



# Профилактика отказов от детей при рождении

**Материалы для специалистов и руководителей  
систем здравоохранения и социальной защиты,  
органов опеки и попечительства**

# Профилактика отказов от детей при рождении

**Материалы для специалистов и руководителей  
систем здравоохранения и социальной защиты,  
органов опеки и попечительства**



УДК 364.65-053.31:347.6  
ББК 65.272+67.404.4  
П84

Информационно-методические материалы по вопросам профилактики отказа от детей при рождении разработаны группой экспертов из государственных и общественных учреждений и организаций, работающих в сфере поддержки семей с детьми. Координация работы осуществлялась Национальным фондом защиты детей от жестокого обращения при поддержке Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ).

Информационно-методические материалы разрабатывались с учетом международного и российского опыта по поддержке семей с детьми и адресуются руководителям и специалистам региональных органов управления, учреждений здравоохранения, социальной защиты опеки и попечительства, а также – заинтересованных средств массовой информации.

**П84 Профилактика отказов от детей при рождении.** Материалы для специалистов и руководителей систем здравоохранения и социальной защиты, органов опеки и попечительства. – М.:Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011 – 106 с.  
**ISBN 978-5-9903016-6-5**

**Содержание данного документа не может рассматриваться как официальная политика или взгляды ЮНИСЕФ.**

**ББК 65.272+67.404.4**

**ISBN 978-5-9903016-6-5**

© Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) 2011

## Оглавление

|                                                                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ<br>РАННИХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ .....                                                                                              | 8  |
| 1. АКТУАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО<br>ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА<br>(РАННИХ ОТКАЗОВ) .....                                                    | 8  |
| 2. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ<br>ВЛИЯНИЯ НА ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ ОТ РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ .....                                                                    | 10 |
| 3. ПОСТРОЕНИЕ МОДЕЛИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ<br>ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОТКАЗОВ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ .....                                                                    | 13 |
| 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....                                                                                                                                                              | 21 |
| РОЛЬ ОРГАНОВ ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ<br>ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ .....                                                                                              | 22 |
| РОЛЬ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ<br>В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ .....                                                                             | 31 |
| РОЛЬ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ И УЧРЕЖДЕНИЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ<br>ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ .....                                                         | 42 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей<br>для руководителей и должностных лиц, принимающих решения на<br>региональном и муниципальном уровне ..... | 52 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Методические подходы к решению проблемы ранних<br>отказов от детей на региональном и муниципальном уровне .....                                                    | 55 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Пример региональных нормативных документов по вопросам<br>профилактики социального сиротства – Волгоградская область .....                                         | 63 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей<br>для специалистов органов опеки и попечительства .....                                                    | 81 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей<br>для персонала женской консультации .....                                                                 | 84 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей<br>для главного врача родильного дома .....                                                                 | 87 |

|                                                                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей<br>для среднего и младшего медицинского персонала родильного дома.....                          | 90  |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей<br>для главного врача дома ребенка.....                                                         | 93  |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей<br>для специалистов органов управления и учреждений системы социальной<br>защиты населения..... | 96  |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей<br>для сотрудников средств массовой информации.....                                            | 99  |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 11. Дополнительные информационно-методические ресурсы.....                                                                                                | 102 |

Государства, участники Конвенции о правах ребенка, в соответствии со Статьей 4 Конвенции, принимают все необходимые законодательные, административные и другие меры для осуществления прав ребенка. Статья 7 Конвенции гарантирует право каждого ребенка на регистрацию сразу после рождения и с момента рождения – право на имя, на приобретение гражданства, а также, насколько это возможно, право знать своих родителей и право на их заботу, а Статья 9 требует от государств-участников обеспечения того, чтобы ребенок не разлучался со своими родителями, вопреки их желанию, за исключением случаев, когда компетентные органы, согласно судебному решению, определяют, что такое разлучение необходимо в наилучших интересах ребенка.

Информационно-методические материалы по вопросам профилактики отказа от детей при рождении разработаны группой экспертов из государственных и общественных учреждений и организаций, работающих в сфере поддержки семей с детьми. Координация работы осуществлялась Национальным фондом защиты детей от жестокого обращения при поддержке Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ).

В состав группы разработчиков материалов входили:

**Д.И. Зелинская** – д.мед.наук, профессор, руководитель кафедры сестринского дела Российской медицинской академии последипломного образования, эксперт Национального фонда защиты детей от жестокого обращения, г. Москва.

**И.М. Зинченко** – руководитель программного отдела Благотворительной компании «Эвричайлд», г. Санкт-Петербург.

**Н.Б. Костенко** – канд.психол.наук, Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, г. Москва.

**Е.В. Кожевникова** – научный консультант Санкт-Петербургского Института ран-

него вмешательства, канд.биол.наук.

**М.А. Костенко** – канд.социол.наук, Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, г. Москва.

**А.М. Марова** – президент НГОО «Сиб-Мама», эксперт Национального фонда защиты детей от жестокого обращения, г. Новосибирск.

**Н.А. Охотникова** – канд.психол.наук, специалист Благотворительной компании «Эвричайлд», старший преподаватель факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного Университета.

**Н.Ф. Ригина** – директор по взаимодействию с госструктурами и международному сотрудничеству Благотворительного фонда «Даунсайд Ап», г. Москва.

**С.В. Самойлова** – заместитель министра социального развития Саратовской области.

**Л.К. Самошкина** – начальник отдела Департамента здравоохранения Тверской области.

**Е.В. Тришина** – начальник отдела по делам семьи управления по социальной защите населения администрации Волгоградской области.

**С.Г. Чудова** – зав.кафедрой социальной работы Алтайского Государственного Университета, канд.социол.наук, г. Барнаул.

**С.П. Борзов** – старший советник, Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, г. Москва.

**Л.В. Байбородова** – координатор, Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, г. Москва.

Информационно-методические материалы разрабатывались с учетом международного и российского опыта по поддержке семей с детьми и адресуется руководителям и специалистам региональных органов управления, учреждений здравоохранения, социальной защиты опеки и попечительства, а также – заинтересованных средств массовой информации.

## Понятия, термины и сокращения

**ВПР** – врожденные патологии развития у ребенка.

**Женщина, планирующая или вынужденная отказаться от ребенка** – беременная женщина или роженица, выразившая в устной форме желание оставить ребенка после его рождения или оформившая заявление о согласии на его усыновление.

**Замещающая семья** – не юридический термин. Он применяется для обозначения различных типов семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей: семей усыновителей, опекунов, попечителей, приемных семей, детских домов семейного типа. Статья 4 **Декларации о социальных и правовых принципах, касающихся защиты и благополучия детей, особенно при передаче детей на воспитание и их усыновлении на национальном и международном уровнях** (принята резолюцией 41/85 Генеральной Ассамблеи ООН от 3 декабря 1986 года), предусматривает возможность воспитания ребенка в замещающей семье. Декларация выстраивает приоритет устройства ребенка: передачу родственникам семьи ребенка, далее – замещающей семье, и в последнюю очередь, в соответствующее интернатное (специальное) учреждение.

**Куратор случая** – специалист, координирующий разработку и исполнение плана по реабилитации женщины (семьи), планирующей/вынужденной отказаться от своего ребенка.

**КПР** – Конвенция о правах ребенка.

**ЛПУ** – лечебно-профилактическое учреждение.

**Мобильная бригада** – междисциплинарная группа специалистов службы профилактики отказов от новорожденных, осуществляющая выезд и консультирование женщины (семьи), планирующей/вынужденной отказаться от своего ребенка, непосредственно в лечебно-профилактических учреждениях или по месту жительства.

**Младенец** – ребенок в возрасте от рождения до двух лет жизни.

**Наставничество, гостевой режим, семья выходного дня, домашний помощник** – формы помощи ребенку (матери и ребенку), направленные на поддержание безопасного пребывания ребенка в его кровной семье.

**Новорожденный** – ребенок с момента рождения и до 28-го дня своей жизни.

**НПО** – неправительственная организация.

**ООН** – Организация Объединенных Наций.

**ООП** – органы опеки и попечительства.

**Профилактика отказов от новорожденных** – комплекс мер поддержки семьи (матери или беременной женщины), направленных на сохранение ребенка в кровной семье, в случае когда его родители (в п.о., женщина) намерены/вынуждены выразить согласие на усыновление ребенка другими людьми, или женщина покидает родильный дом без составления необходимых документов, оставив ребенка.

**Ранние отказы** – самоустранение родителей от ухода и воспитания своих детей сразу после их рождения, как правило, непосредственно в учреждениях/отделениях родоразрешения.

**Реабилитационный потенциал** (семьи, женщины, ребенка и т.д.) – обобщенный показатель сохранившихся (неповрежденных) ресурсов человека, оказавшего в трудной жизненной ситуации; совокупность биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих при создании определенных условий в той или иной степени восстановить или компенсировать нарушенные сферы жизнедеятельности, реализовать потенциальные способности, интегрироваться в общество.

**Реабилитационный план** (программа) – комплекс мероприятий, целью которых является нейтрализация (минимизация) выявленных факторов, способствующих возникновению факта нарушения прав ребенка. Обычно содержит описание порядка действий и/или мероприятий по решению актуальных проблем клиента, их частоты и продолжительности, ответственных за выполнение, способов (методов) и сроков контроля исполнения и оценки качества.

**Ребенок** – в соответствии со Статьей 1 Конвенции о правах ребенка, ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее.

**Специалист социальной службы** – любой специалист учреждений системы социального обслуживания населения (имеющий необходимое образование и квалификацию), вовлеченный в работу по предотвращению отказов от новорожденных (специалист по социальной работе, психолог, социальный педагог, социальный работник и др.).

**ТЖС** (трудная жизненная ситуация) – ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом членов семьи, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и тому подобное), которую он не может преодолеть самостоятельно...

**ЮНИСЕФ** – Детский фонд ООН.

## МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ РАННИХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ

### 1. АКТУАЛЬНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА (РАННИХ ОТКАЗОВ).

Система защиты детства объединяет деятельность различных структур и ведомств, негосударственных организаций на федеральном, региональном и местном уровне. Одним из ключевых показателей ее результативности является уровень социального сиротства. Профилактика социального сиротства определена Российской Федерацией в качестве одного из приоритетных направлений социальной политики, главная цель которой – реализация права ребенка воспитываться в семье, прежде всего, в кровной. Обеспечению такого права должно служить создание эффективной системы работы с семьями и детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации.

Несмотря на наметившееся с 2006-2007 гг. сокращение ежегодного числа выявлений детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в России проблема сиротства, и особенно социального сиротства, сохраняет свою остроту. Согласно официальной статистике, в 2009 г. этот показатель в нашей стране составлял 106716 детей, среди которых большую часть составляли социальные сироты.

Одной из причин социального сиротства в современной России являются ранние отказы от новорожденных детей. Ежегодно в России социальными сиротами становятся не менее 5% новорожденных (около 12-16 тысяч, по материалам доклада «Исследование причин отказов от ребенка при рождении и путей их профилактики», М., 2008), от которых их матери отказываются уже в родильных домах. Оставление ребенка сразу после его рождения представляется не менее, а в некото-

рых случаях и более пагубным для ребенка, нежели его изъятие из семьи в старшем возрасте, т.к. именно в младенческом возрасте темпы развития ребенка самые высокие. В этот период ребенок приобретает наибольшее число знаний и навыков, а поступающая информация работает на увеличение и усложнение структуры мозга, создавая базу для дальнейшего развития ребенка и во многом определяя его. В этот период требуется постоянное пребывание рядом с младенцем близкого человека, который бы находился в эмоциональном контакте с ребенком.

Результаты исследований, проведенных во многих странах, показывают, что дети, оказавшиеся в результате отказа «ничьими», вынужденные несколько первых месяцев своей жизни провести в больничной палате – без достаточного времени для прогулок, без ярких событий, без игрушек, без общения, без ласковых прикосновений – отстают в развитии от своих сверстников, живущих в семье. Они находятся в состоянии глубокой депрессии со снижением всех витальных функций и уровня физического здоровья. Оказаться в изоляции от матери в больничной палате на несколько месяцев (в некоторых случаях и лет) сразу после рождения – едва ли не худшее, что может произойти с человеком; депривация пагубна для физического, психического здоровья и социального развития младенца.

В связи с этим особое значение приобретает деятельность по профилактике отказов от новорожденных детей.

Высокие показатели отказов от но-

ворожденных сохраняются как за счет матерей и отцов, изначально не планирующих брать на себя заботы по содержанию и воспитанию детей, так и за счет нежелания или неготовности/не способности родителей ухаживать за детьми с особыми потребностями или с тяжелыми заболеваниями, инвалидностью. Так, у ВИЧ-инфицированных матерей при рождении детей отказы происходят в 5-6% случаев, но рано или поздно на попечении государства оказываются 10-15% детей с перинатальным ВИЧ-контактом. Многие семьи оказываются не в состоянии преодолеть отсутствие эффективной государственной системы социальной поддержки для семей в сложной жизненной ситуации.

Распространенное общественное мнение, что принадлежность женщины к маргинальным слоям является важнейшим фактором отказа от ребенка, не соответствует действительности. В настоящее время в российских регионах возрастает тенденция отказов от детей женщин среднего возраста (25-35 лет), оказавшихся в сложной жизненной ситуации, и в половине случаев имеющих уже одного или нескольких детей. Часто они отказываются от ребенка вопреки собственному желанию, не видя другой возможности прокормить ребенка и предоставить ему проживание в нормальных бытовых условиях.

В России профилактическое направление деятельности по предупреждению ранних отказов уже получило нормативное и методическое закрепление в ряде регионов и успешно используется учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты, другими службами в рамках реализации региональных целевых программ по ряду направлений:

- замещающая забота о детях, оставшихся без попечения родителей;
- интеграция детей с особыми потреб-

ностями (ограниченными возможностями здоровья) в среду других («здоровых») сверстников;

- реабилитация «кризисных» семей;
- профилактика ранних отказов.

Ключевыми субъектами системы профилактики социального сиротства является целый ряд государственных ведомств федерального и регионального уровня, органов местного самоуправления:

- органы управления и учреждения социальной защиты;
- органы управления и учреждения образования;
- органы опеки и попечительства;
- органы внутренних дел;
- органы управления и учреждения здравоохранения;
- некоммерческие негосударственные организации.

Ресурсов этих ведомств, учреждений, организаций в большинстве случаев вполне достаточно для разрешения случаев социального неблагополучия матерей и их детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, устранения (минимизации) причин отказов от новорожденных детей. Вместе с тем, особенности организации существующей системы профилактики социального сиротства порождают проблемы:

- отсутствуют четко задокументированные и финансово обеспеченные для выполнения закрепленных обязанностей специалистов учреждений и ведомств по выявлению семей в трудной жизненной ситуации и работе с ними;
- не разработаны четкие механизмы эффективного взаимодействия и координации деятельности учреждений различных ведомств;

- отсутствует оперативная система сбора и обмена информацией, комплексной оценки и формулирования общих задач, планирования системных действий по различным аспектам профилактики сиротства и их реализации с максимально эффективным использованием имеющихся объединенных ресурсов;
- не дают должного эффекта специальные комиссии, призванные преодолеть межведомственную разобщенность;
- большая часть проводимых мероприятий ориентирована не на профилактику социального сиротства, а на работу по преодолению его последствий.

От того, как будет развиваться и

совершенствоваться межведомственное взаимодействие, в значительной степени зависит эффективность системы профилактики социального сиротства в целом, успех которой снизил бы в том числе и риски отказов от детей.

Современная государственная политика, научные разработки и передовая общественная практика (национальная и международная) актуализировали важность разработки и внедрения новых подходов к профилактике социального сиротства, в том числе ориентированных на профилактику отказа от новорожденных детей. Совершенствование моделей межведомственного взаимодействия является одним из важнейших шагов в их становлении.

## 2. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ВЛИЯНИЯ НА ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ ОТ РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ.

В традиционном подходе к организации профилактики отказов от новорожденных отсутствует межведомственная система работы по выявлению и сопровождению женщин планирующих/вынужденных отказаться от ребенка. Усилия отдельных ведомств, организаций и служб носят разрозненный и несистемный характер. Это приводит к тому, что женщины «группы риска» не выявляются уже на уровне женских консультаций; отсутствует практика работы междисциплинарных команд; не сформирована инфраструктура услуг для данной целевой группы; отсутствует пролонгированная система социального сопровождения женщин группы риска с новорожденными детьми и т.п. Кроме того, уровень подготовки специалистов, вовлеченных в работу с женщинами, недостаточен для организации эффективной профилактической и реабилитационной работы

### РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ:

**Губернатор Краснодарского края помогает новорожденным остаться в семьях.**

*Для решения проблемы отказов от новорожденных в Краснодарском крае в 2009 году принята целевая губернаторская программа «Чужих детей не бывает», основная цель которой – профилактика отказов, для организация психологической, юридической, адресной помощи, медико-психологического сопровождения несовершеннолетних матерей в трудной жизненной ситуации. В рамках программы создана межведомственная служба профилактики отказов от новорожденных, деятельность которой координирует краевой Департамент по делам семьи и детей.*

с женщиной, планирующей/вынужденной отказаться от ребенка и с ее ближайшим окружением.

В целом, широко практиковавшемуся вплоть до недавнего времени подходу к организации помощи детям младенческого возраста из групп риска по проблеме отказа были присущи следующие особенности:

- преимущественная ориентация на медицинскую реабилитацию в лечебных учреждениях, а не на педагогическую, психологическую помощь и социальную работу по сопровождению клиента и его семьи;
- превалирование сегрегации «отказных» младенцев, размещение их в институциональные учреждения с преимущественно медицинской ориентацией в деятельности;
- фактически отсутствие для родителей младенца с тяжелой патологией возможности выбора между передачей ребенка в институциональное учреждение и сохранением ребенка в семье, а в случае сохранения – отсутствие услуг, альтернативных существующим (стационарным услугам медицинского профиля);
- неразвитость системы раннего выявления младенцев с патологиями здоровья, врожденными аномалиями и инфраструктуры их абилитации.

В документах, подписываемых матерями в случае отказа от ребенка, не предусмотрен вопрос о причинах отказа, поэтому статистика, позволяющая проводить анализ данных причин, отсутствует. Опыт организаций и учреждений, которые успешно занимаются решением данной проблемы, показывает, что вероятность отказа от ребенка повышают ряд социальных факторов:

- отсутствие у матери работы и минимальных средств к существованию;
- отсутствие у матери жилья или очень стесненные жилищные условия;
- отсутствие у матери документов или свидетельства о регистрации;
- недоступность для данной целевой группы социальной инфраструктуры (ясли, детские сады, центры абилитации и т.п.);
- не информированность о своих правах (на пособия, льготы);
- негативное отношение медицинского персонала к матерям-отказницам;
- нежелание персонала родильных домов сотрудничать с органами опеки и общественными организациями в вопросах профилактики отказов от новорожденных;
- отсутствие социальных работников, психологов в штате больниц и родильных домов;
- отсутствие системы социальной поддержки матерей в случае повышенного риска отказа и др.

Комплекс личностных и семейных факторов, предрасполагающих к отказу от ребенка, выстроен на обобщенных экспертных оценках и данных проведенных в разное время исследований. К ним следует отнести:

- эмоциональные и психические расстройства матери;
- психологическая и социальная незрелость матери;
- неразвитая материнская мотивация;
- многодетность матери;
- мать – бывшая воспитанница детского дома;
- возраст матери (15-18 лет);
- проблемное употребление алкоголя и/или наркотиков матерью или лицами из ближайшего семейного окружения;

- социально обусловленные заболевания матери (ВИЧ, гепатит В, С, туберкулез и др.);
- внезапная утрата здоровья у матери или у ее близких родственников;
- отсутствие поддержки со стороны родительской семьи, близких родственников, отца ребенка;
- нарушение отношений матери с родителями;
- нарушение отношений с партнером и с кровными детьми;
- острый семейный конфликт;
- смерть близких родственников;
- вынашивание внебрачной/нежелательной беременности (особенно если беременность наступила в результате изнасилования).

Многофакторность причин отказов от новорожденных требует решений и действий, которые не в состоянии обеспечить самостоятельно ни одно из медицинских или социальных учреждений. По данным опросов женщин, планировавших отказ или уже отказавшихся от детей, наибольшее влияние на отказ от этого решения и сохранение ребенка в семье может оказать наличие:

- экономической поддержки со стороны государства (пособия, льготы, материальная помощь, предоставление жилья, доступность разнообразных детских учреждений с гибким графиком работы);
- услуг по постинтернатной адаптации для выпускниц государственных интернатных учреждений;
- кризисных центров для матерей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- кабинетов психологической и юридической помощи в женских консультациях, родильных домах и учреждениях

социальной защиты, с предоставлением женщинам моральной, юридической, а также временной жилищной и материальной поддержки.

В настоящее время социальная политика и изменения в правовой базе создали предпосылки для появления новых путей профилактики отказов от новорожденных детей. В частности, речь идет об изменениях в сфере управления социальной помощью детям: разработка, утверждение и внедрение инновационных моделей межведомственного взаимодействия в сфере профилактики отказов от новорожденных детей, формализация процедур по выявлению клиентов этой целевой группы и оказанию им помощи, разработка системы мониторинга и оценки такой работы. Очевидно, что важным условием устранения большинства причин отказов от детей является скоординированная деятельность и рациональное распределение ресурсов ведомств – субъектов профилактики социального сиротства.

В сложившихся условиях системообразующим элементом профилактики отказов от новорожденных должно стать выделение этой деятельности в отдельную услугу и создание условий для ее реализации на базе уполномоченных учреждений и организаций. Эти структуры должны быть укомплектованы обученными специалистами, которые и возьмут на себя основные функции организации и реализации комплексной работы как с женщиной, планирующей или вынужденной отказаться от ребенка, так и с ее социальным окружением.

Как показывает российская практика, услуга по профилактике отказов может быть реализована в организациях различной организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности:

- система социального обслуживания населения: центры социального обслуживания населения, центры помощи семье и детям, кризисные центры и др.;
- система здравоохранения: родильные дома, женские консультации, детские больницы;
- система образования: службы могут базироваться на базе учреждений образования;
- на базе негосударственных некоммерческих организаций.

### Эффективность различных вариантов ведомственного подчинения деятельности по профилактике отказов от новорожденных

| Организационная форма                                                                                                                                  | Сильные стороны                                                      | Слабые стороны                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Учреждения социального обслуживания семьи и детей (центры помощи семье и детям, социально-реабилитационные центры, кризисные центры для женщин и т.п.) | Соответствует государственным полномочиям учреждения.                | Может быть утерян эффект быстрого реагирования в силу регламентированного раб. дня. |
| Учреждения здравоохранения                                                                                                                             | Обеспечивается эффект быстрого реагирования. Отслеживается динамика. | Не соответствует полномочиям. Необходимы дополнительные ресурсы*.                   |
| Негосударственные некоммерческие организации                                                                                                           | Мобильность и лабильность. Оперативное перераспределение ресурсов.   | Необходимы дополнительные средства*.                                                |

\* Решение об организационно-правовой форме организации деятельности по предотвращению отказов от новорожденных может быть принято, учитывая региональные (муниципальные) особенности всей системы защиты детей, в том числе в рамках государственного заказа на оказание услуг по профилактике отказов.

Документация деятельности Службы профилактики отказов может быть организована в соответствии с требованиями к документации службы практической психологии в структуре психолого-медико-педагогиче-

ского сопровождения (ПРИКАЗ от 22.10.99 № 636 «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации»).

## 3. ПОСТРОЕНИЕ МОДЕЛИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОТКАЗОВ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.

### 3.1. Разработка нормативной документации.

Первым шагом к повышению эффективности действий по профилактике отказов должна стать разработка и утверждение региональной/муниципальной модели профилактики отказов от новорожденных детей и необходимой для ее реализации нормативно-правовой базы, регламентирующей порядок взаимодействия между во-

влекаемыми в модель ведомствами и организациями.

**Содержание нормативной документации должно включать:**

- порядок взаимодействия ведомств, с указанием непосредственных ис-

- полнителей в каждом конкретном случае, схему документооборота;
- единый перечень нормативных и рабочих документов для случаев, связанных с отказом, возвратом или устройством детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- описание содержания профилактической и реабилитационной работы в рамках утвержденной межведомственной модели по устранению или минимизации факторов, приводящих к ранним отказам;

- регламентацию процесса сбора информации для межведомственного банка данных о семьях группы риска по ранним отказам;
- условия и порядок формирования, размещения и исполнения на договорной основе государственных заказов на реализацию социальных программ и проектов для данной целевой группы;
- критерии оценки эффективности, схему и порядок организации мониторинга.

### **3.2. Алгоритм сопровождения женщин с высоким риском отказа от ребенка.**

Для повышения эффективности профилактики отказов от новорожденных целесообразно организовать специализированную услугу для клиентов данной целевой группы. Методология работы услуги выстраивается в соответствии с принципами и правилами технологии «Работа междисциплинарной команды со случаем» («кейс-менеджмент»). На практике это реализует назначаемый для каждого открытого случая ответственный специалист, обычно его называют – «куратор случая». В задачи куратора входит установление доверительных отношений с клиентом и его семьей, исследование причин возникновения случая, разработка плана мероприятий по устранению/минимизации выявленных причин. Для осуществления мероприятий плана реабилитации по случаю куратор подключает необходимые ведомственные структуры и учреждения, осуществляет коммуникацию со всеми задействованными и заинтересованными лицами, вовлекает их в реабилитационный процесс.

При выявлении беременных или родильниц, намеренных отказаться от новорожденного ребёнка, специалист женской консультации, службы социальной защиты или родовспомогательного учреждения не позднее одного-трех, если случай выявлен

в роддоме, и в течение одного-семи дней, если случай выявлен в женской консультации/на участке, передает информацию в установленном приказом по учреждению порядке в уполномоченную организацию.

Специалист, принявший и зарегистрировавший сигнал, оценивает его экстренность и передает информацию специалисту, имеющему полномочия и навыки проведения исследования и оценки подобных ситуаций. Если женщина находится на поздней стадии беременности, выезд к ней осуществляется в течение 1-5 дней. Если речь идет о родившей женщине, выезд осуществляется в течение 1-3 часов с момента получения сигнала.

Специалист встречается с женщиной, выясняет причины намерений отказа, изучает природу их возникновения, оценивает возможность и безопасность нахождения ребенка с матерью.

На основании полученной информации, степени готовности к сотрудничеству клиентки принимается решение об открытии случая. В некоторых случаях женщина меняет решение об отказе уже в первую встречу с куратором. Тем не менее, случай намерения в отказе от ребенка должен регистрироваться вне зависимости от вновь принятого женщиной решения.

## Этапы и исполнители работ по профилактике отказов от новорожденных детей

| Этап                                                                                                                                                                              | Исполнитель                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ВЫЯВЛЕНИЕ</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |
| Выявление беременных/родивших, намеренных отказаться от ребенка.<br>Регистрация выявленного случая.                                                                               | Социальная служба,<br>Женская консультация,<br>Родовспомогательное учреждение,<br>Другой специалист,<br>Гражданин.                                                                        |
| <b>Прием и расследование сигнала (информации о случае)</b>                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |
| Регистрация поступившего сигнала.<br>Организация расследования, поступившего сигнала.                                                                                             | Органы опеки и попечительства. Службы, организации уполномоченные проводить расследование сигналов и оценку безопасности, риска (напр. Служба профилактики отказов).                      |
| <b>Открытие случая</b>                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                           |
| Принятие решения об открытии случая.<br>Передача информации об открытом случае уполномоченной службе/куратору.                                                                    | Руководитель учреждения, службы, организации, принимавшей решение об открытии данного случая.                                                                                             |
| <b>Разработка Плана реабилитации по случаю</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |
| Установление отношений с клиентом.<br>Исследование ресурсов клиентки, её семьи и ближайшего окружения.<br>Совместное (с клиентом) планирование действий.                          | Куратор случая. Клиент.<br>Службы, организации, уполномоченные оказывать услуги женщине на данном этапе.<br>(напр. Служба профилактики отказов).                                          |
| <b>Согласование Плана реабилитации по случаю</b>                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |
| Обсуждение разработанного плана, его соответствия выявленным причинам отказа, адекватности поставленных задач и запланированных по ним мероприятий.                               | Консилиум специалистов – по поручению организации, принимающей решение об открытии случая.                                                                                                |
| <b>Утверждение Плана реабилитации по случаю</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                           |
| Принятие решения о выполнении согласованного ранее плана работы, утверждение сроков и порядка мониторинга, особенностей работы по конкретному случаю.                             | Руководитель учреждения, службы, организации, принимавшей решение об открытии данного случая.                                                                                             |
| <b>Выполнение Плана реабилитации по случаю</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |
| Сопровождение женщины, изменившей решение об отказе и нуждающейся в реабилитации.                                                                                                 | Клиент. Куратор случая.<br>Службы, организации, которые оказывают услуги, необходимые на данном этапе. Дом ребенка, в случае, если мать по объективным причинам не может забрать ребенка. |
| <b>Мониторинг эффективности реабилитационных мероприятий</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                           |
| Обсуждение эффективности реабилитационных действий, необходимости внесения дополнений и изменений в план реабилитации.                                                            | Консилиум специалистов, супервизор по поручению службы, организации принимавшей решение об открытии случая. Куратор случая.                                                               |
| <b>Утверждение результатов мониторинга.</b>                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                           |
| Рассмотрение результатов мониторинга процесса реабилитации. Согласование нового/обновленного Плана реабилитации. Утверждение решения о дальнейшей работе с семьей и/или ребенком. | Председатель Консилиума специалистов, супервизор по поручению службы, организации принимавшей решение об открытии случая. Куратор случая.                                                 |
| <b>Принятие решения о продолжении работы со случаем или его закрытием.</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |
| Принятие решения на основании рекомендаций консилиума, супервизора о характере дальнейшей деятельности по данному случаю.                                                         | Руководитель Службы, организации принимавшей решение об открытии случая, уполномоченные им специалисты или организации.                                                                   |

Вся полученная о случае информация, распоряжение об открытии случая вместе с распоряжением/приказом о назначении передаётся куратору случая.

Куратор случая устанавливает доверительные отношения с клиенткой и ее семьей, исследует причины возникновения данного случая отказа, вовлекает клиентку в совместную разработку плана мероприятий по устранению/минимизации выявленных причин. Для осуществления мероприятий необходимо планировать привлечение к сотрудничеству специалистов из разных учреждений и ведомств.

План, разработанный совместно куратором и клиентом, для повышения его качества обсуждается на консилиуме специалистов, который рекомендует и сроки, и порядок мониторинга эффективности выполнения работы в соответствии с данным планом.

Согласованный План реабилитации утверждается руководителем организации, службы принявшей решение об открытии данного случая, т.к. именно он несет ответственность за эффективность работы и безопасность ребенка. После утверждения плана реабилитации куратор приступает к его реализации, привлекая все имеющиеся в его распоряжении ведомственные ресурсы, специалистов, активно вовлекая клиента в выполнение мероприятий, оценку их эффективности.

В случае, если к моменту изменения решения об отказе, ребенок был определён в дом ребенка, к работе необходимо дополнительное подключение органов опеки и попечительства для оформления официального разрешения на посещения. При этом куратор случая вовлекает в реабилитационную работу специалистов дома ребёнка, которые обучают женщину навыкам ухода за малышом, чем содействуют формированию устойчивой привязанности, обеспечивают регулярность посещений. Иногда для

того, чтобы временное помещение малыша в доме ребенка не ставило под угрозу и без того еще непрочную привязанность к нему со стороны матери и других членов семьи, возможно перевести мать с ребенком в детскую больницу. За время совместного пребывания в больнице женщина должна быть обучена приемам ухода, способам общения с ребенком, грудному вскармливанию, укрепляя тем самым свою привязанность к малышу. В этот период куратор случая с коллегами оказывают помощь женщине в решении других актуальных для неё проблем: жилищных, материальных, юридических, в изменении внутрисемейных отношений, в повышении значимости роли матери в глазах членов ее семьи.

Весь реабилитационный процесс обязательно должен сопровождаться постоянным мониторингом ситуации. Специалисты анализируют ход реализации запланированных мероприятий, оценивают их эффективность, намечают дальнейшие действия или закрывают случай на заседаниях консилиума, который должен рассматривать случай не реже 1 раза в три месяца. На протяжении всех этапов работы обязательно должно быть организовано супервизорское сопровождение деятельности всех специалистов. Это способствует не только повышению качества услуги, но и профилактике эмоционального сгорания сотрудников.

Закрытие случая проводится на следующих основаниях:

- если проблемы, ставшие причиной отказа от новорожденного, устранены или минимизированы в период нахождения женщины с ребёнком в стационаре, то случай закрывается не позднее, чем через 2 месяца сопровождения семьи;
- если реабилитационный план сопровождения полностью реализован, ситуация в семье позволяет оставить в ней ребёнка, и мать в состоянии удовлетворять его минимальные потребности и обеспечи-

вать его безопасность;

→ если сложилась такая ситуация, что ребенок находится в семье, и мать в настоящее время удовлетворяет его потребности, но в реализации реабилитационного плана не участвует, то данный конкретный случай передается на патронаж в соответствующие отделения центров социального обслуживания населения, работающие с семьями из групп риска;

→ в ситуации, когда ребенок находится в семье, мать в настоящее время удовлетворяет его потребности, план сопровождения реализован, однако женщина имеет ряд проблем, не связанных с отказом от ребенка, но представляющих риски для дальнейшего семейного благополучия матери и ребенка, то дальнейшая работа по случаю передается в органы или учреждения социальной защиты, работающие с семьями;

→ случай также закрывается, если дальнейшее нахождение ребенка в семье невозможно, т.к. установлено отсутствие перспективы реабилитации, и мать не обеспечивает потребности ребенка, что представляет угрозу для его здоровья или жизни. Информация о случае официальным письмом передаётся в органы опеки и попечительства, и с этого момента случай считается закрытым.

### **Примечания.**

Работа по профилактике отказа от новорожденного ребёнка может проводиться и в женской консультации, и в роддоме, и после выписки матери (в случае необходимости). Если женщина обладает реабилитационным потенциалом, работа не прекращается даже в том случае, если соответствующие документы об отказе от ребенка уже переданы в отдел опеки и попечительства. В этой ситуации необходимо более широко практиковать временное

помещение ребенка под опеку государства, которое совмещается с активной работой по изменению первоначальных намерений матери об отказе.

В состав междисциплинарной команды по профилактике отказов от новорожденных должны входить координатор (руководитель), куратор случаев, психолог. В случае необходимости к работе службы профилактики отказов должны привлекаться специалисты органов, учреждений, служб и организаций, ведущих работу с семьями и детьми на данной территории.

В соответствии с Федеральным законом «Об опеке и попечительстве» (ст. 13) в случае окончательно не принятого решения об отказе от новорожденного ребенка, мать может направить в орган опеки и попечительства заявление о временном отказе с просьбой о назначении ее ребенку опекуна или попечителя на определенный срок, в течение которого она по уважительным причинам не сможет исполнять свои родительские обязанности. На основании ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации оформляется акт органа опеки и попечительства о нецелесообразности помещения ребенка в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и о назначении для ребенка опекуна или попечителя с указанием срока действия его полномочий. В этот период ребенку может быть временно назначен опекун или попечитель или может быть принято решение о временном помещении в лечебное учреждение или в дом ребенка. Если ребенка не забирают из соответствующего учреждения или из под опеки/попечительства по истечении срока, указанного в заявлении, органом опеки и попечительства изучаются условия и обстоятельства, препятствующие возвращению ребенка в семью. При наличии обстоятельств, указанных в ст. 69 Семейного Кодекса, начинается процедура лишения родительских прав.

### 3.3. Организационная модель межведомственного взаимодействия по профилактике ранних отказов.

| Этап                                                                    | Исполнитель                                                           | Содержание деятельности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Документооборот                                                                                                                                                          | Учетные данные (основа для мониторинга и оценки)                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Выявление женщин, планирующих/вынужденных отказаться от новорожденного. | Учреждения здравоохранения (женские консультации, роддома). Граждане. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выявление факта;</li> <li>- Регистрация случая ответственным специалистом;</li> <li>- Передача сигнала о выявленном случае в органы опеки/уполномоченную службу в соответствии с утвержденным порядком.</li> </ul>                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Сигнальный лист для учреждений системы здравоохранения;</li> <li>- Журнал переданных сообщений.</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Число выявленных случаев угрозы отказа;</li> <li>- Число случаев отказа;</li> <li>- Число переданных сигналов в службы профилактики отказов от новорожденных.</li> </ul> |
| Прием и исследование сигнала.                                           | Органы опеки и попечительства. Уполномоченная организация/служба.     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Прием и регистрация информации;</li> <li>- Первичная оценка экстренности сигнала;</li> <li>- Принятие решения о необходимости и порядке расследования сигнала;</li> <li>- Установление контакта с женщиной;</li> <li>- Первичная оценка безопасности нахождения ребенка в семье;</li> <li>- Оценка природы возникновения случая, возможностей изменения решения об отказе.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Сигнальный лист;</li> <li>- Журнал регистрации случаев угрозы отказа;</li> <li>- Анкета оценки безопасности ребенка.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Число принятых сигналов об угрозе отказа;</li> <li>- Выявленные причины угрозы отказа.</li> </ul>                                                                        |
| Открытие случая.                                                        | Органы опеки и попечительства. Уполномоченная организация/служба.     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Принятие решения об открытии случая;</li> <li>- Доведение информации до учреждения, из которого поступил сигнал.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Решение об открытии случая;</li> <li>- Журнал учета информации, переданной в учреждения.</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Число открытых случаев.</li> </ul>                                                                                                                                       |
| Передача случая в Уполномоченную службу.                                | Органы опеки и попечительства. Уполномоченная организация/служба.     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначение куратора случая;</li> <li>- Передача куратору всего пакета документов по случаю.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Журнал регистрации поступивших случаев и назначения кураторов.</li> </ul>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество случаев, курируемых организацией;</li> <li>- Количество случаев на одного куратора.</li> </ul>                                                                |
| Разработка плана реабилитации.                                          | Куратор. Клиент.                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определение природы кризиса;</li> <li>- Оценка возможностей и потребностей клиента;</li> <li>- Совместная разработка плана реабилитации.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Комплексный план реабилитации.</li> <li>- Соглашение о сотрудничестве с клиенткой.</li> </ul>                                   |                                                                                                                                                                                                                   |
| Утверждение Плана реабилитации.                                         | Консилиум специалистов. Уполномоченной организации/Куратор.           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рассмотрение плана реабилитации;</li> <li>- Согласование изменений и дополнений в Плане.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Протокол заседания консилиума.</li> </ul>                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество рассмотренных Планов реабилитации;</li> <li>- Средний срок рассмотрения Плана.</li> </ul>                                                                     |

| Этап                                                     | Исполнитель                                                                            | Содержание деятельности                                                                                                                                                                                                          | Документооборот                                                                                                                                                                          | Учетные данные (основа для мониторинга и оценки)                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Реализация плана реабилитации.                           | Куратор.<br>Клиент.<br>Различные учреждения и организации, оказывающие услуги клиенту. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Содействие решению проблем клиента;</li> <li>- Проверка работы плана и его результатов;</li> <li>- Мониторинг/оценка Организация супервизорской поддержки куратора.</li> </ul>          | - Комплексный план реабилитации.                                                                                                                                                         | - Виды и объем оказанных услуг.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Мониторинг эффективности реализации. Плана реабилитации. | Консилиум специалистов.<br>Уполномоченной организации/Куратор.<br>Супервизор.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Регулярная оценка эффективности;</li> <li>- Плана реабилитации в соответствии с утвержденными критериями и порядком;</li> <li>- Регулярная супервизия деятельности куратора.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Протокол заседания;</li> <li>- Консилиума специалистов;</li> <li>- Протокол супервизорской сессии.</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество рассмотренных планов за отчетный период;</li> <li>- Количество случаев с положительной динамикой из общего числа открытых случаев;</li> <li>- Количество супервизий;</li> <li>- Количество супервизий на одного куратора.</li> </ul> |
| Закрытие случая.                                         | Органы опеки и попечительства.<br>Уполномоченная организация/служба.                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценка безопасности ребенка;</li> <li>- Принятие решения о закрытии случая;</li> <li>- Доведение информации до учреждения здравоохранения, из которого поступил сигнал.</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Анкета оценки риска для новорожденного;</li> <li>- Протокол консилиума;</li> <li>- Журнал учета информации, переданной в учреждения.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество и причины закрытия случаев;</li> <li>- Продолжительность ведения случая.</li> </ul>                                                                                                                                                  |

### 3.4. Этапы внедрения межведомственной модели услуг по профилактике отказов от новорожденных.

| Содержание этапа                                                                                                                                                                                                                                                                              | Основные исполнители                                                                                                    | Результат                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Организационно-управленческий уровень                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         |                                                                                                                    |
| Проведение проектного семинара по вопросу создания модели межведомственного взаимодействия по профилактике отказов от новорожденных (ревизия ресурсов, определение круга участников, проектирование услуги, определение организационной основы службы профилактики отказов от новорожденных). | Группа проектировщиков, руководители системы социальной защиты населения, опеки и попечительства, здравоохранения, НКО. | Разработан проект модели межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики отказов от новорожденных детей. |

| Содержание этапа                                                                                                                                                                                     | Основные исполнители                                                                                             | Результат                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Разработка проектов технической документации.<br>Утверждение критериев эффективности модели профилактики отказов, организации системы сбора и анализа целевых показателей.<br>Экспертиза документов. | Уполномоченные специалисты.<br>Администрации данной территории.                                                  | Утвержден пакет документов, регламентирующих модель межведомственного взаимодействия по профилактике отказов (основание: межведомственный приказ или решение органа власти).                                                               |
| Проведение установочного совещания по вопросу внедрения модели профилактики отказов.                                                                                                                 | Проектировщики, руководители системы социальной защиты населения, опеки и попечительства, здравоохранения и НКО. | Решение организационных вопросов, связанных с внедрением модели.                                                                                                                                                                           |
| Организация текущей деятельности в организациях/службах, уполномоченных заниматься профилактикой отказов от новорожденных детей.                                                                     | Назначенный исполнитель.                                                                                         | Наличие у персонала утвержденных инструкций, первичных учетных отчетных документов, типовых договоров.<br>Организация мобильной телефонной линии.<br>Обеспечение учреждений здравоохранения инструкциями, учетной первичной документацией. |
| Подготовка персонала                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                            |
| Обучение работников женских консультаций и родильных домов алгоритму действий в ситуации отказа от новорожденного.                                                                                   | Обученные тренеры.                                                                                               | Обученный персонал учреждений, реализующих на практике модель профилактики отказов от новорожденных детей.                                                                                                                                 |
| Подготовка специалистов к работе по профилактике отказов от новорожденных.<br>Подготовка кураторов случаев.                                                                                          | Обученные тренеры.                                                                                               | Подготовленные специалисты.                                                                                                                                                                                                                |
| Обучение специалистов инновационным технологиям: работе с сетью социальных контактов, интенсивной семейной терапии на дому.                                                                          | Обученные тренеры.                                                                                               | Подготовленные специалисты.                                                                                                                                                                                                                |
| Создание системы супервизорской поддержки для специалистов, вовлеченных в деятельность по профилактике отказов от новорожденных детей.                                                               | Обученные тренеры.<br>Руководители.<br>Уполномоченных организаций/служб.                                         | Высокое качество помощи клиентам целевой группы.<br>Высокий процент случаев сохранения ребенка в его кровной семье.<br>Профилактика эмоционального выгорания специалистов.                                                                 |

### 3.5. Рекомендации по организации междисциплинарного ведения случая отказа от новорожденных детей.

- Персонал, занимающийся ведением случая отказа от новорожденного, должен иметь специальное образование по соответствующей специальности (педагогика, психология, социальная

работа, сфера здравоохранения) и обладать знаниями, навыками и опытом, необходимыми для компетентного осуществления деятельности по ведению случая.

- Интересы клиента имеют приоритетное значение. Специалист по ведению случая должен использовать свои профессиональные умения в интересах клиента.
- Специалист по ведению случая должен вовлекать клиента во все стадии реабилитационной работы. Участие клиента в решении его собственных проблем должно быть активным настолько, насколько позволяют его жизненная ситуация и возможности.
- Специалист по ведению случая должен обеспечить соблюдения права клиента на неприкосновенность личной жизни, а также гарантировать соблюдение конфиденциальности при передаче части информации о клиенте другим лицам.
- Специалист по ведению случая должен осуществлять работу с клиентом индивидуально, чтобы оказывать прямую помощь клиенту, а также координировать предоставление такой помощи.
- Специалист по ведению случая должен осуществлять работу на ведомственном и межведомственном уровнях для расширения доступности и повышения качества предоставляемой помощи.
- Специалист по ведению случая должен быть информирован о доступности и количестве ресурсов, необходимых для оказания помощи клиенту, а также нести ответственность за все действия по ведению случая.
- Специалист по ведению случая должен принимать участие в оценке качества предоставленной клиентам помощи, а также в оценке своей собственной деятельности.
- Специалист по ведению случая должен иметь разумную рабочую нагрузку, которая позволяла бы ему эффективно планировать и осуществлять помощь клиентам.
- Специалист по ведению случая должен быть вежливым в обращении с коллегами, демонстрировать уважение к ним, а также в интересах клиента стремиться к развитию профессионального межведомственного сотрудничества.

#### 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Основанные на межведомственном взаимодействии программы по профилактике отказов от ребенка имеют высокий потенциал для достижения высоких результатов. При этом финансовые затраты, связанные с работой по предотвращению отказов, существенно ниже затрат на содержание детей в домах ребенка.

Участие специалистов различных ведомств, фокусная направленность

действий, устранение или минимизация причин, обусловивших решение матерей об отказе, и разносторонняя поддержка позволяют сохранить кровную семью значительному числу детей. Как показывает российская практика, в качественно выстроенных проектах по профилактике и предотвращению отказов положительные результаты достигаются в 30-40% случаев.

## РОЛЬ ОРГАНОВ ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ

### **Основания и порядок традиционного подхода к жизнеустройству в ситуации отказов от рожденных детей.**

Юридически процедура «отказа от ребенка» заключается в подаче в соответствии со статьей 129 Семейного Кодекса РФ матерью заявления о согласии на усыновление (удочерение)<sup>1</sup>. Если же заявление не оформлено (чаще всего из-за того что роженица незаметно «исчезла» из роддома или больницы, оставив там ребенка), то сотрудники лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) заполняют «Акт об оставлении ребенка».

Орган опеки и попечительства в течение 3-х дней с момента получения сведений из ЛПУ об «отказном» ребенке обязан провести обследование условий жизни ребенка и при установлении факта отсутствия попечения его родителей или его родственников обеспечить защиту прав и интересов ребенка. Защита прав и интересов ребенка в данном случае заключается в том, что в течение 1-го месяца орган опеки обеспечивает устройство ребенка либо в семью, либо в воспитательное учреждение.

Работа ОПП должна включать:

- поиск биологических родителей, если они не были установлены;
- установление статуса направляемого на усыновление ребенка – получение в случае необходимости согласия на усыновление, подача заявления в суд

для лишения родительских прав;

- подача заявления в суд о признании родительства;
- направление претендентов из замещающих семей.

В случае отказа родственников забрать на воспитание ребенка, приоритетным является устройство в замещающую российскую семью, а в случае невозможности найти новых родителей в России – по решению суда ребенок может быть устроен в семью иностранных граждан. Если за указанные 30 дней ребенка не удастся передать в семью, то орган опеки определяет ребенка в воспитательное учреждение. Передача сведений о ребенке оператору банка данных не освобождает орган опеки и попечительства от обязанности по устройству ребенка на воспитание в замещающую семью.

Мать вправе отозвать данное согласие на усыновление до вынесения решения суда об усыновлении. Обычно процедура до вынесения решения суда об усыновлении занимает около 2-3 месяцев. Кроме того, при сложных жизненных обстоятельствах матерью может быть подано заявление в орган опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна или попечителя на период, когда по уважительным причинам она не может исполнять свои родительские обязанности, с указанием продолжительности этого периода.

---

<sup>1</sup> Также согласие может быть выражено непосредственно в суде при производстве усыновления.

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ:

### Постинтернатное сопровождение выпускниц детских домов: опыт регионов России.

*В г. Кандалакша Мурманской области с 2008 г. начала действовать программа по профилактике социального сиротства и ранних отказов от детей. Целевой группой стали одинокие мамы и выпускницы детских домов. Проект рассчитан на два года и реализуется под эгидой Мурманского Центра развития семейных форм устройства детей. В рамках проекта предусмотрено оказание психологической и финансовой помощи малообеспеченным семьям с детьми до 3 лет.*

*Общественная организация «Равновесие» создала в г. Петрозаводске клуб молодых мам, задачей которого является поддержка выпускниц детских домов, родивших детей. Эти женщины входят в группу высокого риска по отказу от детей, поскольку могут повторить действия своих матерей, когда-то оставивших их самих. Участницам клуба безвозмездно предоставляют средства по уходу за детьми, одежду, игрушки и обувь.*

*В Волгограде участники Клуба ЮНЕСКО «Достоинство ребенка» работают с выпускницами детских домов. Наряду с информированием будущих матерей о негативных последствиях отказа для развития и социальной адаптации ребенка, им предоставляется возможность посетить дом ребенка и посмотреть на проживающих там детей. В ходе проводимых впоследствии фокус-групп участницы часто говорят, что посещение дома ребенка стало для них самой веской причиной не отказываться от своего будущего ребенка.*

### Основания и задачи ООП в профилактической модели.

Сообщение женщиной своего намерения отказаться от ребенка при или после его рождения фактически является стартом межведомственной работы, когда возможно объединение различных усилий по возвращению ребенка в кровную семью. Для того чтобы преодолеть фрагментарный, эпизодический и не системный характер совместной работы служб разной ведомственной принадлежности по выявлению и сопровождению женщин с целью предупреждения ситуации отказа, необходима регламентированная межведомственная координация усилий органов опеки с органами и учреждениями здравоохранения, социальной защиты, органами местного самоуправления и неправительственными организациями. Как показывает опыт отдельных регионов России, до трети отказов можно предотвратить, если семьям

будет оказана скоординированная помощь и поддержка, необходимая им в их трудной жизненной ситуации.

Поэтому приоритетом действий органов опеки и попечительства является сохранение ребенка в кровной семье или устройство на семейно-замещающие формы воспитания (развитие института «принимающих семей» в случае отказа), поскольку детей, родители которых дали согласие на усыновление, могут усыновить в первые месяцы жизни до попадания в дом ребенка. Практические действия специалистов ООП должны предусматривать возможность своевременного принятия решения о возможности помещения ребенка в постоянную семью и оперативной организации такого помещения, создание условий для профилактики депривации новорожденного, формирования привязанности.

Частое изменение социального окружения ребенка отрицательно сказывается на его развитии, способности устанавливать отношения с другими людьми, поэтому таких ситуаций следует избегать. Нужно обеспечивать систематическое прикреплению к конкретному лицу, обеспечивающему уход – удовлетворение потребности в безопасности, охраны здоровья, развития и проч.

*Инновационная профилактическая модель предполагает максимально активную работу с кровной семьей и ее окружением и направлена на сохранение ребенка в семье. Функции ООП в данной модели могут заключаться в организации взаимодействия куратора случая с организациями (вне зависимости от ведомственной принадлежности учреждения), обладающими необходимыми клиенту для преодоления трудной жизненной ситуации ресурсами и услугами.*

Несмотря на то, что согласно действующему российскому законодательству при оставлении ребенка в ЛПУ органы опеки обязаны попытаться вернуть ребенка в семью, в значительном числе случаев среди сотрудников органов опеки распространены стереотипы, препятствующие исполнению данной обязанности:

- бедность, плохие жилищные условия и «аморальность» матерей, отказавшихся от ребенка, представляются весомыми причинами для решения,

что такие матери не могут обеспечить достаточную родительскую заботу;

- 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;
- отцы детей часто не рассматриваются в качестве лиц, обеспечивающих уход и заботу, воспитателей.

В случае, если план предотвращения отказа не может быть реализован или реализован безуспешно, ребенок подлежит приоритетному устройству в семью. Хотя на практике работа по устройству «отказника» в приемную семью начинается зачастую лишь с перевода его в дом ребенка, помещение туда не является обязательным этапом семейного устройства. Если появляются кандидаты в замещающие родители и ребенок может быть передан на воспитание в семью, то согласно законодательству руководитель ЛПУ обязан сообщить об этом в орган опеки и попечительства. Не существует правовых оснований отказа детям, лишившимся родительского попечения во время нахождения в ЛПУ в праве на воспитание в замещающей семье: статус на устройство в приемную или опекуную семью у ребенка появляется сразу же как установлен факт отсутствия (утраты) родительского попечения.

### **Алгоритм сопровождения женщин с высоким риском отказа от ребенка.**

Для повышения эффективности профилактики отказов от новорожденных целесообразно организовать специализированную услугу для клиентов данной целевой группы. Методология работы услуги выстраивается в соответствии с принципами и правилами технологии «Работа

междисциплинарной команды со случаем» («кейс-менеджмент»). На практике это реализует назначаемый для каждого открытого случая ответственный специалист, обычно его называют – «куратор случая». В задачи куратора входит установление доверительных отношений с клиентом и его се-

мьей, исследование причин возникновения случая, разработка плана мероприятий по нейтрализации\минимизации выявленных причин. Для осуществления мероприятий плана реабилитации по случаю куратор подключает необходимые ведомственные структуры и учреждения, осуществляет коммуникацию со всеми задействованными и заинтересованными лицами, вовлекает их в реабилитационный процесс.

При выявлении беременных или родильниц, намеренных отказаться от новорожденного ребенка, специалист женской консультации, службы социальной защиты или родовспомогательного учреждения не позднее одного-трех, если случай выявлен в роддоме, и в течение одного-семи дней, если случай выявлен в женской консультации/на участке передает информацию в установленном приказом по учреждению порядке в уполномоченную организацию.

Специалист, принявший и зарегистрировавший сигнал, оценивает его экстренность и передает информацию специалисту, имеющему полномочия и навыки проведения исследования и оценки подобных ситуаций. Если женщина находится на поздней стадии беременности, выезд к ней осуществляется в течение 1-5 дней. Если речь идет о родившей женщине, выезд осуществляется в течение 1-3 часов с момента получения сигнала.

Специалист встречается с женщиной, выясняет причины намерений отказа, изучает природу их возникновения, оценивает возможность и безопасность нахождения ребёнка с матерью.

На основании полученной информации, степени готовности к сотрудничеству клиентки принимается решение об открытии случая. В некоторых случаях женщина меняет решение об отказе уже в первую встречу с куратором. Тем не менее, случай намерения в отказе от ребенка должен регистрироваться вне зависимости от вновь

принятого женщиной решения.

Вся полученная о случае информация, распоряжение об открытии случая вместе с распоряжением\приказом о назначении передаётся куратору случая.

Куратор случая устанавливает доверительные отношения с клиенткой и ее семьей, исследует причины возникновения данного случая отказа, вовлекает клиентку в совместную разработку плана мероприятий по нейтрализации\минимизации выявленных причин. Для осуществления мероприятий планирует привлечение к сотрудничеству специалистов из разных учреждений и ведомств.

План, разработанный совместно куратором и клиентом, для повышения его качества обсуждается на консилиуме специалистов, который рекомендует и сроки, и порядок мониторинга эффективности работы по данному плану.

Согласованный План реабилитации утверждается руководителем организации, службы принявшей решение об открытии данного случая, т.к. именно он несет ответственность за эффективность работы и безопасность ребенка. После утверждения плана реабилитации куратор приступает к его реализации, привлекая все имеющиеся в его распоряжении ведомственные ресурсы, специалистов, активно вовлекая клиента в выполнение мероприятий, оценку их эффективности.

В случае, если к моменту изменения решения об отказе, ребенок был определен в дом ребенка, к работе необходимо дополнительное подключение органов опеки и попечительства для оформления официального разрешения на посещения. При этом куратор случая вовлекает в реабилитационную работу специалистов дома ребёнка, которые обучают женщину навыкам ухода за малышом, чем содействуют формированию устойчивой привязанности, обеспечивают регулярность посеще-

ний. Иногда для того, чтобы временное помещение малыша в Дом ребенка не ставило под угрозу и без того еще непрочную привязанность к нему со стороны матери и других членов их семьи, возможно перевести мать с ребенком в детскую больницу. За время совместного пребывания в больнице женщина должна быть обучена приемам ухода, способам общения с ребенком, грудному вскармливанию, укрепляя тем самым свою привязанность к малышу. В этот период куратор случая с коллегами оказывает помощь женщине в решении других актуальных для нее проблем: жилищных, материальных, юридических, в изменении внутрисемейных отношений, в повышении значимости роли матери в глазах членов ее семьи.

Весь реабилитационный процесс обязательно должен сопровождаться постоянным мониторингом ситуации. Специалисты анализируют ход реализации запланированных мероприятий, оценивают их эффективность, намечают дальнейшие действия или закрывают случай на заседаниях консилиума, который должен рассматривать случай не реже 1 раза в три месяца. На протяжении всех этапов работы обязательно должно быть организовано супервизорское сопровождение деятельности всех специалистов. Это способствует не только повышению качества услуги, но и профилактике эмоционального сгорания сотрудников.

Заккрытие случая проводится на следующих основаниях:

- если проблемы, ставшие причиной отказа от новорожденного, устранены или минимизированы в период нахождения женщины с ребенком в стационаре, то случай закрывается не позднее, чем через 2 месяца сопровождения семьи;

- если реабилитационный план сопровождения полностью реализован, ситуация в семье позволяет оставить в ней ребенка, и мать в состоянии удовлетворять его минимальные потребности и обеспечивать его безопасность;
- если ребенок находится в семье, и мать в настоящее время удовлетворяет его потребности, но в реализации реабилитационного плана не участвует. В этой ситуации случай передается на патронаж в соответствующие отделения центров социального обслуживания населения, работающих с семьями из групп риска;
- если ребенок находится в семье, мать в настоящее время удовлетворяет его потребности, план сопровождения реализован, однако женщина имеет ряд проблем, не связанных с отказом от ребенка, но представляющих риски для дальнейшего семейного благополучия матери и ребенка. В этой ситуации случай передается в органы или учреждения социальной защиты, работающие с семьями;
- если дальнейшее нахождение ребенка в семье невозможно, т.к. установлено отсутствие перспективы реабилитации, и мать не обеспечивает потребности ребенка, что представляет угрозу для его здоровья или жизни. Информация о случае официальным письмом передается в органы опеки и попечительства, и с этого момента случай считается закрытым.

### **Примечания.**

Работа по профилактике отказа от новорожденного ребёнка может проводиться и в женской консультации, и в роддоме, и после выписки матери (в случае необходимости). Если женщина обладает

реабилитационным потенциалом, работа не прекращается даже в том случае, если соответствующие документы об отказе от ребенка уже переданы в отдел опеки и попечительства. В этом случае необходимо более широко практиковать временное помещение ребенка под опеку государства, которое совмещается с активной работой по изменению первоначальных намерений матери об отказе.

В состав междисциплинарной команды по профилактике отказов от новорожденных должны входить координатор (руководитель), куратор случаев, психолог. В случае необходимости к работе службы профилактики отказов привлекаются специалисты органов, учреждений, служб и организаций, осуществляющих деятельность по работе с семьей и детьми на данной территории.

В соответствии с Федеральным законом «Об опеке и попечительстве» (ст. 13) в случае окончательно не принятого решения об отказе от новорожденного ребенка, мать может направить в орган опеки и попечительства заявление о временном

отказе с просьбой о назначении ее ребенку опекуна или попечителя на определенный срок, в течение которого она по уважительным причинам, не сможет исполнять свои родительские обязанности. На основании ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации оформляется акт органа опеки и попечительства о нецелесообразности помещения ребенка в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и о назначении для ребенка опекуна или попечителя с указанием срока действия его полномочий. В этот период ребенок может быть временно помещен в лечебное учреждение или в дом ребенка, либо ему временно может быть назначен опекун или попечитель. Если ребенка не забирают из соответствующего учреждения по истечении срока, указанного в заявлении, органом опеки и попечительства изучаются условия и обстоятельства, препятствующие возвращению ребенка в семью. При наличии обстоятельств, указанных в ст. 69 Семейного Кодекса, начинается процедура лишения родительских прав.

### ***Порядок взаимодействия ООП с другими партнерскими организациями.***

Механизм работы в рамках межведомственной профилактической модели совмещает традиционные и новые функции органов опеки.

В тот момент, когда женщина заявляет о своем решении отказаться от ребенка, специалисты родильных домов, органов опеки и попечительства, служб профилактики отказов от новорожденных должны предлагать ей как приоритетные формы:

- временное размещение матери с младенцем в профессиональную принимающую семью с функцией наставничества на период до 6 месяцев с обязательным контролем со стороны ООП и сопровождением службой профилактики отказов от новорожденных;

- временное размещение в стационарных отделениях для мам и младенцев в ТЖС с обязательным сопровождением.

Если все же женщина отказывается от предложенных форм помощи – как приоритет предлагать оформление временной опеки для младенца по заявлению матери. Семьи, работающие в службах экстренного размещения, могут являться опорными для оформления **временной опеки** (Федеральный закон РФ «Об опеке и попечительстве» 24 апреля 2008 года № 48-ФЗ ст. 12, 13). При временной опеке нужно вести активную работу с семьей по выводу ее из кризиса, иначе ситуация не изменится: обеспечение доступа в дом ребенка во

время удобное матери и/или для других родственников, напоминание «сложным» мамам о необходимости навещать ребенка и т.д., в доме ребенка должен быть обеспечен доступ представителей кризисных, социально-психологических служб и/или службы профилактики.

Предпочтительны формы временной опеки, во время которой родителям предоставляется поддержка и услуги, способствующие скорейшему воссоединению семьи. Ребенка следует помещать в дом ребенка/больницу только в тех случаях, когда все усилия исчерпаны и существуют допустимые и приемлемые доводы.

Контролировать продолжительность проживания «отказных» детей в стационарных ЛПУ (нужно максимально сократить сроки проживания детей в больницах и усилить меры по скорейшему поиску замещающих семей), т.к. это обстоятельство резко снижает вероятность их семейного устройства и не позволяет обеспечить необходимый уход и развитие.

Если женщина все же оформила отказ, работа с каждым случаем должна быть продолжена ООП и службами отказа от новорожденных по воссоединению кровной семьи или подбору ребенку замещающей семьи. В последнем случае важно помочь замещающим родителям быстро оформить необходимые документы, в такой ситуации будущие родители успевают забрать ребенка из роддома (что является наиболее желательным для потенциальных опекунов/усыновителей) – возможно это будут родственники женщины, которые возможно и не знали о появлении новорожденного.

В ситуации, когда **женщина меняет решение** об отказе и намерена вернуть ребенка уже после того, как сведения и до-

кументы об отказе были переданы из медицинского учреждения в органы опеки и попечительства, информация об изменении решения поступает в органы опеки по телефону от куратора (или от самой женщины), и в этом случае органы опеки сообщают информацию по телефону в службу профилактики) и специалисты органов опеки должны включиться в работу совместно со службой профилактики отказов<sup>2</sup>.

Во время встречи с клиенткой, изменившей решение об отказе, специалист органа опеки помогает официально оформить данное решение – составить заявление о возвращении ребенка, как правило, с указанием причин об отказе и причин изменения решения. Задача куратора службы профилактики – содействовать организации встречи и предоставить информацию о ситуации женщины специалистам органов опеки.

Специалист органов опеки и попечительства выдает клиентке перечень документов, на основании которых принимается решение о возвращении ребенка. Проблема состоит в том, что обычно не определен единый перечень документов, поэтому на уровне субъекта РФ в рамках реализации инновационной профилактической модели необходимо решение органа исполнительной власти, устанавливающее единые требования к пакету документов. При этом, чтобы избежать излишних и необоснованных требований, стоит учесть, что:

- женщина с новорожденным ребенком не всегда сможет представить справку с места работы;
- могут возникнуть трудности с официальным подтверждением источников и уровня доходов у женщин, не занятых или занятых в неформальном секторе;

<sup>2</sup> Если же такой информации в органы опеки не поступает ни от женщины, ни от куратора, специалисты органов опеки действуют по традиционной схеме – проведение обследования условий жизни и составление акта, сбор заявлений родственников об отказе забрать ребенка, устройство новорожденного в учреждение или новую семью и т.д.

- клиентки, у которых нет своего жилого помещения или проживающие с ними совместно родственники против решения вернуть ребенка, не смогут предоставить жилье для обследования и составления акта обследования.

Эти и другие обстоятельства не всегда в полной мере характеризуют благополучие женщины и не должны служить исключительным основанием для отказа в удовлетворении просьбы вернуть ребенка. Во-первых, в рамках реализации плана реабилитации клиентка получает со стороны службы профилактики сопровождение, направленное на решение ее проблем. Во-вторых, факт отсутствия достаточных финансовых средств у женщины не говорит о том, что ребенок в будущем окажется безнадзорным, без необходимого родительского попечения. Для вынесения решения, комплексно учитывающего жизненную ситуацию клиентки, необходим более детальный сбор информации куратором из службы профилактики отказов.

Обозначение сроков, в которые клиентка сможет собрать и представить документы, и выдача разрешения на посещение ребёнка в учреждении (как правило, в детской больнице), где он находится до возвращения. Задача куратора – сопровождение реализации договоренностей и поддержание обратной связи, информирование органов опеки о развитии ситуации. В задачи органов опеки на данном этапе входит также содействие клиентке в посе-

щении ребёнка в учреждении, выдача ей соответствующих разрешений, взаимодействие с учреждениями здравоохранения, в которых находится ребенок, направленное на организацию посещения матерью ребёнка. В случае, если этот аспект упускается, вероятен вариант, когда женщина отвыкает от роли матери, привыкает находиться без ребенка и постепенно теряет интерес к возвращению ребенка.

Если клиентка предоставляет в срок необходимые документы, подтверждающие возможность заниматься воспитанием ребёнка, органами опеки принимается решение о возможности вернуть матери ребенка. Если работа с женщиной по возвращению ребёнка не имеет положительной динамики, то есть клиентка не предпринимает для этого усилий, функции органа опеки по профилактике отказа на этом заканчиваются и специалисты действуют согласно традиционной схеме, которая действует в случаях, если мать не забирает ребенка из учреждения.

Поскольку в заявлении о согласии на усыновление, составляемом в случае отказа от ребенка, не содержится вопросов о причинах отказа, а сами декларируемые женщиной причины не совпадают с истинными обстоятельствами трудной жизненной ситуации, субъекты профилактики лишены объективного анализа данных причин, хотя информация о причинах имеет ключевое значение для результативности помощи женщинам в трудной жизненной ситуации.

### **Мониторинг и оценка.**

Деятельность ОПП, участвующих в профилактике на основе межведомственной модели, должна быть обеспечена системой показателей и индикаторов, позволяющих ответить на следующие вопросы:

- число отказов от детей в ЛПУ по видам

отказов (согласие на усыновление, оставление в ЛПУ, подкидывание) и о причинах подписания заявления о согласии на усыновлении;

- средний период проживания детей-отказников в больницах;
- срок нахождения замещающей семьи

- для ребенка-отказника;
- какова численность реализованных совместно с другими ведомствами и органами планов профилактики, а также их доля к числу установленных, зарегистрированных случаев отказов (то есть случаев согласия на усыновление, фактов оставления ребенка в ЛПУ);

- какова численность успешно реализованных совместно с другими ведомствами и органами планов профилактики (то есть предотвращенных отказов), а также их доля среди всех реализованных планов;
- какова доля устроенных в семью «отказников» в первый год жизни.

### Форма мониторинга отказов от новорожденных на территории (для сотрудников отдела опеки и попечительства)

#### 1. Сравнительная таблица числа отказов

|                                                                                       | 2008                                                                      | 2009                                                                      | 2010                                                                      | 2011                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Количество отказов, зарегистрированных в отделе опеки и попечительства.               |                                                                           |                                                                           |                                                                           |                                                                           |
| Количество «отказных» детей, возвращенных родителям (одному или обоим).               | <i>(указывается абсолютное число и проценты от общего кол-ва отказов)</i> | <i>(указывается абсолютное число и проценты от общего кол-ва отказов)</i> | <i>(указывается абсолютное число и проценты от общего кол-ва отказов)</i> | <i>(указывается абсолютное число и проценты от общего кол-ва отказов)</i> |
| Количество «отказных» детей, над которым оформлена опека родственниками или близкими. | <i>(указывается абсолютное число и проценты от общего кол-ва отказов)</i> | <i>(указывается абсолютное число и проценты от общего кол-ва отказов)</i> | <i>(указывается абсолютное число и проценты от общего кол-ва отказов)</i> | <i>(указывается абсолютное число и проценты от общего кол-ва отказов)</i> |

## РОЛЬ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ.

Масштабы проблемы 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% (12 000-16 000 детей) – это младенцы, которые остаются без попечения родителей уже в родильных домах вследствие отказа от них. О росте числа отказов от новорожденных косвенно свидетельствует рост численности детей в возрасте до 12 месяцев, находящихся в домах ребенка, хотя именно дети младшего возраста усыновляются (удочеряются) достаточно активно.

Оставление ребенка сразу после рождения представляется не менее, а в некоторых случаях и более пагубным для него, нежели изъятие из семьи в старшем возрасте. Именно в младенческом возрасте «темпы» развития ребенка самые высокие. Многократно усложняющаяся структура мозга ребенка является базисом для его интеллектуального, эмоционального и поведенческого развития. Эмоциональная сфера очень важна для физического и психического здоровья на протяжении всей последующей жизни человека. В первые дни и месяцы жизни ребенку наиболее необходим постоянный телесный контакт с матерью: именно на первом году жизни у ребенка формируется особое психологическое «образование» – способность формировать эмоциональную привязанность к близкому, являющаяся в дальнейшем «двигателем» его

развития. Без нее новорожденный подвергается риску задержки психического, эмоционального и социального развития. В изоляции от матери уже к полугоду ребенок заметно отстает в развитии, а через год невосполнимо утрачивает часть интеллектуального и эмоционального потенциала, имевшегося у него при рождении.

Безусловно, отказ родителей от ребенка – один из случаев безнадзорности, пренебрежения потребностями ребенка, иногда – и жестокости по отношению к нему. Дети в результате отказа вынуждены провести несколько первых месяцев своей жизни в больничной палате – без необходимого числа движений, прогулок, ярких жизненных событий, игрушек, общения, прикосновений. Они оказываются в состоянии депривации, в глубокой депрессии со снижением всех витальных функций и уровня физического здоровья. Подверженность «отказных» младенцев инфекциям, заболеваниям в дальнейшем более высокая в сравнении с их «обычными» сверстниками, которые из родильного дома сразу «отправляются» в свою семью.

Факт отказа пагубно влияет и на саму женщину. Так, согласно данным НИИ профилактической психиатрии НЦ ПЗ РАМН, в 80% случаев у матерей, отказавшихся от своих новорожденных детей, наблюдаются различные психические и психологические проблемы, среди которых на первом месте находятся аффективные расстройства преимущественно тревожного и депрессивного круга.

## **Ограничения традиционной модели работы по профилактике отказов от новорожденных.**

В настоящее время приходится говорить о несформированности системы работы с женщинами, планирующими/вынужденными отказаться от ребенка, в ЛПУ. Специально такой работы, в первую очередь, в родильных домах и женских консультациях не проводится. В лучшем случае уже в роддоме медицинский персонал убеждает женщину не отказываться от ребенка, не имея специализированной подготовки консультирования женщин в такой ситуации.

Например, при нежелательной беременности на поздних сроках нередко женщины обращаются в женские консультации с просьбой сделать им аборт и уже на этом этапе сообщают о намерении отказаться от ребенка в случае его рождения. Именно в этом случае у специалистов появляется возможность раннего вмешательства в семейную ситуацию и определенный запас времени до рождения ребенка для того, чтобы подготовить будущую мать к материнству и помочь решить ее проблемы. Т.е. если женщина на позднем сроке беременности обращается в женскую консультацию с намерением сделать аборт и сообщает, что после рождения намеривается отказаться от него, нужно чтобы специалист ЛПУ как минимум связывался со службой профилактики (при ее отсутствии – с органами и учреждениями социальной защиты населения по месту жительства женщины или нахождения ЛПУ), а в дальнейшем участвовал в ее медико-социально-психологическом сопровождении и предупреждении отказа от ребенка.

Очевидно, что с женщинами в такой ситуации должен работать специалист с специальной социально-психологической подготовкой, приверженный ценностям семейно-ориентированного подхода, нацеленный на сохранение кровной

семьи, обладающий коммуникативными навыками и умениями находить общий язык с любыми клиентами, свободный от стереотипов.

Среди основных сдерживающих факторов предотвращения отказов от новорожденных как части системы профилактики социального сиротства выделим:

- отсутствие единой межведомственной координации выявления и учета семей (матерей) группы риска по проблеме отказов для ранней профилактики, разрозненность целей и усилий субъектов профилактики, отсутствие комплексности реабилитационных мероприятий у разных ведомств и органов. Так, практика показывает, не видя необходимости (желания, возможности) работать с женщиной, планирующей/вынужденной отказаться от ребенка, специалисты ЛПУ не достаточно взаимодействуют с другими органами и учреждениями профилактики сиротства: социальной защитой населения, ОПП, НГО;
- отсутствие в женских консультациях протокола выявления пациенток «группы риска» по проблеме отказа;
- отсутствие в ЛПУ практики работы с женщинами междисциплинарных команд при угрозе отказа от новорожденных;
- отсутствие инфраструктуры для предоставления услуг, ориентированных на помощь и поддержку женщин с угрозой отказа;
- отсутствие пролонгированной системы сопровождения женщин с новорожденными детьми в ситуации отказа;
- реабилитация, социальный патронаж (сопровождение) целевой группы жен-

щин и семей не обеспечена нормативно, отсутствуют стандарты и протоколы работы для каждого из субъектов профилактики, а предоставление необходимых услуг не гарантировано, а значит – не обеспечено ресурсами;

- отсутствие системы профессиональной подготовки и повышения квалификации кадров для оказания квалифицированной помощи в сфере профилактики; имеющийся уровень подготовки специалистов недостаточен для оказания результативной, индивидуально ориентированной профилактической и реабилитационной работы, сконцентрированной на активизации потенциала женщины и ее окружения;
- отсутствие информации об эффективных методах решения проблемы отказов от новорожденных у персонала ЛПУ.

К настоящему времени сформированы потребность и условия для регламентированной межведомственной системы выявления и сопровождения женщин с целью предупреждения отказа, чтобы преодолеть

сложившийся в прежние годы фрагментарный и не системный характер деятельности субъектов профилактики.

Стандартная модель работы с отказами от новорожденных в соответствии с федеральным законодательством предполагает в случае, если пациентка ЛПУ отказалась от ребенка (или оставила его, покинув ЛПУ), обязанность руководства ЛПУ направить сведения об этом в органы опеки и попечительства (и в некоторых случаях – в органы социальной защиты). Ключевое отличие профилактической модели работы с отказами от новорожденных состоит в том, что она в дополнение к формальному соблюдению требований законодательства предполагает активную работу службы профилактики с кровной семьей и ее окружением по сохранению ребенка в кровной семье.

Деятельность по профилактике отказов носит принципиально межведомственный характер, где у каждого ведомства и органа есть свои полномочия и ответственность. Задача специалистов – оценить возможность изменения решения об отказе и организовать социальное сопровождение женщины с ребенком.

### ***Задачи, условия и порядок работы ЛПУ по профилактике отказов от новорожденных.***

После родов, находясь в родильном доме, женщина, находящаяся в трудной жизненной ситуации, испытывая стресс/послеродовую депрессию, может принять импульсивное решение отказаться от ребенка. Важно, чтобы медицинские работники не усугубляли такое эмоциональное положение женщины, тем самым подталкивая ее к отказу от ребенка, а оказывали ей поддержку. Основные потребности женщины в этот период – объективная информация и чувство защищенности. Часто успех в предотвращении отказа зависит от мотивационных и нравственных установок беседующего с

матерью специалиста, его коммуникационных навыков. Некоторые медицинские специалисты вообще не считают нужным проводить какую-либо работу по предотвращению отказа, многие испытывают неприязнь к таким женщинам, и их осуждающая, дискриминирующая позиция мешает отнестись к женщине, планирующей/вынужденной отказаться от ребенка, как к человеку в трудной жизненной ситуации.

Специалист ЛПУ, привлекаемый к работе в рамках модели профилактики должен:

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ:

**Учреждения здравоохранения – первичное звено предотвращения отказов от новорожденных: г. Хабаровск.**

*Уникальный проект по профилактике отказов был реализован в г. Хабаровск (2005 г.). В родильном доме выявлялись женщины, которые имели намерение оставить ребенка. Их включали в целевую группу проекта, к работе с которой подключались психолог и социальный работник. В детском отделении местной больницы, по согласованию с администрацией, была выделена палата, куда из родильного дома переводились матери с детьми из целевой группы проекта. Основной целью этого перевода было сохранение и укрепление привязанности между матерью и ребенком. Во время их пребывания в больнице проводилась работа по решению жилищных, материальных, юридических проблем, изменению внутрисемейных отношений.*

*При выписке вместе с ребенком из роддома или детской больницы женщина получала в подарок комплект одежды для новорожденного. Индивидуальный план помощи семье, составленный в родильном доме, дополнялся и корректировался в процессе его выполнения. Медико-психолого-социальное сопровождение семей продолжалось до исчезновения риска повторного отказа. Если женщина из целевой группы проекта ко времени выписки из роддома не имела возможности ни забрать ребенка домой, ни жить с ним в палате детской больницы, оформлялось его временное помещение в дом ребенка. Однако практика показала, что даже при проведении сопровождения, в этой ситуации у сотрудников проекта было очень мало возможностей благоприятно влиять на ход событий. Такое же медико-психолого-социальное сопровождение (по схеме «ребенок в семье» или «ребенок временно в доме ребенка») применялось и по отношению к женщинам, самовольно оставившим роддом после рождения ребенка, при их успешном розыске и получении согласия принять помощь.*

- быть информирован по проблемам психосоциальной поддержки женщин целевой группы в дородовой и послеродовой период;
- знать специфику состояния женщин целевой группы во время беременности;
- иметь навыки позитивного общения с клиентами, уметь эффективно и доступно доносить информацию;
- избегать профессиональных мифов и стереотипов по поводу беременности, родов, родительского потенциала у женщин целевой группы.

Задачи специалистов учреждений здравоохранения в работе по предотвращению отказов от новорожденных разносторонние и зависят от этапов работы, которые

координируются организацией/службой уполномоченной заниматься деятельностью по профилактике отказов, вне зависимости от того, на базе какого учреждения и ведомства данная служба находится:

- распознать по определенным критериям женщину, намеренную отказаться от новорожденного;
- передать в регламентированные сроки информацию уполномоченной службе (как правило, это необходимо сделать в течении 1 часа с момента выявления женщины, уже родившей, в течении 1 суток с момента выявления женщины, находящейся на стадии беременности). В случаях, когда этого сделать не удастся (или делается не оперативно), специалисты будут вы-

нуждены прикладывать значительные усилия по определению местонахождения женщины;

- оказать необходимую поддержку женщине и обеспечить безопасность ребенка.

Факторы, указывающие на высокую вероятность отказа от ребенка, и необходимость отнесения пациентки к группе риска по проблеме отказа:

#### *А). В женской консультации:*

- декларация самой женщиной возможности отказа после родов;
- пациентка не состоит на учете в консультации, однако появлялась с целью прервать беременность на позднем сроке;
- отказ от ребенка в прошлом;
- подавленное состояние во время приема, отсутствие интереса к состоянию плода, к беременности;
- наличие патологии в развитии плода;
- наступление беременности в результате принуждения или сексуального насилия;
- проблемное употребление алкоголя и/или наркотиков.

#### *Б). В родильном доме:*

- прямое намерение отказаться от ребенка;
- выражение пациенткой сомнения в том, будет ли она забирать ребенка из роддома;
- пациентка поступает без паспорта или путается в информации о себе, отказывается отвечать на вопросы о себе;
- пациентка поступает без медицинских документов и предварительного обследования;

- пациентка поступает в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- пациентка неохотно, сбивчиво или очевидно лживо сообщает о месте постоянного жительства;
- пациентка отказывается видаться с новорожденным или кормить его;
- пациентка стремится под любым предлогом покинуть отделение;
- пациентку не навещают родные, близкие;
- слишком юный возраст пациентки;
- депрессивное состояние;
- отказ от ребенка в прошлом;
- рождение у пациентки «особого», больного ребенка.

Среди приведенных факторов риска отказа от новорожденного есть как прямо указывающие на возможность отказа (декларирование отказа, намерение отказаться), так и косвенные. В одних случаях пациентки ЛПУ могут заявлять о своем желании отказаться от ребенка, в других – скрывают свое намерение от окружающих и незаметно покидают роддом. Безусловно, не все женщины, кому было отказано в позднем прерывании беременности или кто отказывался от ребенка в прошлом, обязательно откажутся от ребенка.

Однако в отношении пациентки, у которой отмечены один, или, как правило, сразу несколько факторов риска отказа, задача специалиста ЛПУ – провести первичную беседу для прояснения ситуации. Учет данных критериев медицинским персоналом позволит своевременно выявить угрозу отказа и содействовать оперативному реагированию.

Пошаговые действия персонала ЛПУ в ситуации отказа от новорожденного:

1. Сообщение руководителю учрежде-

ния о ситуации отказа. Руководитель обеспечивает привлечение необходимых специалистов для оказания помощи женщине и обеспечения безопасности ребенка.

2. Установление доверительных отношений с пациенткой и выяснение возможных причин отказа.
3. Получение согласия пациентки на работу с ней специалистов службы профилактики.
4. При согласии на сотрудничество – передача сигнала в организацию\службу уполномоченную работать с клиентами данной целевой группы, вызов «мобильной группы» этой организации\службы.
5. Принимать меры по пробуждению у женщины чувства привязанности к новорожденному (например, с помощью бесед с ней о ребенке и уходе за ним, участие в группе подготовки к родам, вскармливании, прикладывания ребенка к груди, пребывания ребенка в палате с матерью и т.д.).

Ранее выявление женщин с риском по отказу, следует проводить на этапе беременности, что позволит решить наиболее острые социально-психологические, бытовые проблемы матери еще до рождения ребёнка. К сожалению, наиболее социально уязвимые категории женщин не состоят на дородовом учете и попадают в наблюдательное отделение одного из родильных домов уже на этапе родов. Как правило, необследованных рожениц доставляют в определенные родильные дома, там же они отказываются от своих детей.

По медицинским показаниям, связанным с состоянием здоровья, либо в связи с оставлением ребенка матерью в родильном доме, новорожденные направляются в детскую больницу. Такие отделения явля-

#### РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ:

**Учреждения здравоохранения – первичное звено предотвращения отказов от новорожденных: г. Гатчина.**

*В г. Гатчина Ленинградской области был реализован проект по оказанию помощи матерям, имеющим намерение отказаться от ребенка. В течение пяти дней их пребывания в родильном отделении с ними работали психологи, обсуждавшие их решение, и социальные работники, взаимодействовавшие с семьями женщин и оценивавшие критичность ситуации. Даже в случае стабилизации ситуации и изменении решения матерей об отказе от ребенка, социальные работники обеспечивали необходимую поддержку этим семьям в течение двух лет.*

ются важной отправной точкой для работы по возврату детей в кровную семью, в том числе для поиска ближайших родственников матери. Врачи-педиатры детских больниц являются проводниками информации к женщинам и членам их семей о доступной им социально-психологической помощи. Важно помнить, что основным инструментом для соблюдения интересов клиентки при передаче информации является ее информированное согласие.

Профилактика ранних отказов от детей с 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, и как правило матери, находясь в состоянии психологического стресса заранее не высказывают прямого желания отказаться от ребенка, это решение может быть принято импульсивно. Обеспечение индивидуаль-

ного 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 ЛПУ прежде всего следует предусмотреть возможность пребывания ребенка рядом с матерью. Для матери, которую оказалось невозможным поместить вместе с ребенком, нужно предусмотреть возможность посещения ребёнка в том отделении, где он госпитализирован, максимально содействуя обеспечению раннего контакта ребенка с родителями для установления семейного взаимодействия. Следующим шагом становится сообщение семье о диагнозе новорожденного, при организации которого рекомендуется придерживаться ниже изложенной процедуры:

1. Для сообщения нужно выбрать подходящее место и время
2. Желательно чтобы диагноз сообщал опытный врач в сопровождении представителя среднего или младшего медицинского персонала, а также по возможности, психолога.
3. Сообщение диагноза должно происходить в присутствии обоих родителей или близкого для матери человека
4. По возможности обеспечить присутствие в момент сообщения новорожденного.
5. Начиная разговор о диагнозе, необходимо иметь в запасе достаточно длительное время (может быть несколько часов) на общение родителями.
6. Диагноз сообщается после достаточно продолжительного подготовитель-

ного разговора о проведенных исследованиях и имеющихся изменениях в организме.

7. Сообщение диагноза не должно выглядеть как вынесение приговора. Необходимо трансформировать своё послание родителям в смысловую конструкцию: «Диагноз столь серьезен, что возможны тяжёлые последствия».
8. Необходимо дать разъяснение природы аномалии, прогнозах дальнейшего развития ребенка, проведения необходимых лечебных мероприятий
9. Следует проинформировать родителей о перспективах социальной адаптации детей с данной патологией развития в общество и существующих услугах в этом секторе, а также дать координаты соответствующих учреждений и родительских общественных объединений.
10. Получить согласие родителей на встречу с психологом и социальным работником из центра психологической поддержки семьи/центра ранней помощи для организации сопровождения семьи при принятии решения о судьбе ребенка и обеспечения преемственности медико-социального и психолого-педагогического сопровождения по месту жительства.

Если решение об отказе сразу изменить не удастся, то в отдельных случаях работа с семьей может быть продолжена<sup>3</sup>. Совмещение временного помещения ребенка под опеку государства с активной работой с семьей имеет высокие шансы быть эффективной в работе по предотвращению отказов и может демонстрировать неплохие результаты.

<sup>3</sup> В трудной жизненной ситуации, когда по объективным причинам женщина не может исполнять свои родительские обязанности, по ее заявлению органом опеки и попечительства ребенку может быть назначен временный опекун или попечитель. На этот период так называемого «временного отказа» ребенок может быть, в частности, помещен в принимающую семью, в крайнем случае – ЛПУ или дом ребенка.

На всех этапах траектории движения ребенка, которого оставили родители, важно, чтобы специалисты ЛПУ вовлекали в совместную работу специалистов организации, уполномоченной специально заниматься деятельностью по профилактике социального сиротства, органов и учреждений социальной защиты населения, ОПП, НГО. В частности, предоставляли возможность проводить консультирование женщин и их родственников в медицинских учреждениях, привлекать женщин, которые имели намерение отказаться от ребенка, но изменили его (консультирование по принципу «равный-равному»), организовать работу даже в наблюдательных отделениях родильных домов, где рождают женщины с установленным ВИЧ-статусом, либо не состоявшие на дородовом наблюдении. В доме ребенка должен быть специалист, ответственный за организацию работы с клиентами данной целевой группы, за взаимодействие с партнерскими организациями. Работа по профилактике отказа в соответствии с реализуемым планом реабилитации и сопровождения клиентки направлена в том числе на стимулирование родителей к исполнению своих обязательств. Дом ребенка в рамках работы по профилактической модели должен не просто приветствовать посещения со стороны родителей

и родственников, но систематически и целенаправленно заинтересовывать членов семьи, чтобы они навещали ребенка, не ждали, когда те сами проявят интерес.

Применение межведомственной модели профилактики отказов предполагает наличие комплекса услуг для клиентов целевой группы. Один из вариантов – сотрудничество со службами раннего вмешательства для коррекции психосоматических нарушений у детей раннего возраста, а также психологическими службами для психодиагностики и психологической коррекции.

Кроме того, одной из инновационных услуг в рамках профилактической модели является предоставление матери и ребенку по социальным показаниям (в качестве меры по решению проблем с жильем или с безопасностью окружения матери) возможности временного совместного проживания. Помимо учреждений социального обслуживания, такая услуга в форме «социальной гостиницы» и т.п. может оказываться в детской больнице, в доме ребенка. В таком случае важно обеспечить комфортное проживание детей в ЛПУ, а также создать условия для обучения женщин навыкам взаимодействия с детьми, чему будут способствовать действующие в ЛПУ комнаты игр, места для прогулок, воспитатели, психологи и т.д.

### **Мониторинг и оценка**

Деятельность ЛПУ, участвующих в профилактике отказов от новорожденных, должна быть обеспечена системой показателей и индикаторов, позволяющих оценить ход и результаты работы. Среди некоторых ее показателей можно выделить:

- численность новорожденных детей в отношении которых в ЛПУ оформлено согласие на усыновление (удочерение) или составлен акт об оставлении, а также их доля среди всех

новорожденных;

- причины отказов от новорожденных и их структура, в том числе – трудная жизненная ситуация матери (семьи), заболевание (патология) матери или ребенка, проблемное употребление алкоголя или/и наркотиков;
- количество случаев отказа (или угрозы отказа), по которым передан сигнал в службу профилактики.

## Приложение 1.

**Сигнальный лист для учреждений системы здравоохранения (родовспомогательных учреждений).**

Пример из деятельности НГОО «Сибмама», г. Новосибирск.

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| Дата заполнения:                                                   |  |
| Номер сигнального листа                                            |  |
| Заявитель: (Ф.И.О, учреждение)                                     |  |
| Ф.И.О. (женщины, родившей ребенка)                                 |  |
| Паспортные данные:                                                 |  |
| Адрес по прописке:                                                 |  |
| Адрес фактического проживания:                                     |  |
| Наличие обменной карты:                                            |  |
| Дата родов:                                                        |  |
| Пол ребенка:                                                       |  |
| Дата отказа от ребенка:                                            |  |
| Декларируемая причина:                                             |  |
| Дата и время передачи сигнала в службу «Скорая социальная помощь»: |  |

Заявитель: \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

Подпись

Главный врач: \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

Подпись

М.П.

**Сигнальный лист службы профилактики отказов от новорожденных.**

Пример из деятельности НГОО «Сибмама», г. Новосибирск.

|                                                            |                                |                             |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <b>Сигнальный лист № _____</b>                             |                                |                             |
| " ____ " ____ г. / ____ - ____<br>Дата / время составления | _____<br>Организация заявитель |                             |
| _____<br>Ф.И.О. (женщины родившей ребенка)                 |                                |                             |
| " ____ " ____ г.<br>дата рождения                          | " ____ " ____ г.<br>дата родов | муж.    жен.<br>пол ребенка |
| Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ " ____ " ____ г.  |                                |                             |
| Адрес по прописке: _____ ул. _____ дом _____ кв. _____     |                                |                             |
| Адрес фактический: _____ ул. _____ дом _____ кв. _____     |                                |                             |
| Телефон: _____                                             |                                |                             |
| Декларируемая причина отказа: _____                        |                                |                             |
| ФИО специалиста с профилем оперативного реагирования       |                                |                             |

**Проверка сигнала:**

| Дата / время | Место встречи: | Специалист | Результат встречи с женщиной: | Первичное обследование ресурсов ближайшего окружения: |
|--------------|----------------|------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
|              |                |            |                               |                                                       |
|              |                |            |                               |                                                       |
|              |                |            |                               |                                                       |

**Акт первичной диагностики:**

Обстоятельства приведшие к отказу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Описание ресурсов ближайшего окружения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Семейное положение: \_\_\_\_\_

Наличие старших детей: \_\_\_\_\_

Наличие реабилитационного потенциала женщины: \_\_\_\_\_

Оценка риска оставления ребенка с матерью

Ресурсы службы, необходимые для минимизации или решения проблем женщины: \_\_\_\_\_

Решение об открытии случая: \_\_\_\_\_

Назначение куратора: \_\_\_\_\_

### Приложение 3.

**Форма Журнала регистрации сигналов об отказах в учреждениях здравоохранения (родовспомогательных учреждений).**

| Дата поступления сигнала/куда, кому передан сигнал | ФИО женщины | Контактные данные, паспортные данные | Декларируемая причина отказа в родильном доме | Предпринятые меры |
|----------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------|
|                                                    |             |                                      |                                               |                   |
|                                                    |             |                                      |                                               |                   |

## РОЛЬ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ И УЧРЕЖДЕНИЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАННИХ ОТКАЗОВ ОТ ДЕТЕЙ

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ.

Одним из ключевых критериев оценки эффективности системы защиты детей является показатель социального сиротства. Профилактика социального сиротства – приоритет социальной политики РФ, главная цель – реализация права ребёнка 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:

- в роддоме женщина написала заявление о согласии на усыновление;
- роженица самовольно покинула роддом\больницу, не написав упомянутого заявления, сотрудники учреждения оформили «Акт об оставлении ребенка в лечебно-профилактическом

учреждении»;

- в сложных жизненных обстоятельствах женщина, в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об опеке и попечительстве» (от 24.04.2008 № 48-ФЗ), 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 отказаться 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 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 эконо-

мить бюджету до 500 тыс. рублей в год, существенно снижать показатели сиротства в регионе. Практика показывает, что при должной организации работы по предотвращению отказов от новорожденных удается добиться успеха в 30-40% случаев.

### ***Какие меры принимаются 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 реабилитации 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;
- предоставление услуг по социально-психологической реабилитации женщин, планирующих и/или вынужденных оставить детей;
- реализация программ пост-интернатного социального сопровождения выпускниц интернатных учреждений;
- развитие института «принимающих семей» и «гостевых семей», куда можно временно разместить ребёнка или женщину, планирующую или вынужденную отказаться от новорожденного, вместе с ним на период решения имеющихся у матери (семьи ребенка) 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 при-

- нимающих семей с функцией наставничества;
- развитие инфраструктуры ранней помощи, 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 детей.

### ***Основания для работы по предотвращению отказов от новорожденных.***

Предотвращение отказов от новорожденных направлено не только на обеспечение приоритетного права детей воспитываться в семье, но и на решение отдельных вопросов социально-демографической и семейной политики Российской Федерации, а также является одним из направлений работы по профилактике социального сиротства и реабилитации семей «группы риска».

Нормативно-правовое обеспечение профилактики отказов от новорожденных регулируется следующими документами:

- Конвенция о правах ребенка (ч. 1, ст. 3; ч. 2, ст. 19, ст. 9, ст. 18; ч. 3, ст. 27);
- Семейный кодекс Российской Федерации (ч. 2, ст. 54);
- Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности

и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.1999 №120-ФЗ (ст. 9, п. 2; ст. 5, п. 2; ч. 1, ст. 2);

- Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», 124-ФЗ (ст. 7, п. 3; ч. 1, ст. 7; ч. 3, ст. 7; ч. 2, ст. 4);
- Федеральный закон «Об опеке и попечительстве» от 24.04.2008 №48-ФЗ (ч. 3, ст. 6; ч. 4, ст. 6).

## **Цели, принципы и технология работы по предотвращению отказов от новорожденных.**

Основная задача органов и учреждений социальной защиты населения в контексте организации деятельности по предотвращению отказов от новорожденных – координация взаимодействия с учреждениями здравоохранения при выявлении женщин, планирующих/вынужденных отказаться от новорожденного, и последующее сопровождение и поддержка её и ребенка (при необходимости – его временных опекунов) совместно с ОПП. В последнее время, российские регионы широко используют потенциал учреждений социального обслуживания населения для создания на их базе услуг (отдельных служб) для профилактики отказов от новорожденных (в структуре действующих центров социальной помощи семье и детям, кризисных центров для женщин и т.д.).

Приоритет в деятельности по профилактике отказов от новорожденных в системе учреждений социального обслуживания населения – сохранение ребенка в кровной семье через реабилитационную работу с ней. Основное содержание реабилитационной работы с семьей в рамках профилактической модели состоит в устранении или минимизации факторов, приводящих к отказу матери (родителей) от ребёнка, а также минимизации риска причинения вреда, влияющего на развитие ребенка (особенно в случае, когда женщина ВИЧ-инфицирована, склонна к проблемному употреблению алкоголя и/или наркотиков и т.д.).

Методологически и технологически работа с семьей по профилактике отказов от новорожденных строится на принципах и по правилам технологии «Работа междисциплинарной команды специалистов со случаем» (casemanagement). На практике это реализует назначаемый для каждого открытого случая ответственный спе-

циалист, обычно его называют – «куратор случая». В задачи куратора входит установление доверительных отношений с клиентом и его семьей, исследование причин возникновения случая, разработка плана мероприятий по нейтрализации/минимизации выявленных причин. Для осуществления мероприятий плана реабилитации по случаю куратор подключает необходимые ведомственные структуры и учреждения, осуществляет коммуникацию со всеми задействованными и заинтересованными лицами, вовлекает их в реабилитационный процесс.

При выявлении беременных или родильниц, намеренных отказаться от новорожденного ребенка, специалист социальной защиты в течение одного дня передает информацию в установленном приказом по учреждению порядке в уполномоченную организацию.

Специалист, принявший и зарегистрировавший сигнал, оценивает его экстренность и передает информацию специалисту, имеющему полномочия и навыки проведения исследования и оценки подобных ситуаций. Если женщина находится на поздней стадии беременности, выезд к ней осуществляется в течение 1-5 дней. Если речь идет о родившей женщине, выезд осуществляется в течение 1-3 часов с момента получения сигнала.

Специалист встречается с женщиной, выясняет причины намерений отказа, изучает природу их возникновения, оценивает возможность и безопасность нахождения ребенка с матерью.

На основании полученной информации, степени готовности к сотрудничеству клиентки принимается решение об открытии случая. В некоторых случаях женщина меняет решение об отказе уже в первую встречу с куратором. Тем не менее, случай

намерения в отказе от ребенка должен регистрироваться вне зависимости от вновь принятого женщиной решения.

Вся полученная о случае информация, распоряжение об открытии случая вместе с распоряжением/приказом о назначении передаётся куратору случая.

Куратор случая устанавливает доверительные отношения с клиенткой и ее семьей, исследует причины возникновения данного случая отказа, вовлекает клиентку в совместную разработку плана мероприятий по нейтрализации/минимизации выявленных причин. Для осуществления мероприятий планирует привлечение к сотрудничеству специалистов из разных учреждений и ведомств.

План, разработанный совместно куратором и клиентом, для повышения его качества обсуждается на консилиуме специалистов, который рекомендует и сроки, и порядок мониторинга эффективности работы по данному плану.

Согласованный План реабилитации утверждается руководителем организации, службы принявшей решение об открытии данного случая, т.к. именно он несет ответственность за эффективность работы и безопасность ребенка. После утверждения плана реабилитации куратор приступает к его реализации, привлекая все имеющиеся в его распоряжении ведомственные ресурсы, специалистов, активно вовлекая клиента в выполнение мероприятий, оценку их эффективности.

В случае, если к моменту изменения решения об отказе, ребенок был определён в дом ребенка, к работе необходимо дополнительное подключение органов опеки и попечительства для оформления официального на посещения. При этом куратор случая вовлекает в реабилитационную работу специалистов дома ребёнка, которые обучают женщину навыкам ухода за малышом, чем содействуют формиро-

ванию устойчивой привязанности, обеспечивают регулярность посещений. Иногда для того, чтобы временное помещение малыша в Дом ребенка не ставило под угрозу и без того еще непрочную привязанность к нему со стороны матери и других членов их семьи, возможно перевести мать с ребенком в детскую больницу. За время совместного пребывания в больнице женщина должна быть обучена приемам ухода, способам общения с ребенком, грудному вскармливанию, укрепляя тем самым свою привязанность к малышу. В этот период куратор случая с коллегами оказывает помощь женщине в решении других актуальных для неё проблем: жилищных, материальных, юридических, в изменении внутрисемейных отношений, в повышении значимости роли матери в глазах членов ее семьи.

Весь реабилитационный процесс обязательно должен сопровождаться постоянным мониторингом ситуации. Специалисты анализируют ход реализации запланированных мероприятий, оценивают их эффективность, намечают дальнейшие действия или закрывают случай на заседаниях консилиума, который должен рассматривать случай не реже 1 раза в три месяца. На протяжении всех этапов работы обязательно должно быть организовано супервизорское сопровождение деятельности всех специалистов. Это способствует не только повышению качества услуги, но и профилактике эмоционального сгорания сотрудников.

Заккрытие случая проводится на следующих основаниях:

- если проблемы, ставшие причиной отказа от новорожденного, устранены или минимизированы в период нахождения женщины с ребенком в стационаре, то случай закрывается не

позднее, чем через 2 месяца сопровождения семьи;

- если реабилитационный план сопровождения полностью реализован, ситуация в семье позволяет оставить в ней ребенка, и мать в состоянии удовлетворять его необходимые потребности и обеспечивать его безопасность;
- если ребенок находится в семье, и мать в настоящее время удовлетворяет его потребности, но в реализации реабилитационного плана не участвует, то случай передается на патронаж в соответствующие отделения центров социального обслуживания населения, работающих с семьями из групп риска;
- если ребенок находится в семье, мать в настоящее время удовлетворяет его потребности, план сопровождения реализован, однако женщина имеет ряд проблем, не связанных с отказом от ребенка, но представляющих риски для дальнейшего семейного благополучия матери и ребенка, то случай передаётся в органы или учреждения социальной защиты, работающие с семьями;
- если дальнейшее нахождение ребенка в семье невозможно, т.к. установлено отсутствие перспективы реабилитации, и мать не обеспечивает потребности ребенка, что представляет угрозу для его здоровья или жизни, то информация о случае официальным письмом передаётся в органы опеки и попечительства, и с этого момента случай считается закрытым.

### **Примечания.**

Работа по профилактике отказа от новорожденного ребенка может проводиться и в женской консультации, и в роддоме, и после выписки матери (в случае

необходимости). Если женщина обладает реабилитационным потенциалом, работа не прекращается даже в том случае, если соответствующие документы об отказе от ребенка уже переданы в отдел опеки и попечительства. В этом случае необходимо более широко практиковать временное помещение ребенка под опеку государства, которое совмещается с активной работой по изменению первоначальных намерений матери об отказе.

В состав междисциплинарной команды по профилактике отказов от новорожденных должны входить координатор (руководитель), куратор случаев, психолог. В случае необходимости к работе службы профилактики отказов привлекаются специалисты органов, учреждений, служб и организаций, осуществляющих деятельность по работе с семьей и детьми на данной территории.

В соответствии с Федеральным законом «Об опеке и попечительстве» (ст. 13) в случае окончательно не принятого решения об отказе от новорожденного ребенка, мать может направить в орган опеки и попечительства заявление о временном отказе с просьбой о назначении ее ребенку

#### **РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ:**

**Патронаж женщин, изменивших решение об отказе: Краснодарский край**

*В г. Ейск Краснодарского края создана служба по оказанию медицинской, психологической и юридической помощи беременным женщинам, матерям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и несовершеннолетним матерям. В компетенцию специалистов службы входит посещение семей на дому и обучение молодых мам навыкам ухода за ребенком.*

опекуна или попечителя на определенный срок, в течение которого она по уважительным причинам не сможет исполнять свои родительские обязанности. На основании ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации оформляется акт органа опеки и попечительства о нецелесообразности помещения ребенка в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и о назначении для ребенка опекуна или попечителя с указанием срока действия его полномочий. В этот период

ребенок может быть временно помещен в лечебное учреждение или в дом ребенка, либо ему временно может быть назначен опекун или попечитель. Если ребенка не забирают из соответствующего учреждения по истечении срока, указанного в заявлении, органом опеки и попечительства изучаются условия и обстоятельства, препятствующие возвращению ребенка в семью. При наличии обстоятельств, указанных в ст. 69 Семейного Кодекса, начинается процедура лишения родительских прав.

### ***Рекомендации к организации деятельности по профилактике отказов в системе социального обслуживания населения.***

Ключевыми требованиями к качеству работы по предотвращению отказов от новорожденных являются:

- обучение персонала технологии «работы со случаем». Профилактика отказов от новорожденных носит межведомственный характер, поэтому каждый специалист в дополнение к ключевым компетенциям специалиста должен:
- быть информирован по проблемам организации психосоциальной поддержки женщин группы риска в дородовой и послеродовой период;
- знать специфику психологического состояния женщин целевой группы во время периода 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.

Эффективность деятельности социальных служб во многом зависит от их способности вовлекать в работу представителей наиболее «труднодоступных» групп местного сообщества. В рамках работы по профилактике отказов новорожденных необходимо решить задачу привлечения в качестве клиентов беременных женщин (в т.ч. - несовершеннолетних) и женщин с детьми раннего возраста, попавших в кризисную ситуацию, которая может привести к отказу от ребенка.

Для успешной деятельности по профилактике отказов необходимо наладить контакт с женскими консультациями, которые осуществляют дородовое наблюдение. К сожалению, наиболее социально уязвимые категории женщин не состоят на дородовом учете. В таком случае они попадают в наблюдательное отделение одного из родильных домов уже на этапе родов.

В рамках работы по предотвращению отказов важно вести работу в наблюдательных отделениях родильных домов, где рождают женщины с установленным ВИЧ-статусом, либо не состоявшие на дородовом наблюдении. Сотрудники родильного дома могут предоставлять родильницам информацию о возможности получить социально-психологическое консультирование, а впоследствии – комплексную помощь, направленную на облегчение трудной жизненной ситуации. Если женщина дает свое согласие, непосредственно в отделении с ней встречается специалист службы профилактики отказов, который проясняет детали и условия получения помощи.

До выписки из роддома или детской больницы необходимо проконтролировать наличие одежды для новорожденного, средств гигиены и ухода за ребенком. Это продиктовано тем, что во время беременности женщина не готовилась к появлению новорожденного, поэтому при возвращении домой, у нее сразу могут появиться трудности (с вещами и средствами ухода). Кроме того, важную роль для женщины играет сам «ритуал выписки из роддома».

Женщину, изменившую решение об отказе от новорожденного важно сопровождать и после выписки из роддома. Необходимо осуществлять домашние визиты, оказывать помощь по организации быта и налаживанию внутрисемейных отношений, проводить обучение навыкам по уходу за ребенком, оказывать содействие в оформлении необходимых документов для получения льгот, выплат, решения жилищных, медицинских и бытовых проблем. Медико-психолого-социальное сопровождение матерей (семей) необходимо продолжать до исчезновения риска повторного отказа.

Часто недостаточно хороший уход за ребенком может быть вызван не толь-

ко и не столько отсутствием мотивации со стороны матери, сколько ее неумением распознавать эмоции, потребности и нужды малыша, а также отсутствием знаний о том, насколько серьезные последствия может вызвать в будущем неудовлетворение физических и эмоциональных потребностей ребенка. Осуществляя патронаж важно помнить о том, что в центре внимания должна находиться диада «мать-младенец», т.к. условия жизни ребенка младенческого возраста и его благополучие напрямую связаны с благополучием его матери (нужно отслеживать психологическое состояние матери и помогать ей). Вместе с тем, нельзя рассматривать их в отрыве от остальных членов семьи, поскольку семья всегда функционирует как система, где все члены семьи тесно связаны друг с другом, необходима активизация и укрепление внутренних ресурсов семьи, ее поддержка извне.

Часто по медицинским показаниям, связанным с состоянием здоровья, либо в связи с оставлением ребенка матерью в родильном доме, новорожденные направляются в детскую больницу. Такие отделения так же являются важным местом для организации работы по профилактике отказов от новорожденных. Врачи-педиатры детских больниц могут стать проводниками информации к женщинам и членам их семей о доступной им помощи со стороны социальной службы.

Наиболее действенными являются стратегии, при которых специалисты социальной службы берут на себя инициативу в поиске и установлении контакта с женщинами целевой группы, например, проводят их консультирование непосредственно в медицинских учреждениях. Ещё одной формой работы может быть вовлечение в неё женщин, которые имели намерение отказаться от ребенка, но изменили его (принцип «равный – равному»).

## **Инновационные подходы в профилактике отказов от новорожденных в деятельности учреждений социальной защиты.**

Учреждения социального обслуживания населения имеют значительную материальную базу и широкий набор услуг для различных групп населения. Для решения проблем женщин, планирующих/вынужденных отказаться от ребёнка, необходима особая инфраструктура социальных услуг:

- «социальная гостиница с временным пребыванием/проживанием матерей совместно с детьми»;
- «материнский центр по обучению женщин навыкам ухода и родительским компетенциям»;
- группы кратковременного пребывания для детей;
- «домашние помощники»;
- «волонтеры»;
- «родительский клуб»;
- помощь в поиске жилья;
- юридическая консультация.

Суть переориентации ресурсов социальной службы к потребностям данной целевой группы заключается в ревизии уже имеющихся в учреждениях услуг и на основании этого выработке новых и адаптации существующих форм и методов работы к актуальным потребностям клиентов рассматриваемой группы. Примеры такой ревизии:

1). Отделения дневного пребывания учреждений социального обслуживания традиционно оказывают услуги по категориальному принципу: детям из малообеспеченных семей, клиентам с инвалидностью и т.п. Женщины и дети целевой группы, как правило, не получают услугу, поскольку не могут подтвердить принадлежность ни к одной из названных категорий. Создание условий для включения семей группы риска по проблеме отказа в

число получателей этой услуги позволит эффективнее сопровождать и поддерживать женщину и ребенка.

2). Учреждения, организующие на своей базе оздоровительные группы для детей и взрослых с круглосуточным пребыванием, могут предоставлять услугу временного пребывания/проживания женщинам с детьми. Это может стать реализацией модели «материнского центра», широко применяемой за рубежом. Задача таких материнских центров: предупредить социальную изоляцию беременных и молодых матерей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

3). Как правило, учреждения социального обслуживания оказывают услуги по социально-психологической реабилитации для различных целевых групп. При условии дополнительного обучения особенностям работы с женщинами, планирующими или вынужденными отказаться от ребенка, возможна организация клубной работы с этой целевой группой: группы взаимопомощи, группы поддержки, школы повышения родительской компетенции. Такая работа необходима из-за важности пролонгированной социально-психологической поддержки женщин, изменивших свое решение об отказе.

4). Как альтернатива стационарным услугам возможно организовать временное размещение матери с новорожденным в «гостевых семьях» (принимающих семьях с функцией наставничества). Для организации такой работы необходимо организовать отбор и подготовку семей, создав банк данных о семьях, успешно прошедших это обучение.

5). Отделения учреждений социального обслуживания по работе с детьми с ограниченными возможностями, как правило, не принимают на реабилитацию/аби-

литацию детей без статуса. Оказание реабилитационных или абилитационных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья поможет в решении проблем матерей, решивших отказаться от ребенка в связи с серьезными заболеваниями или патологиями новорожденного.

6). Учреждения социального обслуживания имеют большой опыт оказания услуг на дому. Представляется целесообразным

и эффективным развитие данных форм социальной помощи женщинам, изменившим решение об отказе от ребенка. Такие формы оказания услуг могут решать вопросы связанные не только с решением бытовых вопросов, но и способствовать повышению родительской компетентности женщины, формирования навыков ухода за малышом, способов его раннего развития, взаимодействия и проч.

## Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей для руководителей и должностных лиц, принимающих решения на региональном и муниципальном уровне

### Описание явления

Одним из ключевых критериев оценки эффективности системы защиты детей в регионе, муниципалитете является показатель социального сиротства. Несмотря на рост расходов на социальную защиту детства, не происходит заметного снижения числа социальных сирот, что свидетельствует о недостаточно эффективной работе системы защиты детства.

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 или

2) в случае, когда роженица самостоятельно покидает роддом или больницу, не написав упомянутого заявления, сотрудники учреждения оформили «Акт об оставлении ребенка в лечебно-профилактическом учреждении»; или

3) в сложных жизненных обстоятельствах женщина, в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об опеке и попечительстве» (от 24.04.2008 № 48-ФЗ), 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 ребёнка вопреки своим желаниям и интересам, поэтому при предоставлении им необходимой поддержки своевременно и оперативно многие женщины меняют своё решение об отказе. Ключевыми факторами и условиями (но не обязательно), 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, наруше-

ние 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.

## Цифры и факты

Российская статистика свидетельствует, ежегодно среди социальных сирот около 12 000-16 000 детей (около 5%) – 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

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.

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.

## **Какие меры принимаются 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.

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.***

- 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 более 5 лет в 15 субъектах РФ. 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.

- 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 ребен-

ка в кровную семью при изменении решения матери об отказе.

- Развивать инфраструктуру услуг семьям «группы риска» по отказу: создание служб профилактики отказов от новорожденных, пост-интернатное сопровождение для выпускниц детских домов, открытие кризисных центров для женщин с возможностью временного пребывания совместно с детьми, развитие института «временных приемных/принимающих семей», реабилитация беременных женщин и их партнеров с проблемным употреблением наркотиков и алкоголя и т.д.

- Организовать работу по выявлению и статистическому учету данных о причинах и условиях, провоцирующих отказы, а также о численности детей, оставленных матерями.

- 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.

- Содействовать созданию системы повышения профессиональной компетентности специалистов, вовлеченных в профилактику отказов от новорожденных, организации их консультационно-методической поддержки.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

**Методические подходы к решению проблемы ранних отказов от детей на региональном и муниципальном уровне**

Семейная и демографическая политика Российской Федерации имеет в качестве одной из стратегических целей выработку практического механизма профилактики социального сиротства и, как следствие, – сокращение числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Президентом Российской Федерации особо подчеркивается необходимость активизации деятельности по предупреждению социального сиротства<sup>4</sup>. Однако, несмотря на предпринимаемые меры и выделяемые государством существенные финансовые ресурсы, критического перелома в ситуации пока не достигнуто, масштаб социального сиротства в России остается высоким.

Ежегодно выявляются более 100 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, среди которых 83-84% составляют социальные сироты. Каждый год их ряды пополняют 12-16 тыс. новорожденных, от которых матери отказываются уже в родильных домах (около 5% от общего числа всех родившихся детей)<sup>5</sup>.

Анализ проблемы социального сиротства показывает, что недостаточная эф-

фективность деятельности по его преодолению связана с неполной реализацией приоритета профилактической работы на ранней стадии семейного неблагополучия/ Большинство проводимых мероприятий ориентированы не столько на профилактику социального сиротства, сколько на преодоление его последствий – вмешательство осуществляется на поздних стадиях социального неблагополучия семей и при уже свершившемся факте отказа от ребенка.

Активизация профилактических мероприятий могла бы способствовать раннему выявлению семей с высоким потенциалом социального сиротства, снижению риска отказов от детей, сохранению для ребёнка кровной семьи, уменьшению числа случаев лишения родительских прав.

Развитию профилактического направления в общей системе мероприятий по преодолению проблемы социального сиротства препятствуют ряд нерешенных организационных вопросов, не позволяющих транспонировать стратегические приоритеты в плоскость эффективных практических действий.

**I. Отсутствие эффективной межведомственной координации в решении вопросов профилактики социального сиротства**

Эффективная профилактика социального сиротства возможна лишь при скоординированном межведомственном взаимодействии, выстроенном на единой концепции управленческих стратегий и от-

работанных схемах предоставления комплексных услуг.

В настоящее время сложилась парадоксальная ситуация: в деятельность по профилактике и преодолению социально-

<sup>4</sup> Доклад Президента Российской Федерации на заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политики 09.10.07.

<sup>5</sup> По приведенным данным следует с осторожностью судить об общем количестве случаев отказа от новорожденных: ведомственная статистика не охватывает новорожденных, усыновленных (переданных под опеку) до передачи в дом ребенка, а также в течение года после выписки из дома ребенка. Кроме того, статистика не учитывает детей, длительное время находящихся в лечебно-профилактических учреждениях, а также детей, причиной направления которых в дома ребенка был не отказ в роддоме, а другие основания лишения (ограничения) родительских прав.

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ:

### Институционализация системы мер по предотвращению отказов от новорожденных: Алтайский край

*В Алтайском крае в рамках реализации краевой целевой программы по профилактике отказов от новорожденных детей «Я не могу без тебя» разработана модель межведомственного взаимодействия по выявлению и комплексному сопровождению женщин из группы риска по отказам. Работа организована по принципу междисциплинарного ведения случая и основана на положениях ряда специально подготовленных документов: положения о межведомственном взаимодействии, положения о мобильной группе и кураторе случая. Выявление случаев проводится как в женской консультации, так и в роддоме. В краевом кризисном центре для женщин реализуется ряд программ:*

*- Программа профилактики отказов от новорожденных детей «Сопровождение кризисных семей на базе родильного дома».*

*- Программа психосоциального сопровождения беременных «Зарождение».*

*- Программа социального патронажа семьи.*

*- Программа развития ответственного родительства «Семья – маленькая страна».*

*Для организации диагностики и оказания комплексных услуг на базе женской консультации создан психо-коррекционный кабинет, на базе центров социальной помощи семье и детям создано отделение временного пребывания для женщин с малолетними детьми. Все женщины при выписке из роддома обеспечиваются бесплатно комплектами для новорожденных. Открыт пункт проката предметов первой необходимости для новорожденных.*

го сиротства вовлечены различные ведомства, ресурсов которых вполне достаточно для разрешения трудной жизненной ситуации матерей и устранения причин отказов от новорожденных детей. Однако отсутствие качественной межведомственной координации не позволяет обеспечить своевременность, последовательность, комплексность и мониторинг необходимых действий по профилактике социального сиротства.

Основные проблемные зоны межведомственного взаимодействия:

1. Отсутствует единая межведомственная система выявления и учета семей группы риска по социальному сиротству для возможно более раннего начала профилактических мероприятий.
2. Не отлажены механизмы взаимодействия учреждений различной ведомственной принадлежности в проведении мероприятий по профилактике или реабилитации женщин из групп риска по социальному сиротству. Существующие форматы взаимодействия недостаточно эффективны.
3. Не прописаны и финансово не обеспечены обязанности специалистов при профилактическом или реабилитационном межведомственном сопровождении семей и женщин с высоким риском ранних отказов.
4. Отсутствуют стандарты и критерии оценки межведомственного взаимодействия.
5. Не обеспечено полное нормативное сопровождение деятельности по реабилитации и социальному патронажу семей и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, что приводит к запаздыванию профилактических и реабилитационных мероприятий, в результате чего ребенок оказывается

за пределами семьи.

6. Из-за большого количества необходимой документации и сложности ее оформления существенно задерживается проведение срочных мероприятий по устранению причин ранних отказов, по реабилитации семьи в случае предупреждения отказа, а также по устройству ребенка при состоявшемся отказе.
7. Профессиональный уровень и мотивация для совершенствования работы специалистов различных ведомств по профилактике социального сиротства недостаточно высоки.

Недостаточный уровень взаимодействия заинтересованных служб ограничивает работу по профилактике социального сиротства и зачастую сводит ее лишь к регистрации проблемной ситуации, формальным профилактическим беседам с беременной женщиной и передачей отказного ребенка по цепочке из одного учреждения в другое. Очевидно, что сохранение сложившихся алгоритмов действий в неизменном виде не будет способствовать снижению числа отказов и сохранению детей в кровных семьях даже в тех случаях, когда для этого имеются реальные перспективы.

Более скоординированное межведомственное взаимодействие позволило бы:

- использовать различные каналы своевременного выявления семей и женщин из групп риска по ранним отказам;
- всесторонне изучать основные причины ранних отказов и оценивать степень их риска;
- планировать и проводить комплексные действия по устранению или минимизации факторов, влияющих на решение об отказе от ребенка;
- оказывать медицинскую, психологическую, социальную, материальную и правовую поддержку семье и беременной женщине в рамках мероприятий по профилактике ранних отказов;
- проводить реабилитацию и мониторинг ситуации;
- содействовать возможно более раннему устройству ребенка в случае свершившегося отказа.

В рамках оптимизации межведомственного взаимодействия необходимо содействовать созданию системы повышения профессиональной компетентности и мотивации специалистов всех ведомств, задействованных в работе по профилактике сиротства и в проведении супервизорской поддержки.

## II. Некачественный статистический учет случаев ранних отказов

В настоящее время предоставляемая различными учреждениями информация о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, не показывает истинную картину сиротства. В общую статистику не попадают существенное количество случаев с отказными детьми, которые по тем или иным причинам длительное время находятся в лечебно-профилактических учреждениях. Не учитываются также дети, усыновленные или переданные под опе-

ку сразу же после свершившегося отказа, еще до их направления в дом ребенка.

Существующая обязательная 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 ма-

терей – те параметры, которые при должном анализе могли бы служить основой для выработки и реализации на практике целенаправленных превентивных мероприятий.

Кроме того, большинство статистических данных, касающихся выявления и устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не размещаются в открытых источниках, что принципиально осложняет их экспертную оценку, последующее общественное обсуждение и повышение качества учета. Как показывает анализ региональной статистики, нередко случаи неправильной интерпретации данных, путаницы с определениями, неточностей в оценках значений учетных показателей. Для объективного анализа ранних отказов и принятия мер по их профилактике необходимо расширение учетных показателей, упорядочение и размещение в открытых источниках статистической информации, повышение квалификации специалистов.

Информационная база для объективного анализа социального сиротства и разработки адекватных профилактических мер должна включать наиболее информативные показатели:

- Количество отказов от детей в лечебно-профилактических учреждениях по видам отказа (согласие на усыновление, оставление в лечебно-профилактическом учреждении, подкидывание).
- Число извещений, поступивших из родильных домов и детских больниц в кризисные службы по факту случаев отказа от новорожденных.
- Число извещений о случаях отказа, переданных из лечебно-профилактических учреждений в органы опеки, 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.

Мониторинг и оценку профилактической и реабилитационной деятельности служб, занимающихся вопросами выявления и устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, необходимо проводить по следующим критериям:

- Удельный вес беременных женщин из группы риска по отказу от новорожденных, выявленных в женских консультациях.
- Удельный вес беременных женщин из группы риска, вовлеченных в программу кризисной помощи и социального сопровождения.
- Удельный вес успешных случаев предотвращения отказа (с мониторингом в течение двух лет).
- Количество, виды и доступность социальных услуг, оказываемых женщинам из групп риска.
- Удельный вес родивших женщин из групп риска, получающих комплексную поддержку и социальное сопровождение.
- Удельный вес женщин с детьми, пользующихся услугами отделений временного пребывания в учреждениях социального обслуживания семьи и детей.
- Средние сроки проживания детей-отказников в больницах.
- Время поиска замещающей семьи для ребенка-отказника.
- Наличие фактов пренебрежения нуждами ребенка в течение первого года его жизни.

### III. Отсутствие инфраструктуры услуг для семей из групп риска по отказу от новорожденных

По экспертным оценкам, при правильном распределении ресурсов и скоординированной деятельности ведомств и учреждений социального направления большинство причин отказов от ребенка могут быть устранены. Со слов беременных из групп риска, наибольшее влияние на решение сохранить ребенка в семье могут оказать:

- экономические меры социальной поддержки со стороны государства (пособия, льготы, материальная помощь, предоставление жилья, доступность широкой сети разнообразных детских учреждений с гибким графиком работы);
- помощь пост-интернатных учреждений для выпускниц интернатов (отсутствие программ по обеспечению их жильем создает плодотворную почву для пополнения рядов социальных сирот);
- наличие кризисных центров для матерей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- наличие кабинетов психологической и юридической помощи в женских консультациях, родильных домах и учреждениях социальной защиты, в которых женщины могли бы получить моральную, юридическую, а также временную жилищную и материальную поддержку.

Отдельные региональные практики подтверждают, что при наличии своевременной оказанной помощи и индивидуальном подходе к каждому конкретному случаю, до 30-40% отказов от новорожденных могут быть предотвращены.

Социальная политика и программы

помощи должны, среди прочего, предоставлять семьям навыки, возможности и средства, позволяющие им обеспечить необходимую защиту, уход за детьми и развитие своих детей. Особенно в таких мерах нуждаются одинокие родители и родители детей с инвалидностью, несовершенно-

#### РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ:

**«Мобильные междисциплинарные бригады специалистов» по предотвращению отказов от новорожденных: г. Волгоград**

*В рамках работы «мобильной рабочей группы (бригады)», действующей на базе областного учреждения социального обслуживания населения «Центр «Семья», специалисты осуществляют:*

- прием и регистрацию сигнала об отказе от новорожденного ребенка;
- выезд по месту нахождения женщины с новорожденным ребенком;
- оценку степени риска и анализ причин отказа от новорожденного ребенка;
- открытие и ведение случая.

*В случае необходимости в качестве специалистов к работе мобильной бригады привлекаются другие специалисты органов, учреждений, служб и организаций, осуществляющих деятельность по работе с семьей и детьми. Принципы междисциплинарности и «командности» в работе бригады означает, что каждый случай рассматривается как относящийся одновременно к компетенции всех этих специалистов, а ответственность за результат разделяется между всеми членами команды.*

летние родители и их дети (рожденные как в браке, так и вне брака). Необходимо предоставлять программы поддержки будущим матерям и отцам, особенно несовершеннолетним, которые испытывают трудности при выполнении родительских обязанностей. Такие программы должны иметь своей целью создание возможностей, позволяющих исключать обстоятельства, вынуждающие отказаться от своего ребенка из-за своей уязвимости.

Несовершеннолетние родители должны получить поддержку и доступ ко всем услугам, необходимым для их собственного развития, пособиям и другим видам помощи. Необходимо принимать меры по содействию продолжению обучения беременных девочек и несовершеннолетних матерей, не допускать стигматизацию и дискриминацию несовершеннолетних родителей. Такие меры социальной защиты должны включать:

- услуги по укреплению семьи, такие как курсы и занятия для родителей, поощрение позитивных взаимоотношений между родителями и детьми, развитие навыков разрешения конфликтных ситуаций, возможности трудоустройства, получения дохода и, при необходимости, социальной помощи;
- вспомогательные социальные услуги, такие как услуги по дневному уходу, посредничеству и примирению, лечение в случаях злоупотребления алкоголем или наркотиками, финансовая помощь и услуги для родителей с инвалидностью. Такие услуги должны быть комплексными, доступными по месту жительства, активно вовлекать всю семью и социальное окружение;
- молодежную политику, направленную на обучение молодежи конструктивно решать проблемы повседневной жизни,

ни, подготовку будущих родителей к принятию компетентных решений в отношении сексуального и репродуктивного здоровья и к выполнению ими своих обязанностей в этом отношении.

Своевременность, комплексность и адресность необходимой поддержки могут быть обеспечены при соблюдении ряда условий, включающих:

- создание единой межведомственной информационной базы данных о семьях и женщинах из группы риска по отказам от новорожденных;
- объединение возможностей всех ведомств социальной сферы региона (муниципалитета) в отношении каждого потенциального и свершившегося случая отказа;
- разработку и утверждение стандартов помощи семьям из групп риска по отказам;
- наличие четкого алгоритма действий специалистов разных ведомств по выявлению семей из групп риска, организации работы с беременными и их ближайшим окружением с целью профилактики отказов от детей;
- обеспечение условий конфиденциальности и безопасности для ребенка в случае отказа;
- развитие многопрофильной инфраструктуры услуг для семей из групп риска;
- гарантии предоставления необходимых социальных услуг для неблагополучных семей, имеющих несовершеннолетних детей.

Приоритет сохранения детьми кровных семей в стратегии профилактики социального сиротства обоснован как морально-этическими установками, так и социально-экономическими расчетами.

Число новорожденных, пребывающих в государственных учреждениях, и, соответственно, расходы на их содержание могут быть существенно уменьшены при изменении подходов к работе с семьями из групп риска. Так, годовое содержание одного ребёнка в интернатных учреждениях обходится государству по разным подсчетам в среднем до 500 тыс. рублей, в то время как средний ежегодный бюджет всех мероприятий по профилактике отказов от новорожденных, включающий расходы на заработную плату и оказание материальной и адресной помощи матерям из групп риска, составляет около 2 млн. рублей. Даже при средне-годовом предотвращении 35 случаев отказов от новорожденных, и их пребывании в доме ребенка не более трех месяцев, условная экономия бюджета может составить, по оценкам экспертов, около **4,5 млн. рублей**.

Вместо доминирующей в настоящее время практики устройства ребенка на полное государственное обеспечение, основными направлениями действий соответствующих служб должны стать:

- своевременная помощь в преодолении кризиса семьям из групп риска;
- предоставление беременной женщине или матери с ребенком возможности временного совместного с ребенком проживания в больнице или в доме ребенка, в кризисном или реабилитационном центре, в принимающей семье;
- содействие в своевременном устройстве отказных детей в замещающие семьи, начиная со времени их пребывания в лечебно-профилактических учреждениях, которое иногда происходит в течение длительного периода времени;
- документальное оформление в крат-

чайшие сроки передачи ребенка из родильного дома или лечебно-профилактического учреждения в замещающие семьи (без предварительного помещения в дом ребенка).

Какие шаги необходимо предпринять для организации эффективной работы по предотвращению отказов от новорожденных?

1. Оценить ситуацию (в регионе, муниципалитете), характеризующую количественные и качественные показатели отказов от новорожденных.

2. Выбрать модель деятельности службы профилактики отказов, используя местные потребности и возможности, существующую инфраструктуру услуг для семей в трудной жизненной ситуации.

3. Определить характер, объемы финансирования службы профилактики.

4. Подготовить и принять необходимый пакет документов, регулирующих деятельность службы профилактики отказов, а также схемы взаимодействия субъектов профилактики отказов.

5. Обеспечить службу профилактики необходимыми материально-техническими, кадровыми, методическими и бытовыми условиями работы.

6. Подготовить команду специалистов службы профилактики отказов от новорожденных, а также специалистов органов и учреждений субъектов профилактики: социальная защита, опека и попечительство, здравоохранение и др.

7. Подготовить и провести информационную кампанию среди населения территории.

Разработать и внедрить систему постоянного мониторинга ситуации, связанной с отказами от новорожденных, и оценки деятельности по предотвращению отказов

от детей в регионе (муниципалитете) и результатов этой работы.

Реализация деятельности региональных (муниципальных) служб профилактики отказов от новорожденных в кратчайшее время покажет результативность, которую можно оценивать по следующим показателям:

- уменьшение количества вновь выявляемых социальных сирот,

- сокращение числа детей, помещаемых в учреждения государственного воспитания,
- снижение затрат бюджетов всех уровней на содержание ребенка в интернатном учреждении,
- укрепление здоровья детей-сирот,
- снижение количества семей, находящихся в социально опасном положении.

### **Примеры форм для предварительного исследования состояния проблемы отказов от новорожденных на территории**

#### **1. Статистика отказов матерей от новорожденных детей в родильных домах.**

| Год/количественные показатели                                              | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Общее число новорожденных детей, человек                                   |      |      |      |      |      |
| Число новорожденных детей – «отказников», человек                          |      |      |      |      |      |
| Процентное соотношение числа «отказных» детей к общему числу новорожденных |      |      |      |      |      |

#### **2. Статистика причин отказов от новорожденных детей в родильных домах.**

| Год/причина | Материальные условия | Отсутствие жилья | Запрет со стороны родственников | Болезнь ребенка | Нарушение здоровья у матери | Алкоголь, наркотики | Другая причина |
|-------------|----------------------|------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|----------------|
| 2007        |                      |                  |                                 |                 |                             |                     |                |
| 2008        |                      |                  |                                 |                 |                             |                     |                |
| 2009        |                      |                  |                                 |                 |                             |                     |                |
| 2010        |                      |                  |                                 |                 |                             |                     |                |
| 2011        |                      |                  |                                 |                 |                             |                     |                |

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

**Пример региональных нормативных документов по вопросам профилактики социального сиротства – Волгоградская область**

**Комитет по  
здравоохранению  
Волгоградской области**

**Управление социальной  
защиты населения  
Волгоградской области**

## ПРИКАЗ

от «29» апреля 2010 г.

№ 921/297

Об организации межведомственного взаимодействия в реализации медико-социально-психологического сопровождения беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа

В целях совершенствования системы межведомственного взаимодействия по выявлению на ранних стадиях социального неблагополучия семьи и предупреждению социального сиротства, профилактике социально обусловленных заболеваний, оказанию своевременной квалифицированной медико-социально-психологической помощи беременным, матерям и детям, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутым проблемой ВИЧ/СПИДа,

## ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить прилагаемое Положение об организации межведомственного взаимодействия по медико-социально-психологическому сопровождению беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа (далее – Положение).
2. Руководителям учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения Волгоградской области организовать работу в соответствии с Положением.
3. Поручить осуществление координации межведомственного взаимодействия по реализации медико-социально-психологического сопровождения беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья», ГУЗ «Волгоградский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Волгоградской области (ФИО), заместителя начальника Управления по социальной защите населения Волгоградской области (ФИО).
5. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования.

Председатель Комитета по  
здравоохранению

Начальник Управления  
социальной защиты населения

Утверждено приказом  
Комитета по здравоохранению Волгоградской области  
и Управления по социальной защите населения Волгоградской области  
от 29.04.2010 № 921/297

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**об организации межведомственного взаимодействия**  
**по медико-социально-психологическому сопровождению беременных,**  
**матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых**  
**проблемой ВИЧ/СПИДа**

**I. Общие положения**

1.1. Положение об организации межведомственного взаимодействия по медико-социально-психологическому сопровождению беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа (далее – Положение), разработано в соответствии с Федеральными законами от 30.03.1995 №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», от 22.07.1993 № 5487-1 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», от 10.12.1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», Постановлением главы Администрации Волгоградской области от 10.04.2007 № 1442 «О социальной поддержке семей и детей Волгоградской области», от 19.03.2007 №410 «Об утверждении государственных стандартов социального обслуживания населения Волгоградской области», Приказом Комитета по здравоохранению Волгоградской области от 26.09.2008 №1703 «О совершенствовании организации проведения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку на территории области», Постановлением Главного государственного санитарного врача по Волгоградской области от 17 июня 2009 г. N 18 «О реализации в 2009 году приоритетного Национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» в Волгоградской области».

1.2. Медико-социально-психологическое сопровождение беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, (далее по тексту – медико-социально-психологическое сопровождение) – это оказание всесторонней помощи конкретному лицу, семье в результате скоординированного межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты.

1.3. Целью медико-социально-психологического сопровождения является улучшение качества жизни беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых эпидемией ВИЧ, и их семей в целом, посредством формирования устойчивых механизмов взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты.

1.4. Организация медико-социально-психологического сопровождения предполагает решение следующих задач:

- раннее выявление беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИД и установление контакта с ними (далее по тексту – клиенты);
- информирование клиентов об их правах и законных интересах;
- содействие в обеспечении свободного доступа клиентов к медико-социально-психологическим услугам;
- формирование и поддержание у клиентов приверженности к проведению профилактических меро-

приятий, направленных на преодоление трудной жизненной ситуации, предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку, от инфицированного человека здоровому, а также диспансерному наблюдению и лечению;

- содействие в создании психологических условий, способствующих возникновению и развитию эмоциональной привязанности матери к ребенку;

- профилактика отказов матерей от детей и предупреждение социального сиротства в области.

1.5. Основными принципами медико-социально-психологического сопровождения являются:

- конфиденциальность;
- учет интересов клиентов;
- содействие в реализации прав и гарантий для беременных, матерей и детей, установленных законодательством, в том числе и для ВИЧ-инфицированных лиц;
- обратная связь, получаемая от клиентов о качестве предоставленных услуг и помощи.

1.6. Методы работы по оказанию помощи и реализации индивидуальных программ медико-социально-психологического сопровождения выбираются в зависимости от причин, вызывающих кризисы и трудную жизненную ситуацию.

1.7. Основой для формирования системы учреждений и организаций, оказывающих услуги по реализации медико-социально-психологического сопровождения является сеть государственных и муниципальных учреждений, действующих в системе Комитета по здравоохранению Волгоградской области и Управления по социальной защите населения Волгоградской области.

1.8. Основными показателями результативности медико-социально-психологического сопровождения являются:

- снижение количества случаев отказа матерей от детей;
- снижение количества случаев передачи ВИЧ-инфекции от ВИЧ-инфицированной женщины ребенку;
- повышение уровня мотивации к рождению и воспитанию ребенка;
- рост количества и качества услуг, оказанных клиентам.

## **II. Механизм межведомственного взаимодействия по медико-социально-психологическому сопровождению**

2.1. Настоящим Положением определяются механизм (функции, порядок, алгоритм деятельности, основания включения в программу медико-социально-психологического сопровождения) взаимодействия органов управления и учреждений, действующих в системе Комитета по здравоохранению Волгоградской области и Управлению по социальной защите населения Волгоградской области по реализации медико-социально-психологического сопровождения.

2.2. Функции учреждений, действующих в системе здравоохранения.

Род.дома, детские поликлиники, больницы, женские консультации:

- выявление беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа;
- предварительная оценка потребностей клиентов в медико-социально-психологической поддержке по критериям, перечисленным в пункте 2.4;
- информирование клиентов о службах, оказывающих социально-психологическую помощь: ГУЗ «Волгоградский Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», центры социальной помощи семье и детям и др;
- формирование и поддержка у них мотивации на обращение в эти службы;
- направление в учреждения социального обслуживания по месту жительства (Приложение 3);
- оформление обменной карты (Приложение 1);

- оформление информированного согласия (отказа) пациента на медико-социально-психологическое сопровождение (Приложение 2);
- передача обменной карты и информированного согласия специалисту по социальной работе учреждения социального обслуживания в течение 3-х рабочих дней;
- информирование учреждение социального обслуживания в оперативном порядке (в течение 1 рабочего дня) до передачи обменной карты или информированного согласия в случаях требующих безотлагательного реагирования и помощи пациенту (-ке) или/и его (ее) семье.

ГУЗ «Волгоградский Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»:

- оказание методической помощи и консультирование специалистов учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения по вопросам разработки и реализации индивидуального плана медико-социально-психологического сопровождения беременных, матерей и детей, затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа;
- информирование клиентов о возможности получить консультацию и социальные услуги в учреждениях социального обслуживания;
- направление клиентов в ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья» (Приложение 3);
- передача обменной карты и информированного согласия специалисту по социальной работе ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья» течение 3-х рабочих дней (Приложение 1,2);
- выполнение медицинских аспектов по плану реабилитации и помощи клиенту и его ближайшему окружению (ведение диспансерного наблюдения пациента, предоставление АРВТ, консультации психологов).

2.3. Функции учреждений, действующих в системе Управления по социальной защите населения Волгоградской области (центры социальной помощи семье и детям, приюты и т.д.):

- выявление беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа;
- оказание всех видов социально-психологической помощи беременным, матерям и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутым проблемой ВИЧ/СПИДа;
- ведение учетного банка данных о клиентах и оказанных видах помощи в рамках реализации медико-социально-психологического сопровождения (журналы учета услуг учреждения);
- оформление комплексной индивидуальной карты учета (Приложение 4);
- содействие обращению беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации в учреждения здравоохранения для своевременной постановки на диспансерный учет по беременности (Приложение 3);
- содействие в социальной адаптации и интеграции ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутого ВИЧ/СПИДом, в общеобразовательное и социокультурное пространство;
- осуществлять медико-социально-психологическое сопровождение поэтапно, согласно Алгоритма (Приложении 7);
- ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья»:
- оказание информационно-методической помощи по вопросам социально-психологического сопровождения беременных, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа.

2.4. Основания (критерии) включения в программу медико-социально-психологического сопровождения беременных женщин, матерей и несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых ВИЧ/СПИДом.

#### 2.4.1. Медицинские критерии:

- ухудшение физического состояния пациента, неудовлетворительное (угрожающие жизни) состояние физического здоровья пациента и его несовершеннолетних детей;
- болезнь ребенка, с угрозой жизни и здоровью в том числе прогрессирование ВИЧ-инфекции, несоблюдение рекомендаций по клиническому уходу за ребенком родителями;
- отказ ВИЧ-инфицированной беременной женщины от диспансерного наблюдения или нарушение графика посещения специалистов;
- отказ от приема препаратов для химиопрофилактики или нарушение их приема беременной женщиной, матерью ребенка;
- химическая зависимость (алкогольная, наркотическая);
- ослабленное здоровье детей (ребенка) дошкольного и школьного возраста.

#### 2.4.2. Социальные критерии:

- материальные трудности: тяжеломатериально-бытовое положение, препятствующее диспансерному наблюдению и лечению (например, отсутствие средств для проезда в медицинское учреждение для обследования, получения выписанных врачом лекарств, отсутствие постоянного источника дохода и т.д.);
- риск отказа от ребенка при рождении или несформированной привязанности к будущему или уже имеющемуся ребенку;
- незнание законных прав клиентом или/и неумение использовать их, проблемы в реализации законных прав из-за страха огласки диагноза;
- наличие ситуации приводящей к возможной безнадзорности/беспризорности ребенка;
- необходимость социальной адаптации и интеграции ВИЧ-инфицированного ребенка в случае семейного воспитания или устройства в учреждения образования, или социальное учреждение;
- отсутствие правоустанавливающих документов, необходимых для получения медицинской и социальной помощи по месту жительства (например, паспорт, свидетельство о рождении, регистрация, другие документы, подтверждающие право на льготы и получение помощи, др.);
- отсутствие постоянного жилья.

#### 2.4.3. Психологические критерии:

- отсутствие семейной поддержки, несформированность «круга заботы» (сети социальных контактов);
- отсутствие модели поведения в ситуации, связанной с положительным ВИЧ-статусом;
- необходимость адаптации к диагнозу (клиент, впервые узнавший о том, что у него ВИЧ-инфекция);
- растерянность, чувство бессилия;
- отсутствие у женщины эмоциональной связи с будущим ребенком;
- отсутствие представлений о воспитании ребенка;
- кризис, связанный с рождением ребенка;
- психологическая нестабильность личности пациента, неадекватность поведенческих реакций, в том числе, ярко-выраженные симптомы алкогольной и/или наркотической зависимости, депрессии, апатии;
- ограниченный срок жизни, в понимании клиента.

### Обменная карта

Дата открытия карты \_\_\_\_\_

**Сведения о клиенте и членах его семьи** (заполняется специалистом учреждения здравоохранения)

1. Ф.И.О. (матери) \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

2. Адрес регистрации:

Населенный пункт \_\_\_\_\_ Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

3. Адрес постоянного места жительства:

Населенный пункт \_\_\_\_\_ Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

**4. Основные выявленные проблемы** (нужное подчеркнуть)

• Медицинские:

- ухудшение физического состояния клиента \_\_\_\_\_
- болезнь ребенка, с угрозой жизни и здоровью \_\_\_\_\_
- отказ ВИЧ-инфицированной беременной женщины от диспансерного наблюдения или нарушение графика посещения специалистов \_\_\_\_\_
- отказ от приема препаратов для химиопрофилактики или нарушение их приема беременной женщиной, матерью ребенка
- химическая зависимость (алкогольная, наркотическая) \_\_\_\_\_
- не регулярность диспансерного наблюдения ребенка в декретированные сроки у врача-педиатра, других специалистов (каких) \_\_\_\_\_
- не выполнение рекомендаций по лечению, уходу за ребенком \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

• Социальные:

- риск отказа от ребенка при рождении или несформированной привязанности к будущему или уже имеющемуся ребенку;
- незнание законных прав клиентом или/и неумение использовать их, проблемы в реализации законных прав из-за страха огласки диагноза;
- отсутствие правоустанавливающих документов, необходимых для получения медицинской и социальной помощи по месту жительства (например, паспорт, свидетельство о рождении, регистрация, другие документы, подтверждающие право на льготы и получение помощи, др.);
- материальные трудности: тяжело-материально-бытовое положение, препятствующее диспансерному наблюдению и лечению (например, отсутствие средств для проезда в медицинское учреждение для обследования, получения выписанных врачом лекарств, отсутствие постоянного источника дохода и т.д.);
- отсутствие постоянного жилья.

• Психологические (со слов клиентки):

- отсутствие семейной поддержки, несформированность «круга заботы» (сети социальных контактов);
- отсутствие модели поведения в ситуации, связанной с положительным ВИЧ-статусом;
- необходимость адаптации к диагнозу (клиент, впервые узнавший о том, что у него ВИЧ-инфекция);

- растерянность, чувство бессилия;
  - отсутствие у женщины эмоциональной связи с будущим ребенком;
  - отсутствие представлений о воспитании ребенка;
  - кризис, связанный с рождением ребенка;
  - психологическая нестабильность личности пациента, неадекватность поведенческих реакций, в том числе, ярко-выраженные симптомы алкогольной и/или наркотической зависимости, депрессии, апатии;
  - ограниченный срок жизни, в понимании клиента.
5. Рекомендации по организации медико-социально-психологического сопровождения (медицинская составляющая)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Дополнительные сведения (состав семьи, жилищные условия и т.д.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ЛПУ, представившее сведения: \_\_\_\_\_

Дата заполнения карты « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Ф.И.О.

### Приложение 3.2

#### **Информированное согласие (отказ) на медико-социально-психологическое сопровождение беременной, матери и ребенка, находящихся в трудной жизненной ситуации**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающая (ий) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, подтверждаю свое согласие (отказ) на передачу обменной карты/информации в учреждения социального обслуживания по месту жительства для медико-социально-психологического сопровождения.

Согласна (отказываюсь) на посещение социальным работником на дому.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Направление  
в учреждение социального обслуживания**

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Название организации (медицинское учреждение):</b><br>_____ |
| <b>Номер направления:</b> _____                                |
| <b>Направление в:</b> _____                                    |
| <b>Требуемая услуга:</b> _____                                 |
| <b>Дата направления:</b> _____                                 |
| <b>Специалист (Ф.И.О.):</b> _____                              |
| <b>Контактный телефон:</b> _____                               |

-----

**Направление  
в учреждение здравоохранения**

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Название организации (медицинское учреждение):</b><br>_____ |
| <b>Номер направления:</b> _____                                |
| <b>Направление в:</b> _____                                    |
| <b>Требуемая услуга:</b> _____                                 |
| <b>Дата направления:</b> _____                                 |
| <b>Специалист (Ф.И.О.):</b> _____                              |
| <b>Контактный телефон:</b> _____                               |

Название организации (учреждение здравоохранения) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата регистрации \_\_\_\_\_

Специалист \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

КОМПЛЕКСНАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА УЧЕТА  
(заполняется уполномоченным специалистом учреждения социального обслуживания  
при постановке семьи а медико-социально-психологическое сопровождение)

ДАТА ОТКРЫТИЯ КАРТЫ

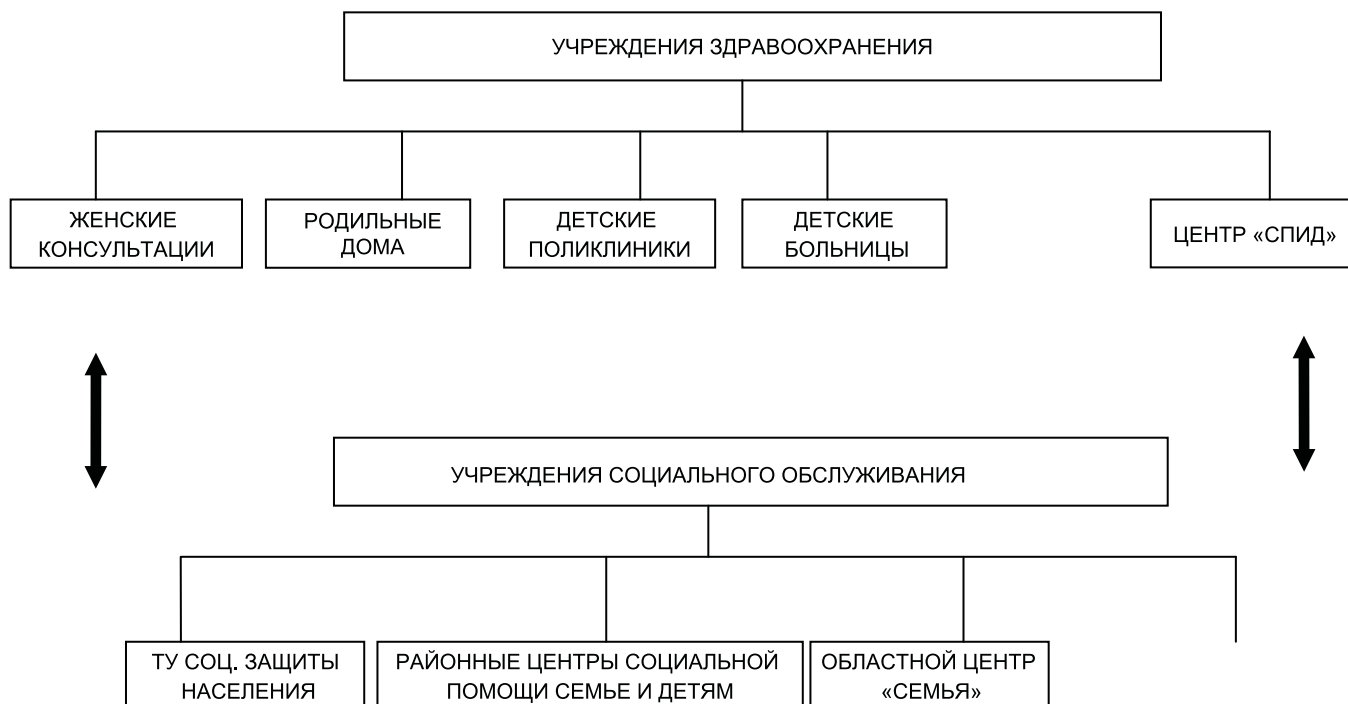
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

|                                                                                                                 |                            |                                                             |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|
| Фамилия, имя, отчество (псевдоним)                                                                              |                            |                                                             |                    |
| Домашний адрес                                                                                                  |                            |                                                             |                    |
| Первичное обращение (кто и когда обратился)                                                                     |                            |                                                             |                    |
| СОЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ                                                                                   |                            |                                                             |                    |
| ТИП СЕМЬИ                                                                                                       |                            |                                                             |                    |
| Ф.И.О. матери                                                                                                   |                            | Ф.И.О. отца                                                 |                    |
| Дата рождения                                                                                                   |                            | Дата рождения                                               |                    |
| Образование                                                                                                     |                            | Образование                                                 |                    |
| Место работы                                                                                                    |                            | Место работы                                                |                    |
| Профессия                                                                                                       |                            | Профессия                                                   |                    |
| Состояние здоровья                                                                                              |                            | Состояние здоровья                                          |                    |
| Другие родственники                                                                                             |                            |                                                             |                    |
| СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ                                                                                                |                            |                                                             |                    |
| Фамилия, имя, отчество ребенка, степень родства.                                                                | Число, месяц, год рождения | Что посещает ребенок (детсад, школа, др. учебное заведение) | Состояние здоровья |
|                                                                                                                 |                            |                                                             |                    |
|                                                                                                                 |                            |                                                             |                    |
|                                                                                                                 |                            |                                                             |                    |
|                                                                                                                 |                            |                                                             |                    |
|                                                                                                                 |                            |                                                             |                    |
| ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ:                                                                                               |                            |                                                             |                    |
| КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЗАЯВЛЕННОЙ ПРОБЛЕМЫ ХАРАКТЕР ЗАПРОСА КЛИЕНТА НА ПОМОЩЬ                                       |                            |                                                             |                    |
| СОГЛАСЕН ЛИ КЛИЕНТ НА СОТРУДНИЧЕСТВО(ДА.НЕТ) (Нужное подчеркнуть)<br>ДАТА, Ф.И.О. клиента                       |                            |                                                             |                    |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОГО СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (при необходимости привлекать медицинского работника) |                            |                                                             |                    |

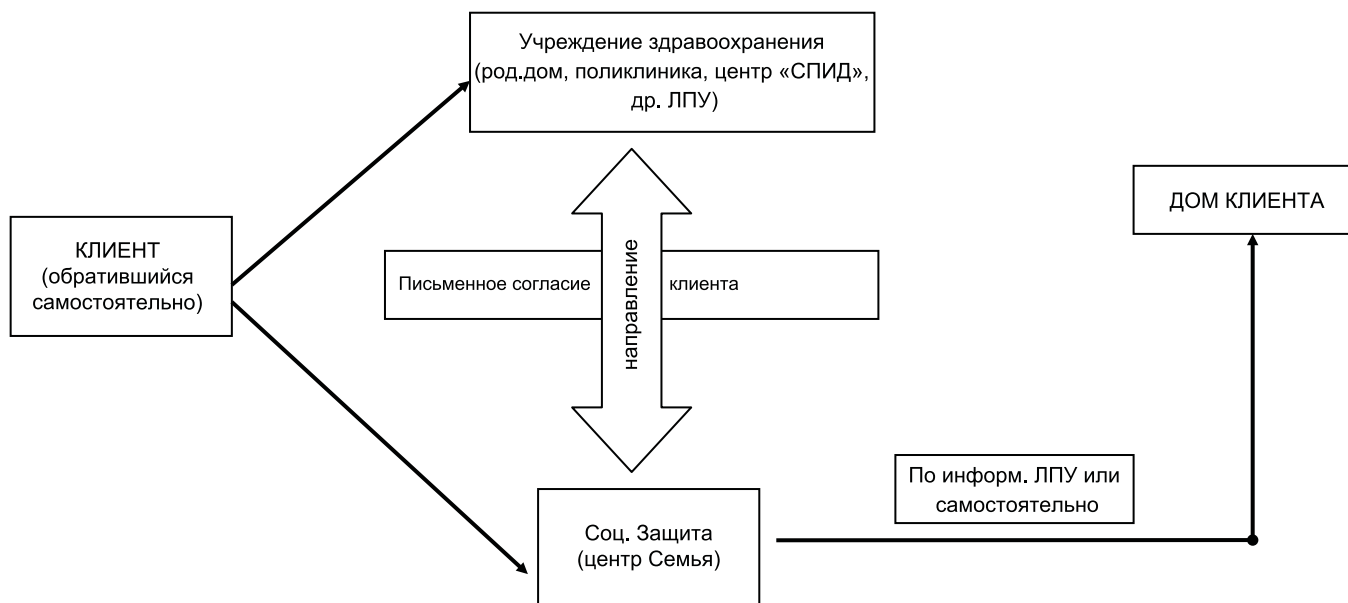
|                                                                                                                                                                                                 |                          |                 |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| 1. Регулярность диспансерного наблюдения ребенка в декретированные сроки у врача-педиатра, других специалистов:<br><b>Наблюдается/не наблюдается</b><br><b>Причины нерегулярного наблюдения</b> |                          |                 |                                   |
| 2. Выполнение рекомендаций по лечению, уходу<br><b>Рекомендации выполняются/не выполняются</b><br><b>Причины невыполнения рекомендаций</b>                                                      |                          |                 |                                   |
| 3. Имеются признаки жестокого обращения с ребенком                                                                                                                                              |                          |                 |                                   |
| 4. Ребенок, семья нуждается в социальной поддержке                                                                                                                                              |                          |                 |                                   |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ<br><br>ВЫВОДЫ ПСИХОЛОГА                                                                                                          |                          |                 |                                   |
| ВЫВОДЫ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ ИЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ.                                                                                                                          |                          |                 |                                   |
| ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ПАТРОНАЖА                                                                                                                                                | Формулировка проблем     | цели            | Предложения по организации работы |
| РЕКОМЕНДАЦИИ ПЕРВИЧНОГО СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТУМА                                                                                                                                  |                          |                 |                                   |
| КОМПЛЕКСНЫЙ ПЛАН СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЬИ                                                                                                                                                  |                          |                 |                                   |
| Мероприятие                                                                                                                                                                                     | Ответственный специалист | Цель проведения | Срок исполнения                   |
|                                                                                                                                                                                                 |                          |                 |                                   |
|                                                                                                                                                                                                 |                          |                 |                                   |
|                                                                                                                                                                                                 |                          |                 |                                   |
|                                                                                                                                                                                                 |                          |                 |                                   |
|                                                                                                                                                                                                 |                          |                 |                                   |
|                                                                                                                                                                                                 |                          |                 |                                   |
|                                                                                                                                                                                                 |                          |                 |                                   |

|                                                   |                                                                              |                 |           |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
| СОДЕРЖАНИЕ ПАТРОНАТНОЙ РАБОТЫ                     |                                                                              |                 |           |
| Дата                                              | Коррекционно-реабилитационная работа                                         | выводы          |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
| РЕШЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ КОНСИЛИУМОВ (1 раз в месяц) |                                                                              |                 |           |
| дата                                              | Принятое решение по корректировке комплексного плана социальной реабилитации |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
| РЕШЕНИЕ ИТОГОВОГО КОНСИЛИУМА                      |                                                                              |                 |           |
| МЕРОПРИЯТИЯ ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ        |                                                                              |                 |           |
| Дата                                              | Мероприятие                                                                  | Срок выполнения | результат |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |
|                                                   |                                                                              |                 |           |

Приложение 3.5



Приложение 3.6



**Алгоритм работы с клиентами  
программы медико-социально-психологического сопровождения  
в учреждениях социального обслуживания населения**

**Этап 1.** Выявление и регистрация клиента.

Клиент может быть введен в программу медико-социально-психологического сопровождения, если первый контакт произошел в учреждении социального обслуживания населения при самостоятельном обращении или во время выезда специалиста данного учреждения на дом к клиенту.

При первом контакте следует провести собеседование и заполнить комплексную индивидуальную карту учета (приложение 4).

В случае направления клиента в учреждение социального обслуживания населения из учреждения здравоохранения:

- заполняется бланк направления;
- клиент регистрируется в журнале учета индивидуальных услуг, оказанных клиенту с указанием номера бланка;
- при необходимости постановки клиента на медико-социально-психологическое сопровождение заполняется комплексная индивидуальная карта учета.

**Этап 2.** Определение первичного запроса и разработка программы медико-социально-психологического сопровождения.

В первую очередь, уполномоченный специалист учреждения социального обслуживания населения должен выяснить потребности клиента и определить, какое учреждение может оказать данные услуги. После того как клиент определил свои запросы, специалист вправе пересмотреть их, так как иногда, в виду низкой информированности клиент может неадекватно оценить потребности и определить приоритеты. В этом случае специалист по социальной работе обязан доступным образом объяснить необходимость внесения изменений. Если клиент согласен с ними, составляется заключительный список услуг и организаций, которые могут их качественно предоставить.

**Этап 3.** Реализация индивидуального плана медико-социально-психологического сопровождения.

**Этап 4.** Оценка результатов получения услуг и корректировка программы.

Во время последующего визита клиента в учреждение социального обслуживания или при домашнем патронаже выясняется, не появилось ли новых потребностей у клиента, а также проводится ли учет предоставленных ранее услуг, обсуждаются ли достигнутые результаты и актуальные, нерешенные проблемы в случае наличия таковых. При необходимости корректируется план медико-социально-психологического сопровождения.

## Алгоритмы работы с типовыми запросами клиентов программы медико-социально-психологического сопровождения.

### 1. Медицинский блок.

Медицинский блок индивидуальной программы сопровождения предполагает формирование и поддержание у клиента приверженности к своевременному получению и качественной медицинской помощи.

| № п/п | Проблема                                                                                | Форма работы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Исполнитель                                                                                                                                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.    | Отказ клиента от диспансерного наблюдения или нарушение графика посещения специалистов. | 1) Информирование учреждения социального обслуживания населения о жизненной ситуации пациентки и предварительных потребностях в социально-психологической помощи;<br>2) Домашнее посещение и поддержание контакта через равного консультанта, мотивирующая работа по месту жительства;<br>3) Индивидуальное психологическое консультирование. | Женская консультация, ГУЗ «Волгоградский Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства |
| 2.    | Отказ от приема препаратов для химиопрофилактики или нарушение их приема.               | Индивидуальное медицинское и глубинное психологическое консультирование.                                                                                                                                                                                                                                                                      | ГУЗ «Волгоградский Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                      |
| 3.    | Химическая зависимость (алкогольная, наркотическая).                                    | Направление в программы реабилитации.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Областной наркологический диспансер. Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                                                                                     |
| 4.    | Болезнь ребенка.                                                                        | Оказание соответствующей медицинской помощи (диспансеризация).                                                                                                                                                                                                                                                                                | Детская поликлиника. Детская больница.                                                                                                                                                      |

Результатом выполнения медицинского блока программы сопровождения является регулярное наблюдение пациента/клиента в профильном лечебно-профилактическом учреждении, соблюдение им рекомендаций по приему профилактических препаратов, рождение здорового ребенка ВИЧ-инфицированной матерью.

## 2. Социальный блок.

Реализация социального блока индивидуальной программы сопровождения предполагает оказание всех видов социальной помощи беременной женщине, матери и ребенку, семье, находящихся в трудной жизненной ситуации.

| № п/п | Проблема                                                                                                                           | Форма работы                                                                                                                                                                     | Исполнитель                                                                                                                                                                                           |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.    | Незнание клиентом своих законных прав.                                                                                             | Индивидуальное социально-правовое консультирование.                                                                                                                              | Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                                                                                                                                    |
| 2.    | Незнание клиентом своих законных прав и неумение их использовать, в т.ч. из-за страха огласки диагноза.                            | Равное консультирование. Посещение группы взаимопомощи.                                                                                                                          | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                                                   |
| 3.    | Проблемы в реализации клиентом своих законных прав.                                                                                | Содействие в реализации законных прав в рамках, предусмотренных полномочиями органов социальной защиты                                                                           | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                                                   |
| 4.    | Исполнение не должным образом матерью, отцом родительских обязанностей.                                                            | Индивидуальная работа с родителями по профилактике сиротства.<br>При длительном отсутствии результата – изъятие ребенка из семьи, помещение его в специализированное учреждение. | Органы опеки и попечительства по месту жительства.<br>Учреждение социального обслуживания по месту жительства.<br>ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».       |
| 5.    | Наличие ситуации, приводящей к возможной безнадзорности ребенка.                                                                   | Временное помещение детей в специализированные учреждения (дом ребенка, больница).                                                                                               | Дом ребенка.<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.<br>ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Органы опеки и попечительства. |
| 6.    | Плохое здоровье детей (ребенка) школьного возраста уже имеющих у ВИЧ-инфицированной женщины на момент рождения следующего ребенка. | Организация оздоровления детей.                                                                                                                                                  | ЛПУ по месту проживания семьи.<br>Детский санаторий                                                                                                                                                   |

|    |                          |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |
|----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. | Риск оставления ребенка. | Работа по профилактике сиротства.                                                                         | Женская консультация.<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.<br>Родильный дом.<br>ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья». |
| 8. | Отсутствие документов.   | Восстановление и оформление документов.                                                                   | Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.<br>ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».                                            |
| 9. | Материальные трудности.  | Содействие в оформлении установленных законом льгот и пособий.<br>Оказание адресной социальной поддержки. | Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.<br>ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».                                            |

Реализация социального блока программы позволит оказать материальную поддержку семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, осуществить профилактику социального сиротства.

### 3. Психологический блок.

Психологический блок индивидуальной программы сопровождения предполагает создание благоприятных психологических условий для вынашивания беременности, рождения и воспитания ребенка, организации семейной поддержки, формирование «круга заботы».

| № п/п | Проблема                                                                              | Форма работы                                     | Исполнитель                                                                                                                                                                          |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.    | Принятие диагноза (женщина, клиент, впервые узнавший о том, что у него ВИЧ-инфекция). | Индивидуальное психологическое консультирование. | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>ГУЗ «Волгоградский Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». |

|    |                                                                                               |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | Отсутствие семейной поддержки, несформированность «круга заботы» (сети социальных контактов). | Стратегическое семейное консультирование.                                                                                                     | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                                             |
| 3. | Отсутствие модели поведения в данной ситуации.                                                | Организация групп поддержки.                                                                                                                  | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства (если есть организованные группы поддержки). |
| 4. | Растерянность, чувство бессилия.                                                              | Индивидуальное психологическое консультирование, психологические тренинги, направленные на повышение самооценки. Организация групп поддержки. | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства (если есть организованные группы поддержки). |
| 5. | Отсутствие эмоциональной связи с будущим ребенком.                                            | Индивидуальная и групповая психологическая работа, метод арт-терапии, символ-драмы.                                                           | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                                             |
| 6. | Отсутствие родительской компетенции.                                                          | Индивидуальное психологическое консультирование, тренинг эффективного родительства.                                                           | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                                             |
| 7. | Ограниченный срок жизни.                                                                      | Индивидуальное психологическое консультирование, определение важнейших приоритетов в жизни.                                                   | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства.                                             |

|    |                                        |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |
|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. | Кризис, связанный с рождением ребенка. | Индивидуальное психологическое консультирование.                                                                                               | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства. |
| 9. | Состояние глубокой депрессии.          | Экстренная психологическая поддержка психологом, равным консультантом (индивидуальное психологическое консультирование очное или по телефону). | ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья».<br>Учреждение социального обслуживания населения по месту жительства. |

При твердом нежелании матери воспитывать ребенка, необходимо организовать работу с ее ближайшим социальным окружением, в частности выявить родственников, готовых принять на себя обязательства по воспитанию ребенка. В этом случае, круг первичных запросов может быть изменен. На первое место выйдут – формирование адекватного отношения к ребенку и, в случае, если ребенок родился ВИЧ-инфицированным, к его болезни, осознание собственной ответственности за жизнь ребенка, формирование эмоциональной привязанности к нему и т.д.

Итогом реализации психологического блока должно стать:

- наличие стойкой эмоциональной привязанности матери к ребенку;
- нормализация эмоционального состояния матери;
- сформированный «круг заботы» (сети социальных контактов);
- приверженность к оказанию психологической помощи.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

**Краткая информация по 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.

Несмотря на меры, принимаемые органами власти всех уровней, масштабы социального сиротства в Российской Федерации остаются велики. Как показывают статистические данные, отказы от новорожденных составляют существенную часть в общей статистике социального сиротства: ежегодно регистрируется около 12 000-16 000 случаев отказа от детей в роддомах или детских больницах.

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 осно-

ве за счёт 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:

- вследствие ранних отказов нарушается основное право ребенка – жить и воспитываться в семье;
- отклонения в развитии возникающие у ребёнка, 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 её замещающим) критически важны для нормального развития мозга младенца;
- пренебрежение потребностями маленького ребёнка, которое возникает в семье группы риска или интернатном 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 (Морозова Т., Довбня С., 2009);

- 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.

## Что предпринимается сегодня?

Юридически процедура «отказа от ребенка» заключается в подаче, в соответствии со ст. 129 Семейного Кодекса РФ, матерью заявления о согласии на усыновление (удочерение) своего ребенка<sup>6</sup>. 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 3-х 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 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 ребёнка в его кровной семье. Основными принципами работы органа опеки в рамках этой модели являются:

- главенство интересов ребенка и защита его основных прав;
- приоритет профилактики социального сиротства над преодолением его последствий;
- приоритет семейных форм жизнеустройства ребенка над институцио-

---

<sup>6</sup> Также согласие может быть выражено непосредственно в суде при производстве усыновления.

нальными (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.);
- 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;
- поддержка развития системы семейного устройства детей оставшихся без родительского попечения;
- применение временной опеки с одновременной активной работой с кровной семьей ребенка;
- использование инновационных технологий межведомственного взаимо-

действия субъектов деятельности по профилактике отказов (органы и учреждения здравоохранения, социальной защиты, НГО).

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

- 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;
- 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;
- отцы детей всегда должны рассматриваться в качестве потенциальных воспитателей детей.

## Краткая информация по 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 ОПП 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» № 120-ФЗ от 24.06.1999 г., Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. N 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 ребёнка реализуются на основании соглашения о сотрудничестве (или подобных документов) между учреждением (организацией) уполномоченной 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;
- 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 отказов 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:**

- декларация самой женщиной возможности отказа от ребенка после родов;
- попытки женщины самостоятельно прервать беременность;
- наступление беременности явилось следствием принуждения или сексуального насилия;
- пациентка не состоит на учете в консультации, однако появлялась с целью прервать беременность на позднем сроке;
- подавленное состояние во время приема, отсутствие интереса к состоянию плода, к беременности;
- 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. 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 такой ответственный сотрудник 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 в течении 1 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.

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 планёрки 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 учреждения 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;
- введение формы отчётности по учреждению, отражающих качество выполнения поставленных перед сотрудниками задач по раннему выявлению и оперативному реагированию на факты намерения отказа от новорожденных.

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;
- социально-психологическое консультирование женщины, ее партнера, ближайшего социального окружения непосредственно в женской консультации (в том числе с привлечением службы профилактики отказов или уполномоченных организаций).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6.

**Краткая информация по 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 ОПП 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» от 24 июля 1998 г. N 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 ин-

тересов 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;
- 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, службы профилактики отказов 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.

возможности самовольного покидания женщиной родильного дома).

### **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).

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 ребёнка в том отделении, где он госпитализирован, максимально содействуя обеспечению раннего контакта ребенка с родителями для установления семейного взаимодействия.

### **3. Регистрация выявленного случая.**

Ответственный за оформление и передачу сигнала в течение 30 мин. 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

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 планерки 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 ро-

дильного 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;
- введение формы отчетности по учреждению, отражающей качество выполнения поставленных перед сотрудниками задач по раннему выявлению и оперативному реагированию на факты намерения отказа от новорожденных.

## Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей для среднего и младшего медицинского 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 дородовой и послеродовой период;
- 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 общения 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:

- прямые высказывания женщины о намерение отказаться от ребенка;
- выражение пациенткой сомнения в том, что она заберет ребёнка из роддома;
- пациентка поступает без паспорта или путается в информации о себе, отказывается отвечать на вопросы о себе;
- пациентка поступает без медицинских документов и предварительного обследования;
- пациентка поступает в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- пациентка неохотно, сбивчиво сообщает о месте постоянного жительства;
- пациентка отказывается видеться с новорожденным или кормить его;
- пациентка стремится покинуть отделение;
- пациентку не навещают родные, близкие;
- возраст пациентки до 18 лет;
- депрессивное состояние пациентки;
- 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 (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 благоприятных условий для сообщения диагноза и оперативного психосоциального 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.

уполномоченные организации (органы опеки, службы профилактики отказов и др. (если таковой не назначен – своему непосредственному руководителю).

### **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

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

***Примечание.***

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.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 8.****Краткая информация по проблеме ранних отказов от детей для главного врача дома ребенка**

Для эффективной работы межведомственной системы выявления и сопровождения женщин, планирующих/вынужденных отказаться от ребенка, с целью предупреждения отказа традиционной роли ЛПУ недостаточно.

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

Роль органов и учреждений здравоохранения на этапе реабилитации, сопровождения клиентки, изменившей решение об отказе – это предоставление услуги временного нахождения вместе с ребенком в детской больнице (по причине отсутствия жилья или угрозы безопасности матери или ребенку) или медицинских и социально-медицинских услуг, оказываемых ЛПУ в рамках утвержденного плана реабилитации, независимо от наличия у матери и/или младенца документов, удостоверяющих личность, гражданство, регистрацию, наличия полиса медицинского страхования и т.п.

Возможность и необходимость органи-

зации такой деятельности в 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» от 24 июля 1998 г. N 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.

**Роль персонала дома ребенка в предотвращении отказа**

Специалист Дома ребенка, 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;

- 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.

Модель профилактики отказов от новорожденных предполагает включение в работу специалистов Дома ребенка в следующих случаях:

- мать изменила решение об отказе тогда, когда ребенок уже переведен в дом ребенка из стационара/родильного дома. Свою позицию об изменении решения об отказе мать подтвердила документально в органах опеки и попечительства, которые выдали ей разрешение на посещение ребенка в учреждении;
- мать изменила решение об отказе, однако в настоящее время не может забрать ребенка в связи с трудной жизненной ситуацией и написала заявление о временном размещении ребенка в учреждение. Органы опеки

и попечительства выдали ей разрешение на посещение ребенка в Доме ребенка, а с матерью работает служба профилактики отказов;

- ребенок находится в Доме ребенка вследствие отказа матери в роддоме/стационаре, мать сомневается в принятом ею решении об отказе.

В первых двух вариантах действия специалистов Дома ребенка должны быть направлены на формирование привязанности матери к ребенку. Это может быть достигнуто совместной и согласованной работой специалистов Дома ребенка и куратора случая. Возможные направления такой работы:

- создание условий для посещений матерью ребенка в учреждении, (напр. не ограничивать посещения режимом или расписанием учреждения, карантинном (если нет жизненных противопоказаний));
- обучение матери (во время посещений) навыкам ухода за ребенком, создание условий для ее позитивного общения с ним.

В том случае, когда мать еще сомневается в принятом ею решении об отказе, работа специалистов Дома ребенка и куратора случая должна быть направлена на содействие в его изменении. Нужно учитывать то обстоятельство, что регулярный и позитивный контакт с ребенком может помочь матери принять решение оставить ребенка в своей семье.

Деятельность по профилактике отказов от новорожденных предполагает активное применение «временного отказа». В соответствии с законодательством в сложной (трудной) жизненной ситуации матерью ребенка может быть подано заявление в орган опеки и попечительства о назначе-

нии ребенку опекуна или попечителя на определенный период, когда по объективным (не зависящим от нее) причинам мать не может исполнять свои родительские обязанности. На основании этого заявления орган опеки и попечительства назначает опекуна или попечителя (физических лиц или учреждение). Уполномоченные службы и организации в этот период должны организовать сопровождение и реабилитационную работу с матерью (семьей) с целью преодоления кризисной ситуации.

Перед главным врачом Дома ребенка 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 планёрки и совещания ЛПУ сотрудников службы профилактики отказов (или уполномоченных организаций) с информационным сообщением о ходе реализации планов работы с женщинами, дети которых находятся/находились в данном учреждении;
- информирование сотрудников родильного дома о технологиях работы с женщинами «группы риска»;
- регулярное проведение мероприятий (совместно с органами опеки, Служ-

бой профилактики отказов), способствующих осознанию сотрудниками целесообразности и важности работы по профилактике отказов;

- введение формы отчетности по учреждению, отражающей качество выполнения поставленных перед сотрудниками задач по раннему выявлению и оперативному реагированию на факты намерения отказа от новорожденных.

Дом ребенка играет важную роль в эффективности мероприятий по профилактике отказов от новорожденных. Активная межведомственная профилактика отказов от новорожденных детей предполагает, что в Доме ребенка должен быть специалист, назначенный ответственным за взаимодействие с организациями и учреждениями, уполномоченными работать с матерями и семьями данной целевой группы. Другой его задачей должна стать организация системной и целенаправленной работы в учреждении с членами семьи ребенка (напр. обеспечение доступа в учреждение в удобное время для матери и/или других родственников, напоминание «сложным» мамам о необходимости навещать ребенка, создание условий для позитивного контакта с ребенком, поддержка и обучение матери актуальным для нее навыкам и т.д.)

## 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:

- в роддоме женщина написала заявление о согласии на усыновление;
- роженица самовольно покинула роддом\больницу, не написав упомянутого заявления, сотрудники учреждения оформили «Акт об оставлении ребенка в лечебно-профилактическом уч-

реждении»;

- в сложных жизненных обстоятельствах женщина, в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об опеке и попечительстве» (от 24.04.2008 № 48-ФЗ), 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 отказаться 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 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.

### **Какие меры принимаются 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

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 удастся добиться успеха в 30-40% случаев.

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 реабилитации 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

не 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;
- предоставление услуг по социально-психологической реабилитации женщин, планирующих и/или вынужденных оставить детей;
- реализация программ пост-интернатного социального сопровождения выпускниц детских домов;
- развитие института «принимающих семей» и «гостевых семей», куда можно временно разместить 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 пребыва-

ния 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 детей.

## Краткая информация по 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 процентов (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.

Врачам и психологам хорошо известно, что самые 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. В изоляции от матери уже к полугоду ребенок заметно отстает в развитии, а через год 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.

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

- Затраты на содержание одного сироты в доме ребёнка в течение года сопоставимы с затратами на успешное предотвращение примерно девяти отказов.
- Практика общественников и отдельных учреждений показывает, что для помощи в разрешении трудной жизненной ситуации семьи (матери) и устранения (минимизации) причин отказов, как правило, уже достаточно имеющихся ресурсов учреждений, вовлеченных в профилактику.
- 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.
- Лишение/отказ от родительских прав резко понижает статус семьи и в глазах окружающих, и в собственных глазах, тем самым уменьшает шан-

сы на преодоление семьей кризисного состояния. Усилия матери (семьи) по исправлению своей жизненной ситуации и сохранению ребенка – наоборот, повышают шансы семьи преодолеть и другие трудности момента. Согласно данным НИИ профилактической психиатрии НЦ ПЗ РАМН, в 80% случаев у матерей, отказавшихся от своих новорожденных детей, наблюдаются различные психические и психологические проблемы, среди которых на первое место выступают аффективные расстройства преимущественно тревожного и депрессивного круга.

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.

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 удастся добиться их включения в заботу о ребенке.

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. Сходным образом рождение ребенка с патологией (ограничениями) не означает, что его лучше сразу передать под опеку государства и поместить в специальное учреждение, потому что семье будет трудно самостоятельно воспитывать «особого» ребенка.

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

- социальной защиты – в территориальных центрах социального обслуживания населения;
- здравоохранения – в лечебно-профилактических учреждениях;

- вневедомственная – в некоммерческой организации.

Оценить результативность мер, принимаемых государственными и местными органами, ведомствами и организациями, ответственными за профилактику, могут помочь следующие данные:

- численность новорожденных детей, в отношении которых в медицинских учреждениях оформлено согласие на усыновление (удочерение) или составлен акт об оставлении, а также их доля среди всех новорожденных;
- причины отказов от новорожденных и их структура;
- число случаев отказа (или угрозы отказа), по которым медицинскими учреждениями передан сигнал в службу профилактики и проводится работа по предотвращению отказа;
- число матерей (семей), получающих специальную помощь, социальное сопровождение службы профилактики в целях предотвращения отказа, а также их доля среди всех матерей, отказывающихся от детей;
- число, виды и формы помощи и услуг, которые получают матери (семьи) в рамках профилактики отказов от новорожденных;
- число детей, в отношении которых успешно предотвращен отказ, и их доля среди новорожденных детей, оставшихся без попечения родителей по причине отказа (оставления).

Регулярные сообщения в СМИ о ресурсах помощи женщинам, планирующим/

вынужденным отказаться от ребёнка, 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 отчёт, что неосторожное/грубое вмешательство в эту деликатную тему может повлиять на судьбы многих живых людей (ребёнка, матери, других детей в этой семье, ближайшего окружения), окончательно лишив новорожденного ребёнка 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.

## Дополнительные информационно-методические ресурсы

[www.teply-dom.narod.ru](http://www.teply-dom.narod.ru)

**Фонд «Теплый дом» (г. Гатчина Ленинградской области).**

Основная сфера деятельности Фонда: защита интересов и достойного положения многодетных матерей, опекунов, одиноких матерей в обществе; повышение их роли в общественно политической и социально-экономической жизни.

Виды деятельности:

1. Оказание юридической и психологической помощи;
2. Оказание гуманитарной помощи;
3. Оказание помощи женщинам, заявившим о намерении отказа от новорожденного ребенка;
4. Психолого-педагогическое сопровождение женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
5. «МАЛЫШКИНА ШКОЛА» – подготовка детей 5-7 лет из малообеспеченных семей к школе;
6. Организация досуговой деятельности: автобусные поездки в театр, цирк, дельфинарий, аквапарк; экскурсии по Ленинградской области; проведение праздников «День Матери», «День Пап», «День Семьи» и др.

[www.otkazniki.ru](http://www.otkazniki.ru)

**Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам» (г. Москва).**

Фонд оказывает поддержку Движению Волонтеров. Принятые Фондом программы реализуются силами волонтерского объединения. Среди целевых групп деятельности Фонда – женщины планирующие/вынужденные отказаться от ребенка.

[www.everychild.ru](http://www.everychild.ru)

**Международная благотворительная организация «Эвричайлд» (Великобритания), г. Санкт-Петербург.**

В соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка организация развивает социальные услуги для детей и семей в целях профилактики распада семьи, способствуя совершенствованию региональной и национальной социальной политики. Все проекты объединяет общая цель четырехлетнего стратегического плана (2007-2011 гг.), а именно: снижение численности детей, попадающих в интернатные учреждения, и повышение численности детей, возвращенных в семьи. «Эвричайлд» оказывает профессиональную, методическую и финансовую поддержку службам, осуществляющим защиту прав детей и предоставляющим социальные услуги детям и семьям. Организация создает и развивает инновационные услуги самостоятельно или в партнерстве с другими НКО и государственными организациями, внедряет новые методы и технологии социальной работы, повышает квалификацию специалистов на основе передового

российского и международного опыта социальной работы.

[www.aistenok.org](http://www.aistenok.org)

**Региональная Общественная организация «Аистенок» (г. Екатеринбург).**

Основная сфера деятельности: помощь семье, попавшей в трудную жизненную ситуацию. Виды деятельности: профилактика отказов от детей при работе с беременными женщинами, стоящими на распутье по поводу рождения ребенка; профилактика отказов от детей при работе с женщинами в роддоме, планирующими отказ от ребенка.

[www.detiangeli.ru](http://www.detiangeli.ru)

**Общество родителей особых детей «Дети-ангелы».**

Сайт сообщества родителей особых детей, в первую очередь тех, чьи дети страдают детским церебральным параличом (ДЦП). Здесь собрана нужную и полезную информацию по лечению и реабилитации ДЦП – описания и отзывы о клиниках, центрах, методах; законы, нормативные акты, так или иначе затрагивающие особых детей и их родителей.

[www.vd-spb.ru](http://www.vd-spb.ru)

**Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям».**

Миссия организации – защитить права детей, оставшихся без попечения родителей, а также предоставить детям и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, качественную социальную, медицинскую и психологическую помощь.

[www.jyravlik.ru](http://www.jyravlik.ru)

**Некоммерческий благотворительный проект в помощь детским домам и выпускникам «Журавлик.ру» (г. Москва).**

Сайт в помощь молодым мамам-выпускницам детских домов.

[www.malenkaya-mama-priyut.spb24.net](http://www.malenkaya-mama-priyut.spb24.net)

**Приют «Маленькая мама» (г. Санкт-Петербург).**

Основные направления деятельности: предотвращение отказов от новорожденных, организация временного проживания несовершеннолетних матерей совместно с детьми, их социальная адаптация в обществе.

<http://www.nelishniedeti.ru/programmy-i-proekty/>

**Автономная некоммерческая организация «Центр психолого-педагогической поддержки семьи «Нелишние дети» (г. Москва).**

Основные направления деятельности: помощь семьям в кризисном состоянии:

- приемным родителям, опекунам, прародителям (бабушкам, дедушкам), воспитывающим детей, потерявших родителей;

- потенциальным приемным родителям и опекунам;
- детям и подросткам с ограниченными физическими и психическими возможностями, с отклоняющимся поведением;
- одиноким родителям, воспитывающим детей-инвалидов

[www.rodmost.ru](http://www.rodmost.ru)

**Общественный благотворительный Фонд «Родительский мост» (г. Санкт-Петербург).**

**Цель деятельности:** помочь детям, лишенным родительского попечения, обрести новую принимающую семью и детям, оказавшимся в тяжелой жизненной ситуации, которая может привести к утрате семьи – сохранить семейные связи. Для достижения поставленных целей специалисты Фонда осуществляют профессиональную деятельность по обучению и сопровождению будущих принимающих родителей, поддерживают семьи с приемными детьми и семьи в трудной жизненной ситуации; ищут возможные пути объединения усилий с различными государственными и негосударственными организациями и разрабатывают программы и способы решения проблемы сиротства.

[www.family2children.ru](http://www.family2children.ru)

**Некоммерческое партнерство «Семья детям» (г. Екатеринбург).**

Основные направления деятельности: проект «Поддержка детей группы риска в Екатеринбурге и Свердловской области», проект «Повышение качества и доступности социальных услуг для детей и их семей», проект «Временное жилье для нуждающихся матерей», проект «Мобильная социальная бригада», проект «Раннее вмешательство».

[www.eii.ru](http://www.eii.ru)

**Институт раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург).**

Основная сфера деятельности: абилитация детей раннего возраста с особенностями развития, реабилитационные и образовательные программы для родителей и специалистов.

[www.sibmama.org](http://www.sibmama.org)

[www.sibmama.ru](http://www.sibmama.ru) (сибирский семейный сайт)

**Общественная организация «Сибмама» (г.Новосибирск).**

Основная сфера деятельности: предотвращение отказов от новорожденных, семейное жизнеустройство детей-сирот, образовательные программы для родителей (в т.ч. приемных) и специалистов.

<http://www.korchakcentr.ru/>

**Благотворительный фонд «Корчаковский центр» (г. Санкт-Петербург).**

Профилактика социального сиротства через распространение опыта и реализацию программ помощи и поддержки воспитанников и выпускников учреждений для детей – сирот, семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации. Работает со следующими

целевыми группами:

- воспитанники и выпускники учреждений для детей-сирот;
- семьи, имеющие детей, находящиеся в трудной жизненной ситуации, в том числе семьи выпускников учреждений для детей-сирот;
- беременные женщины, попавшие в трудную жизненную ситуацию, которая может привести к отказу от ребенка;
- специалисты, оказывающие помощь семьям и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

Имеет многолетний опыт по разработке обучающих программ и проведению обучающих семинаров в области оказания социально-педагогической и психологической помощи детям-сиротам и специалистам, работающим с сиротами, а также социальной работе с семьями, переживающими кризисные ситуации.

[www.downsideup.org](http://www.downsideup.org)

**Благотворительный фонд «Даунсайд Ап» (г. Москва).**

Цель деятельности Благотворительного фонда «Даунсайд Ап» – улучшить качество жизни детей с синдромом Дауна в Российской Федерации. На базе Фонда действует Центр ранней помощи «Даунсайд Ап», оказывающий бесплатную психолого-педагогическую и социальную помощь более 2000 семьям, воспитывающим детей с синдромом Дауна от рождения до 8 лет в РФ и странах ближнего зарубежья. Фондом создана и успешно реализуется семейно-центрированная модель ранней помощи детям с синдромом Дауна, включающая в себя следующие компоненты:

- профилактика инвалидности и социального сиротства детей с данной генетической аномалией;
- психолого-социальная поддержка семьи;
- коррекционно-педагогическая работа и социальная адаптация детей с синдромом Дауна в целях дальнейшей их интеграция в общество;
- просветительская работа в профессиональной среде и обществе.

**Профилактика отказов  
от детей при рождении.**

Материалы для специалистов и руководителей  
систем здравоохранения и социальной защиты,  
органов опеки и попечительства

© Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) 2011

Дизайн и верстка:  
Илья Салаткин (Media People)

Отпечатано ООО «Верди»  
105094, Москва,  
Семеновская наб., д. 2/1  
Тел./факс: (495) 360-5663  
[www.verdy.su](http://www.verdy.su)

Тираж: 3000 экз.

