка, – незамедлительно сообщить об этом ответственному в данном учреждении за оформление и передачу сигнала в уполномоченные организации (органы опеки, службы профилактики отказов и др. (если таковой не назначен – своему непосредственному руководителю).

3. Регистрация выявленного случая.

Ответственный за оформление и передачу сигнала оформляет (если предусмотрен журнал учета или сигнальный лист) сигнал для передачи его в уполномоченную организацию.

4. Передача сигнала в уполномоченную организацию.

Сигнал передается телефонограммой, желательно не позднее 1 часа с момента выявления случая (из-за возможности самовольного покидания женщиной родильного дома). Сигнал должен быть передан даже в том случае, если женщина сначала заявила о своем желании отказаться от ребенка или вела себя неадекватно, но в дальнейшем изменила свое решение.

Примечание

Профилактика ранних отказов от детей с врожденными пороками развития (ВПР) и новорожденных с экстремально низкой массой тела в постнатальный период имеет свои особенности в связи с тем, что в большинстве случаев наличие патологии развития у ребенка является неожиданностью для родителей. Матери, находясь в состоянии психологического стресса, способны к импульсивным действиям, заранее не высказывая прямого желания отказаться от ребенка. Обеспечение индивидуального психологического сопровождения матери и членов

ее семьи на базе родовспомогательного учреждения с учетом данной специфики является необходимой мерой по предотвращению отказа и сохранению ребенка в кровной семье. Администрации учреждения родовспоможения следует предусмотреть возможность пребывания такого ребенка рядом с матерью. Если это оказалось невозможным, то нужно создать матери условия для посещения ребенка в том отделении, куда он госпитализирован, максимально содействуя обеспечению раннего контакта ребенка с родителями для установления семейного взаимодействия.

Перед главным врачом родовспомогательного учреждения стоит непростая задача по формированию и поддержанию мотивации сотрудников учреждения на участие в работе по профилактике отказов от новорожденных. Выполнению этой задачи будет способствовать:

- регулярное приглашение на линейки и совещания ЛПУ сотрудников службы профилактики отказов (или уполномоченных организаций) с информационным сообщением о ходе реализации планов работы с женщинами, сигналы о которых поступили из данного учреждения;
- информирование сотрудников родильного дома о технологиях работы с женщинами «группы риска»;
- регулярное проведение мероприятий (совместно с органами опеки, службой профилактики отказов), способствующих осознанию сотрудниками целесообразности и важности работы по профилактике отказов;
- обеспечение доступа специалистам ЦПСиД к женщинам, находящимся в до- и послеродовом отделениях, заявивших о желании отказаться от ребенка, а также к женщинам, которые проявляют признаки возможного оставления ребенка в роддоме;
- введение формы отчетности по учреждению, отражающей качество выполнения поставленных перед сотрудниками задач по раннему выявлению и оперативному реагированию на факты намерения отказа от новорожденных.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

Объединение усилий родильных домов и социальных учреждений по профилактике ранних отказов от детей.

С июля 2010 г. по июль 2012 г. в г. Екатеринбурге реализовывался проект «МАМА+: Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста в г. Екатеринбурге».

В рамках проекта был разработан следующий механизм взаимодействия:

Управление здравоохранения администрации г. Екатеринбурга взяло на себя создание документов, регламентирующих доступ работников социальных служб в медицинские учреждения города (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 11).

Центр социальной помощи семье и детям заключил договор с родильным домом, находящимся в этом же районе города (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 10). Соглашение закрепляло конкретного специалиста, который был уполномочен и нес ответственность за передачу информации об отказе и описывал действия специалистов в случае выявления женщин, намеренных отказаться от ребенка.

Специалисты проекта производили регулярные выходы на линейки в женские консультации, детские поликлиники и родильные дома. Специалисты проекта делали презентации своих услуг, оказываемых женщинам в трудной жизненной ситуации, направленных на

профилактику отказов. Производили знакомство врачей с системой направления на социальное сопровождение и устанавливали договоренности о получении обратной связи от врачей по выдаваемым женщинам направлениям.

Когда сотрудники роддома узнавали о случае отказа (даже потенциальном), они передавали информацию в ЦСПСиД.

Команда специалистов проекта (психолог и/или специалист по социальной работе) оперативно (в течение нескольких часов) выходили в роддом, проводили консультирование женщины, заявившей об отказе от своего ребенка.

Если после первых консультаций женщина принимала решение оставить ребенка, она бралась на сопровождение в ЦСПСиД и продолжала получать услуги центра до стабилизации своей ситуации.

В случае отказа от ребенка, если была хотя бы маленькая надежда на воссоединение мамы и ребенка, специалисты продолжали сотрудничать с мамой, помогать ей выйти из сложной ситуации.

В результате выходов специалистов проекта «МАМА+» в родильные дома к женщинам, выразившим намерение отказаться от ребенка, 84 отказа аннулировано и 88 детей сохранено в семьях, что составило 46 % от общего количества выходов на заявленные отказы.

**Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей
для среднего персонала родильного дома**

Предотвращение отказов от новорожденных в ЛПУ, в частности, в учреждениях родовспоможения, является одним из приоритетов в работе по сокращению социальных сирот в России и защиты прав детей.

Задачей каждого сотрудника родильного дома является раннее выявление женщин, планирующих/вынужденных отказаться от ребенка, прояснение возможных причин и обстоятельств отказа и подключение к работе психолога, социального работника, юриста организаций, уполномоченных осуществлять деятельность по профилактике отказов от ребенка. Участие в профилактике и в защите прав и интересов несовершеннолетнего – законодательно установленная обязанность ЛПУ и его работников.

Сотрудники учреждения родовспоможения должны:

- быть информированы по проблемам психосоциальной поддержки женщин в дородовый и послеродовый период;
- быть информированы о доступных бесплатных услугах, которые могут быть предоставлены женщине в учреждениях социальной защиты;
- знать специфику психологического/ физического состояния женщин группы риска во время беременности;
- иметь навыки позитивного общения с клиентами этой целевой группы, уметь эффективно и доступно доносить до них информацию;
- не допускать дискриминирующего поведения и высказываний в адрес женщин, планирующих/вынужденных отказаться от ребенка;
- иметь представление о принципах сообщения матери о болезни или пороке развития у ее новорожденного;
- обладать навыками работы в междисциплинарной команде.

Во время выполнения текущих обязанностей необходимо обращать внимание на признаки, указывающие на высокую вероятность отказа от ребенка:

- 1) прямые высказывания женщины о намерение отказаться от ребенка;
- 2) выражение пациенткой сомнения в том, что она заберет ребенка из роддома;
- 3) пациентка поступает без паспорта или путается в информации о себе, отказывается отвечать на вопросы о себе;
- 4) пациентка поступает без медицинских документов и предварительного обследования;
- 5) пациентка поступает в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- 6) пациентка неохотно, сбивчиво сообщает о месте постоянного жительства;
- 7) пациентка отказывается видиться с новорожденным или кормить его;
- 8) пациентка стремится покинуть отделение;
- 9) пациентку не навещают родные, близкие;
- 10) возраст пациентки до 18 лет;
- 11) депрессивное состояние пациентки;
- 12) рождение у пациентки ребенка с нарушениями в развитии.

Кроме того, сотрудникам учреждения могут стать известны обстоятельства, которые в сочетании с перечисленными признаками позволяют отнести женщину к группе риска отказа от новорожденного:

- эмоциональные, психические, личностные проблемы и расстройства у пациентки, в том числе психологическая и социальная «незрелость»;
- проблемное употребление алкоголя или/и наркотиков пациенткой или ближайшими членами ее семейного окружения;
- социально опасное заболевание у пациентки (ВИЧ, гепатиты В, С, туберкулез и др.);
- внезапная утрата здоровья у пациентки или у ее близких родственников;
- наличие подтвержденной информации о случае отказа/намерении отказа от ребенка в прошлом.

Безусловно, не все женщины, у кого есть косвенные признаки и обстоятельства, относящие их к группе риска, обязательно откажутся от ребенка, поэтому стоит воздерживаться от предвзятого отношения к этим пациенткам и дискриминирующих высказываний в их адрес.

Профилактика ранних отказов от детей с врожденными пороками развития (ВНР) и новорожденных с экстремально низкой массой тела в постнатальный период имеет свои особенности в связи с тем, что в большинстве случаев наличие патологии развития у ребенка является неожиданностью для родителей. Матери, находясь в состоянии психологического стресса, способны к импульсивным действиям заранее не высказывая прямого желания отказаться от ребенка. Обеспечение благоприятных условий для сообщения диагноза и оперативного психолого-социального сопровождения матери с учетом данной специфики является необходимой мерой по предотвращению возможного отказа и сохранению ребенка в кровной семье.

Выявить пациентку с фактом (угрозой) отказа может любой сотрудник учреждения. Его задача – незамедлительно сообщить об этом специалисту учреждения, ответственному за оформление и передачу сигнала специалистам учреждений или организаций, уполномоченных работать с клиентами данной целевой группы.

Основные этапы деятельности специалистов учреждения родовспоможения по профилактике отказов от новорожденных:

1. Выявление женщины с фактом (угрозой) отказа.

Выявить такую женщину может любой сотрудник учреждения в процессе реализации текущей деятельности.

2. Передача информации ответственному лицу.

Задача специалиста, выявившего женщину, планирующую/вынужденную отказаться от ребенка, – незамедлительно сообщить об этом ответственному в данном учреждении за оформление и передачу сигнала в уполномоченные организации (органы опеки, службы профилактики отказов и др. (если таковой не назначен – своему непосредственному руководителю).

3. Регистрация выявленного случая.

Ответственный за оформление и передачу сигнала в течение 30 минут оформляет (если предусмотрен журнал учета или сигнальный лист) сигнал для передачи его в уполномоченную организацию.

4. Передача сигнала в уполномоченную организацию.

Сигнал передается телефонограммой, желательно не позднее 1 часа с момента выявления случая (из-за возможности самовольного ухода женщины из родильного дома).

**Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей
для специалистов органов управления и учреждений системы
социальной защиты населения**

Описание явления

Одним из ключевых критериев оценки эффективности системы защиты детей является показатель социального сиротства. Профилактика социального сиротства – приоритет социальной политики РФ, главная цель – реализация права ребенка жить и воспитываться в семье, прежде всего в кровной, посредством создания эффективной системы работы с семьями и детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации.

Среди прочих причин, по которым ребенок остается без попечения родителей, – отказ матерей от новорожденных. Лишение с рождения родительской заботы и семейного воспитания негативно отражается на развитии и социализации человека в течение всей жизни.

В действующем российском законодательстве термин «отказ от ребенка» не используется. С правовой точки зрения оформление отказа означает, что:

- 1) в роддоме женщина написала заявление о согласии на усыновление;
- 2) роженица самовольно покинула роддом/больницу, не написав упомянутого заявления, сотрудники учреждения оформили «Акт об оставлении ребенка в лечебно-профилактическом учреждении»;
- 3) в сложных жизненных обстоятельствах женщина, в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об опеке и попечительстве» (№ 48-ФЗ от 24.04.2008 г.), написала в орган опеки и попечительства заявление о назначении ребенку опекуна или попечителя на определенный ею период, в который она не может исполнять свои родительские обязанности (так называемый «временный отказ»), а органы опеки в свою очередь на основании заявления оформили акт о назначении опекуна или попечителя с определенным сроком действия его полномочий.

Практика показывает, что часто женщины оставляют своего ребенка вопреки своим желаниям и интересам. Своевременное и оперативное предоставление необходимой поддержки приводит к тому, что многие меняют свое решение.

Таким образом, очевидно, что женщины, планирующие или вынужденные отказать от ребенка и находящиеся в трудной жизненной ситуации, могут являться клиентами органов и учреждений социальной защиты населения

Цифры и факты

Российская статистика свидетельствует, ежегодно регистрируется 12–16 тыс. случаев отказа от детей в родильных домах (что составляет 5 % от числа социальных сирот). Ежегодный рост численности детей в возрасте от 0 до 12 месяцев, находящихся в домах ребенка, указывает на то, что отказов не становится меньше. Поскольку официальные данные ведомственной статистики не учитывают тех «отказников», которые были усыновлены или переданы под опеку до того, как по-

пали в дома ребенка или в течение года после этого, а также тех, кто длительное время находится в лечебно-профилактических учреждениях, фактически данное явление имеет гораздо большие масштабы.

Предотвращение только одного отказа от новорожденного позволит экономить бюджету до 500 тыс. рублей в год, существенно снизить показатели сиротства в регионе. Практика показывает, что при организации работы по предотвращению отказов от новорожденных удастся добиться успеха в 30–40 % случаев.

Меры принимаемые в настоящее время

В Российской Федерации на региональном и муниципальном уровне сформирована разветвленная сеть учреждений социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации. В ряде регионов на базе учреждений социального обслуживания населения созданы службы профилактики отказов от новорожденных. Реализуются программы и проекты, направленные на усовершенствование механизмов взаимодействия с учреждениями здравоохранения, с целью снижения показателей отказов от новорожденных и организации работы по сохранению новорожденного в семье, а также помощи женщинам, планирующим или вынужденным отказаться от ребенка. Проводится работа по профилактике нежелательной беременности, защиты от насилия в различных социальных группах девушек и женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации. Развивается экстренная психологическая помощь по телефону, Интернету как способ получения оперативной помощи женщинами, планирующим или вынужденным отказаться от ребенка. Формируется система абилитации новорожденных детей с патологиями здоровья и врожденными аномалиями.

К сожалению, такая работа является, скорее, частной инициативой энтузиастов и не приобрела системный характер.

Возможности для дальнейших действий

Органы и учреждения социальной защиты населения, осуществляющие работу на региональном и муниципальном уровнях, имеют большой потенциал для создания механизма предотвращения отказов от новорожденных. Реализация этого потенциала связана как с «приспособлением» традиционных видов помощи семьям с детьми в трудной жизненной ситуации: материальная поддержка, клубная работа, консультирование и т. д., так и с внедрением инновационных форматов работы. Обязательно необходимы разработка и принятие нормативно-правовых документов на уровне отрасли и учреждений, институализирующих работу социальных служб по предотвращению отказов от новорожденных.

В первую очередь важным представляется разработка и внедрение в повседневную практику системообразующего элемента в работе по предотвращению отказов – специализированной услуги/службы по профилактике отказов от новорожденных в структуре существующих услуг/ подразделений учреждений социального обслуживания населения (центры социальной помощи семье и детям, кризисные центры для женщин и т. п.).

В условиях, когда отдельной услуги по профилактике отказов не создано, будут эффективны следующие виды работ:

- выявление случаев, когда женщина планирует или вынуждена отказаться от ребенка;

- активное и постоянное взаимодействие с медицинскими учреждениями (детские больницы/поликлиники, женские консультации, родильные дома) для максимально раннего выявления случаев возможного отказа;
- выход в родильные дома для проведения консультаций с женщиной, заявившей о намерении отказаться от ребенка;
- предоставление услуг по социально-психологической реабилитации женщин, планирующих и/или вынужденных оставить детей;
- реализация программ постинтернатного социального сопровождения выпускниц детских домов;
- развитие института принимающих семей и гостевых семей, куда можно временно поместить ребенка или женщину, планирующую или вынужденную отказаться от новорожденного, вместе с ним на период, необходимый для решения (облегчения) имеющихся проблем;
- создание услуг по временному проживанию женщин с детьми: отделений временного и/или дневного пребывания для женщин с новорожденными (при патронаже – малолетними) детьми, социальном сопровождении принимающих семей с функцией наставничества;
- развитие инфраструктуры абилитации детей с патологиями здоровья, врожденными аномалиями, рожденными с экстремально низкой массой тела посредством создания служб раннего вмешательства;
- создание пунктов проката средств по уходу за ребенком первого года жизни;
- внедрение реабилитационных услуг для беременных женщин с проблемным употреблением наркотиков и/или алкоголя;
- организация реабилитационной работы с социальным окружением женщины, планирующей или вынужденной отказаться от ребенка;
- распространение информации, способствующей снижению дискриминации женщин, планирующих или вынужденных отказаться от ребенка.

**Краткая информация о проблеме ранних отказов от детей
для сотрудников средств массовой информации**

Масштабы социального сиротства в Российской Федерации чрезвычайно велики, при этом значительное число детей-сирот лишены семейного окружения и воспитываются в учреждениях интернатного типа. Среди социальных сирот около 5 % (10–12 тыс. детей) – это младенцы, которые остаются без попечения родителей уже в родильных домах вследствие отказа от них. До сих пор нет точного учета числа отказов, но об их росте косвенно свидетельствует рост численности детей в возрасте до 12 месяцев, находящихся в домах ребенка, хотя именно детей младшего возраста усыновляют (удочеряют) достаточно активно.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

В период с 2002 по 2009 г. среднее число отказов от детей в родильных отделениях г. Екатеринбурга составило 200 в год (1,3 % от общего количества рожденных детей).

Проблема отказов от детей и пренебрежения их нуждами в семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией, является еще более актуальной. Так, в 2009 г. в Свердловской области прошло 993 родов у ВИЧ-инфицированных женщин, в 2010-м – 1062. 6,1 % (61 ребенок и 65 детей соответственно) стали социальными сиротами в результате отказов от детей в родильном доме или изъятия органами опеки и попечительства, вызванного жестоким обращением или пренебрежением нуждами ребенка.

Врачам и психологам хорошо известно, что быстрее всего ребенок развивается в младенческом возрасте. В первые дни и месяцы жизни ребенку наиболее необходим постоянный телесный контакт с матерью: именно на первом году жизни у ребенка формируется особое свойство психики – способность формировать устойчивую эмоциональную привязанность к близкому, которая в дальнейшем становится «двигателем» для его развития. Без нее новорожденный подвергается угрозе задержки психического, эмоционального и социального развития. Один месяц проживания ребенка в госучреждении отбрасывает психо-эмоциональное развитие ребенка на два месяца. В изоляции от матери уже к году ребенок невосполнимо утрачивает часть интеллектуального и эмоционального потенциала, который получил при рождении.

Приоритет государственной социальной политики в сфере социального сиротства – это сохранение семей, сокращение числа случаев лишения родительских прав и, в том числе, в результате отказов от младенцев. Лучший опыт по профилактике отказов от младенцев отдельных регионов показывает, что на этапе, когда мать сообщает о желании отказаться от новорожденного, как минимум в 1/3 случаев ее решение все же можно изменить, если матери оказана психологическая поддержка и адекватные ее потребностям на тот момент социальные услуги.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

С июля 2010 г. по июль 2012 г. в г. Екатеринбурге реализовывался проект «МАМА+: Репликация модели комплексной помощи женщинам с детьми раннего возраста в г. Екатеринбурге».

За время работы проекта на сопровождении находилось 253 семьи и 425 детей. В том числе 54 семьи, затронутых ВИЧ. 176 семей получили материальную помощь (комплекты на выписку для новорожденных детей, детское питание, подгузники, одежду и обувь, продукты питания, коляски, кровати), девять матерей с детьми воспользовались услугой временного жилья. 42 ребенка воспользовались услугой дневного пребывания (с февраля по июнь 2012 г.).

В результате выходов специалистов проекта «МАМА+» в родильные дома к женщинам, выразившим намерение отказаться от ребенка, 84 отказа аннулировано и 88 детей сохранено в семьях, что составило 46 % от общего количества выходов на заявленные отказы.

Шестеро детей возвращено из детских больниц и домов ребенка в кровные семьи.

Сохранение ребенка в кровной семье – не только в интересах самого ребенка и его родителей, это также выгодно обществу и государству:

1. Затраты на содержание одного сироты в доме ребенка в течение года сопоставимы с затратами на успешное предотвращение примерно девяти отказов.
2. Практика общественников и отдельных учреждений показывает, что для помощи в разрешении трудной жизненной ситуации семьи (матери) и устранения (минимизации) причин отказов, как правило, достаточно уже имеющихся ресурсов учреждений, вовлеченных в профилактику.
3. Опыт организаций, занимающихся деятельностью по профилактике отказов от новорожденных детей, показывает, что семьи, которые однажды переложили ответственность за воспитание ребенка на других, с гораздо большей вероятностью могут сделать это и в будущем.
4. Лишение/отказ от родительских прав резко понижает статус семьи и в глазах окружающих, и в собственных глазах, тем самым уменьшает шансы на преодоление семьей кризисного состояния. Усилия матери (семьи) по исправлению своей жизненной ситуации и сохранению ребенка, наоборот, повышают шансы семьи преодолеть и другие трудности. Согласно данным НИИ профилактической психиатрии НЦ ПЗ РАМН, в 80 % случаев матери, отказавшихся от своих новорожденных детей, страдают от тяжелого чувства вины, которое вызывает подавленное состояние, вплоть до развития депрессии.

Поскольку в последние годы статистика отказов не улучшается, это указывает на недостаточность и низкую результативность принимаемых мер по предотвращению отказов от новорожденных. Среди главных причин этого:

- разрозненность целей и усилий субъектов профилактики, отсутствие комплексного подхода у разных ведомств и органов;
- ориентация органов опеки и попечительства, работников домов ребенка на устройство оставшихся без попечения новорожденных в приемные семьи или интернаты вместо попытки сохранить ребенка в кровной семье;
- отсутствие в женских консультациях и роддомах целенаправленной работы по выявлению пациенток «группы риска» по проблеме отказа;
- отсутствие в медицинских учреждениях специалистов (психологов, социальных работников и др.) и/или служб, имеющих навыки работы со случаями отказа.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

По словам заместителя начальника Управления здравоохранения администрации Екатеринбурга **Ларисы Викторовны Рожковой**, профилактика отказов от детей является проблемой не только государства, но и всего общества. В связи с этим, тесная связка между медицинскими, социальными учреждениями и некоммерческими организациями стала вполне логичной.

Отдельного упоминания заслуживает распространение мифов, профессиональных стереотипов и предубеждений в отношении женщин, семей, отказывающихся от детей, а также в отношении причин отказов. Безусловно, отказ родителей от ребенка – один из случаев безнадзорности, пренебрежения потребностями ребенка, иногда и жестокости по отношению к нему. Однако бедность, плохие жилищные условия и образ жизни матерей не являются сами по себе достаточными причинами для решения, что такие матери не могут обеспечить достаточную родительскую заботу. Отцы детей часто вообще не рассматриваются в качестве воспитателей детей, т. е. не воспринимаются ресурсным источником в сложившейся ситуации. Практика показывает, что при грамотно организованной работе с отцом ребенка и его окружением в большом числе случаев удается добиться их включения в заботу о ребенке.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

По словам координатора проекта **Александры Мелях**: «Иногда вполне достаточно наладить отношения между отцом ребенка и женщиной или помирить ее со своими родителями. Также иногда важно помочь в поиске работы или оказать материальную помощь. Это позволит женщине начать жить полноценной жизнью и не бояться воспитывать своего ребенка. Что касается женщин с ВИЧ, то часто здесь просто необходимо объяснять мамам, что их статус – это еще не приговор для ребенка, а она с ВИЧ-инфекцией может продолжать нормально жить еще долгие годы».

Наличие ВИЧ-диагноза не является причиной для ограничения права женщины родить ребенка, поэтому нельзя оправдать советы женщинам с ВИЧ-диагнозом прервать беременность или отказаться от ребенка.

Зачастую женщины узнают о наличии у них ВИЧ-инфекции во время беременности. В быденном сознании вместе с уверенностью о смертельности и неизлечимости ВИЧ-инфекции закрепились такие предрассудки, как стопроцентная передача ВИЧ-инфекции будущему ребенку от матери, а также представление, что полноценная жизнь с ВИЧ-инфекцией невозможна. По статистике Центра СПИДа, 19,9 % женщин, у которых был выявлен диагноз ВИЧ-инфекция в женской консультации, не обратились к врачам-инфекционистам, а следовательно, не принимали препараты для профилактики инфицирования ребенка. 19,1 % детей с диагнозом ВИЧ родились от ВИЧ-инфицированных женщин, не обратившихся во время беременности ни в женскую консультацию, ни к врачам-инфекционистам.

Услуги по профилактике отказов от новорожденных на региональном (местном) уровне чаще всего могут быть реализованы на базе одного или нескольких ведомств:

- социальной защиты – в центрах социальной помощи семье и детям;
- здравоохранения – в лечебно-профилактических учреждениях;
- вневедомственная – в некоммерческой организации.

Регулярные сообщения в СМИ о ресурсах помощи женщинам, планирующим/вынужденным отказаться от ребенка, будут способствовать повышению эффективности кампаний по профилактике отказов от новорожденных детей. Освещение тем, связанных с проблемой отказов от детей, должно быть как можно более широким. При этом иногда возможно появление искушения придать ей оттенок сенсации, что объясняется самим характером подобных решений, за которым скрываются подлинные человеческие драмы. Нужно отдавать себе отчет, что неосторожное/грубое вмешательство в эту деликатную тему может повлиять на судьбы многих живых людей (ребенка, матери, других детей в этой семье, ближайшего окружения), окончательно лишив новорожденного ребенка шанса воспитываться в своей семье.

СМИ могут играть активную роль в общественных обсуждениях и формировании политики в данной области благодаря возможности выступать в поддержку определенных конкретных мер, таких как:

- содействие более активному использованию временной опеки с активной работой с кровной семьей ребенка;
- создание инфраструктуры временного проживания для матерей с детьми в трудной жизненной ситуации в регионах и муниципалитетах;
- выделение средств из бюджетов различных уровней на внедрение инновационных услуг для таких семей: бытовой патронаж, домашние помощники и проч.;
- снижение стигматизации женщин, планирующих/вынужденных отказаться от ребенка.

Опыт работы в г. Екатеринбурге

В рамках проекта «МАМА+» в Екатеринбурге было сделано 54 публикации в СМИ, а также объявлен конкурс журналистских работ «Женщина с ВИЧ – мама!».

Темы для журналистских работ, предложенные в качестве примеров:

- 1) «Разработка и внедрение новых технологий в устаревшую систему помощи матери и ребенку». Сотрудничество НКО и госсектора в профилактике социального сиротства.
- 2) «Неравный старт». Что теряет ребенок, воспитываясь в государственных учреждениях.
- 3) «8 из 10 детей никогда не узнают, что такое детский дом, если вовремя помочь их семьям». Как преодоление трудной жизненной ситуации способствует сохранению ребенка в семье.
- 4) «Женщина с ВИЧ – мама!». При оказании необходимой помощи женщина с ВИЧ может родить и воспитать здорового ребенка.
- 5) «Новые программы НКО по взаимодействию медучреждений и соцслужб для матерей на грани отказа от ребенка». Создание сети медицинских и социальных учреждений для оказания своевременной помощи женщинам в трудной жизненной ситуации и эффективного предотвращения социального сиротства.

Список терминов и сокращений

Антиретровирусная терапия – комплекс специфических препаратов против ВИЧ-инфекции (ВИЧ относится к семейству ретровирусов), позволяющих снизить концентрацию вируса в крови до минимального уровня, тем самым уменьшая риск развития оппортунистических заболеваний и позволяя иммунитету восстановиться в достаточной степени, чтобы организм самостоятельно боролся с большинством заболеваний.

ВИЧ-инфекция – медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека, поражающего иммунную систему, в результате чего организм становится высоко восприимчив к оппортунистическим инфекциям и опухолям, которые в конечном итоге приводят к гибели больного. ВИЧ передается при прямом контакте слизистых оболочек или крови с биологическими жидкостями, содержащими вирус, например, с кровью, спермой, секретом влагалища или с грудным молоком. ВИЧ-инфекция не передается через слюну и слезы, а также бытовым путем. Передача ВИЧ может происходить при анальном, вагинальном или оральном сексе, переливании крови, использовании зараженных игл и

шприцев; от матери к ребенку во время беременности, родов или при грудном вскармливании через грудное молоко.

ВИЧ-диссидентство – движение по отрицанию ВИЧ/СПИДа. Отрицает общепринятую доказанность того, что вирус ВИЧ является инфекционным агентом СПИДа. Некоторые из участников движения отрицают факт существования и выделения вируса ВИЧ, а болезнь СПИД признают результатом различных факторов неинфекционной природы. Участников движения иногда называют «диссидентами СПИДа».

Гепатит В – вирусное заболевание, возбудителем которого является вирус гепатита В. Вирус отличается чрезвычайно высокой устойчивостью к различным физическим и химическим факторам внешней среды. Около двух миллиардов человек во всем мире были инфицированы этим вирусом, более 350 миллионов человек больны. Механизм передачи инфекции парентеральный. Заражение происходит естественным (половой, вертикальный, бытовой) и искусственным (парентеральный) путями. Вирус присутствует в крови и различных биологических жидкостях. Заразность вируса гепатита В превышает заразность ВИЧ в 100 раз.

Гепатит С – вирусное заболевание с парентеральным механизмом заражения. Источником инфекции являются больные с активным гепатитом С или носители вируса. HCV-инфекция является инфекцией с парентеральным механизмом заражения – через инфицированную кровь и ее компоненты.

Дискриминация (лат. discriminatio «различение») – неоправданное различие в правах и обязанностях человека по определенному признаку. В качестве признака может выступать любое значимое отличие человека, например, раса, национальность, гражданство, родство, пол, религиозные убеждения, сексуальная ориентация, возраст, заболевание, род занятий и т. д.

ЛЖВС – люди, живущие с ВИЧ/СПИДом.

РЦ – реабилитационный центр.

СОРЦ – Свердловский областной реабилитационный центр.

СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита. Состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции, характеризующееся падением числа CD4+ лимфоцитов, множественными оппортунистическими инфекциями, неинфекционными и опухолевыми заболеваниями.

Стигматизация (от греч. στίγμα – ярлык, клеймо) – клеймение. Навешивание социальных ярлыков, ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана.

ТЖС – тяжелая жизненная ситуация.

ЦСПСиД – Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Центр социальной помощи семье и детям».

Список литературы

Инновационная технология оказания социальной помощи женщинам и детям: Проект «Временное жилье для нуждающихся матерей» в Свердловской области // Метод. материалы. Екатеринбург, 2011. 96 с.

Методические рекомендации по организации социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин с детьми в государственных учреждениях социального обслуживания населения / под ред. М. В. Жуковой. СПб., 2009. 109 с.

Основные показатели здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений г. Екатеринбурга за 2011 г. Екатеринбург, 2012. 40 с.

Профилактика отказов от детей при рождении // Материалы для специалистов и руководителей систем здравоохранения и социальной защиты, органов опеки и попечительства. М., 2011. 106 с.

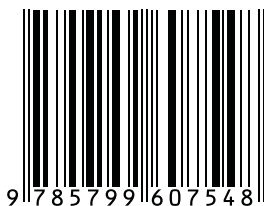
Руководство по сохранению семейного жизнеустройства детей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции. СПб., 2011. 174 с.

Методические материалы

**Информационно-методические материалы
по сохранению семейного жизнеустройства детей
из семей в трудной жизненной ситуации,
в том числе затронутых проблемой ВИЧ-инфекции**

Редактор *Е. Е. Крамаревская*
Компьютерная верстка *Е. Р. Даурова*
Ответственный за выпуск *Н. А. Юдина*

ISBN 978-5-7996-0754-8



Подписано в печать 04.10.2012. Формат 60×84 ¹/₁₆.
Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 7,7. Тираж 500 экз. Заказ № 2155.

Издательство Уральского университета
620000, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4

Отпечатано в типографии Издательско-полиграфического центра УрФУ
620000, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4
Тел.: +7 (343) 350-56-64, 358-93-22
Факс: +7 (343) 358-93-06
E-mail: press.info@usu.ru