

**Обучающий**

**семинар - практикум**

**«Применение комплексного подхода в профилактике отказов от новорожденных»**

**Место проведения:** конференц-зал ГБУ «Курганский центр социальной помощи семье и детям» (далее - ГБУ «КЦСПСиД»), г. Курган, ул. Ленина, 48.

**Целевая аудитория:** педагоги-психологи, специалисты по работе с семьей и детьми.

Приоритетная задача правительства Российской Федерации в сфере семейной и демографической политики – сокращение числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Реализация задачи предполагает серьёзные изменения в системе защиты детства, в том числе внедрении инновационных услуг, направленных на сокращение числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и улучшение положения семей и детей. Один из способов достижения данной задачи – внедрение услуги профилактики отказов от новорожденных детей женщинами «группы риска» по социальному сиротству.

**Цель** - создание профессионального пространства для трансляции и обмена опытом по внедрению механизма межведомственного взаимодействия по выявлению и сопровождению женщин, сомневающихся в необходимости рождения ребенка или принятии рожденного ребенка из учреждения здравоохранения.

**Задачи:**

- содействие в закреплении алгоритма действий специалистов социозащитных учреждений в формате межведомственного взаимодействия в работе со случаем отказа от новорожденного;

- демонстрация и отработка эффективных методов и приемов, применяемых в отработке случая отказа матери от новорождённого;

- обогащение профессионального и личного опыта.

**В программе:**

* Система помощи женщинам, стоящим на грани отказа от новорожденного
* Работа со случаем (case management) – методика работы с семьей: от оказания услуг к реабилитационному процессу

Вниманию специалистов! Быть готовым обсудить имеющийся опыт отработки случая профилактики отказов.

Тема:  **Система помощи женщинам, стоящими на грани отказа от новорожденного**

Профилактика отказов от новорожденных является одним из направлений работы по выявлению и реабилитации семей «группы риска» по социальному сиротству. Сегодня мы с Вами рассмотрим отказы от новорожденных в учреждениях родовспоможения как свершившийся факт или озвученное намерение.

Немного из истории. Предотвращением отказов от новорожденных в России начали заниматься в середине 2000-х годов. Первопроходцами в этой области стали несколько благотворительных организации, а также отдельные активные сотрудники социальных учреждений и перинатальных центров.

Есть женщины, которые отказываются от контакта или не меняют своё решение. Например, существует устойчивая практика, в том числе и в нашем городе, когда женщины приезжают в другой регион без документов, чтобы после родов незаметно покинуть роддом, оставив ребёнка. Часть отказниц ведёт асоциальный образ жизни ( пример: проститутка с трассы), или беременная несовершеннолетняя живёт в неблагополучной семье, где существует угроза безопасности новорожденного. В таких случаях целесообразнее принять решение о нецелесообразности сохранения ребёнка в семье.

Рассмотрим наиболее частые причины отказов от новорожденных.

1. Социальное неблагополучие.

Можно выделить 4 формы неблагополучия:

- алкогольная или наркотическая зависимость женщины;

- асоциальный образ жизни женщины (бродяжничество, проституция) –- женщина проживает вместе с членами семьи, имеющими зависимость;

- в семье женщины процветает бытовое насилие, жестокое обращение, часто случаются конфликты.

Отказываясь от новорожденного, женщины с зависимостью или женщины ведущие асоциальный образ жизни ,осознают свою неспособность заботиться о ребёнке. Если у таких уже есть первый ребёнок, то обычно его воспитывают родственники. Дети живут с родителями женщины, с родителями отца ребёнка или другими родственниками. Однако этот ресурс исчерпан. Родные по той или иной причине не готовы принять младенца (материальное положение, состояние здоровья, возраст и т.д.).

Если женщина страдает какой – либо формой зависимости, то сохранить ребёнка в семье крайне трудно из-за угрозы его безопасности.

В практике работы отсутствуют случаи, когда удалось реабилитировать женщину, ведущую асоциальный образ жизни. Кардинально изменить образ жизни асоциальных и зависимых женщин не представляется возможным.

Отказницы, чьи проблемы связаны с их семьями, инфантильны, подавлены, чувствуют опасность для себя и ребёнка, исходящую от близких. Они проговаривают о том, что в доме ребёнка или приёмной семье новорожденному будет лучше.

Это наиболее трудные для работы случаи. В качестве основных форм поддержки выступает помощь специалиста по социальной работе в оформлении льгот и пособий, восстановлении документов, оказание спонсорской помощи одеждой, обувью, предметами первой необходимости. Однако для сохранения новорожденного в семье решающим фактором становится наличие или отсутствие зависимости у самой женщины.

Если женщина живёт в неблагополучной семье, но не страдает какой – либо формой зависимости, самый распространённый способ сохранить ребёнка с матерью – смена места жительства (чаще всего мать с новорожденным переезжают к родственникам или в социальную гостиницу). (пример Ю.)

2 причина – десоциализация.

Десоциализация – это отсутствие или потеря опыта взаимодействия человека с социальной средой, которая сказывается на условиях его жизни. Десоциализированные женщины не имеют рядом родственников и друзей, они общаются в непривычном для окружающих стиле, теряются в новых ситуациях и не умеют обращаться за помощью в различные учреждения.

Чаще всего десоциализация отказниц вызвана следующими причинами:

ПРИЧИНЫ ДЕСОЦИАЛИЗАЦИИ:

- переезд на новое место жительства: женщины приезжают из районного центра или деревни в областной центр на работу или учёбу. Устраиваются в основном на временную работу, без официального оформления, знакомятся с мужчиной, беременеют, мужчина затем исчезает, возвращаться обратно в район женщины, как правило, не хотят;

- отсутствие положительного опыта жизни в семье: женщины выросли в неблагополучных семьях или детском доме, но сами не относятся к категории неблагополучных;

- серьёзные психологические проблемы у женщин, которые привели их к социальной изоляции.

Эти женщины зачастую не имеют собственного жилья, перебиваются временными заработками или находятся на содержании мужчин. Отец ребёнка, как правило, не готов участвовать в его воспитании и бросает женщину, узнав о беременности, либо его связь с матерью ребёнка была случайной или непродолжительной. Эти женщины говорят о невозможности воспитывать и содержать ребёнка без поддержки близких, считают свою ситуацию безвыходной.

Наиболее распространённая практика работы с такими женщинами – содействие в обращении женщины за помощью к родственникам или друзьям. Первая и основная задача специалиста – убедить женщину обратиться к близким или предоставить контакты, чтобы специалист мог стать посредником между ними и матерью. Это очень важный этап, успех которого зависит от того, насколько доверительные отношения сложились между отказницей и специалистом. Когда женщина получает поддержку родственников, зачастую она меняет решение об отказе от новорожденного.

3 причина – ребёнка не принимает семья женщины.

- женщина желает сохранить ребёнка, однако близкие угрожают ей психологическими или материальными санкциями (выгонят из дома, бросит муж, родители не будут помогать).

- женщина опасается санкций со стороны близких, поэтому тщательно скрывает беременность.

Чаще всего это молодые женщины, зависимые от своего ближайшего окружения (родителей, отца ребёнка). Это могут быть студентки или домохозяйки, нередко проживающие со своими родителями или с родителями мужа/ партнёра.

Основной способ предотвращения отказа- работа с ближайшим окружением женщины. Это может быть организация Сетевой встречи. По закону «О персональных данных» специалист без согласия женщины не имеет права разыскивать её родственников и рассказывать им о ребёнке. Поскольку отказницы этой категории конфликтуют с семьёй из-за ребёнка или скрывают его рождение, часто они выступают против общения специалистов с их родственниками. Специалист пытается убедить женщину предоставить контакты родственников, не принимающих ребёнка. Если согласие женщины получено, специалист выступает посредником в примирении членов семьи, обязательно привлекает к этой работе психолога. Если восстановить контакты с родственниками или отцом ребёнка невозможно, практикуется поиск других близких людей для поддержки женщины с ребёнком.

В эту группу можно включить несовершеннолетних отказниц. Проведённое исследование в России показывает, что на долю несовершеннолетних матерей приходится лишь 7% отказов. Учитывая действующее законодательство, несовершеннолетняя роженица не может без согласия своей матери или иного законного представителя забрать новорожденного из родильного дома или отказаться от него. Нередко юная мама хочет сохранить ребёнка или не имеет чёткого мнения на этот счёт. Против выступают её родители, и, чтобы сохранить ребёнка в семье, специалисты работают в первую очередь с ними. В таких семьях присутствует психологическое напряжение. Девушке оказывается помощь в осознании себя в новой роли матери, принятии ответственности за ребёнка и построении новых жизненных планов.

4 причина – потрясение во время беременности.

Иногда к отказу от новорожденного приводит тяжёлое потрясение в жизни женщины. оно может быть вызвано следующими событиями:

- неожиданный разрыв отношений с отцом ребёнка или развод с мужем:

- трагедия в семье (гибель или тюремное заключение кого – то из близких).

В этой ситуации оказываются разные женщины от образованных специалистов с крепкой семьёй до одинокой малоимущей женщины. Они не планировали отказываться от ребёнка, часто он был желанным. Однако сильное потрясение на последних месяцах беременности или непосредственно перед родами подтолкнуло их к отказу. Женщины испытывают страх, панику и не вполне способны принимать осознанные решения. Отказываясь от ребёнка, говорят о невозможности заботиться о нём в столь тяжёлой ситуации.

Основной акцент как психологи, так и специалисты по социальной работе делают на интенсивной психологической поддержки матери, чтобы избавить её от ощущения безысходности и потерянности, переключить внимание с собственных проблем на ребёнка. Если женщина не заботится о новорожденном, специалисты должны создавать ситуации, в которых женщина проводила бы больше времени с ребёнком.

5 причина – нежеланный ребёнок.

В эту группу входят женщины, которые не готовы менять свои жизненные планы из-за ребёнка. В качестве причины они могут декларировать бытовые или семейные трудности, но истинные причины отказа связаны с глубокими психологическими проблемами женщины. Это может быть студентка, которая не готова бросить учёбу или взять академический отпуск из-за появления ребёнка, женщина не хочет терять хорошую работу и отказываться от карьеры.

Либо женщина ждёт ребёнка не от мужа или от мужчины, у которого есть другая семья. Женщина вместе со своей семьёй не готова отказаться от материальной стабильности и устоявшегося быта.

Эти отказницы имеют различный уровень дохода и образования. У них может быть благополучная семья, дети. При этом одни неожиданно исчезают из родильных домов, другие спокойно заявляют о решении оставить новорожденного , которое было обдумано и принято задолго до родов. Эта группа наиболее сложна в работе по предотвращению отказов..Наиболее распространённый подход сводится к пробуждению у отказницы материнских чувств.. Специалисты создают ситуации, вынуждающие женщину проводить больше времени с ребёнком, убеждают кормить его грудью. Эффективность работы с этой группой отказниц одна из самых низких. Работа осложняется тем, что эти женщины с трудом идут на контакт.

6 причина – ребёнок с патологией.

При рождении детей с тяжёлыми заболеваниями, аномалиями развития или генетическими особенностями часть матерей отказывается в родильных домах или в отделениях патологии новорожденных.

Женщины, родившие ребёнка с патологией, испытывают огромное потрясение и страх. Они не понимают, что делать с ребёнком, боятся неприятия со стороны родственников и знакомых, затрат на лечение и непосильной эмоциональной нагрузки. Те же чувства испытывают остальные члены семьи. Нередко инициатором отказа выступает отец или бабушка ребёнка.

Сначала женщине оказывают интенсивную психологическую поддержку, которая помогает ей принять факт рождения ребёнка с патологией. На втором этапе специалисты рассказывают о специфике воспитания ребёнка, сообществах родителей особых детей, мерах государственной социальной поддержки.

Существуют 3 малочисленные группы отказниц, где специалисты не уверены в необходимости сохранять ребёнка в семье.

Психически больные женщины, для которых характерны устойчивые расстройства мышления, галлюцинации, бредовые идеи и искажённое восприятие реальности, не в состоянии обеспечить нормальный уход за детьми и могут стать для них источником опасности. Такие женщины могут уходить в себя и на длительное время забывать о существовании детей, пытаться прятать детей от выдуманных опасностей, вести себя в высшей степени странно и непредсказуемо, страдать от параноидного бреда.

Умственно отсталые родители часто очень плохо понимают свои родительские обязанности, не умеют ухаживать за детьми и почти не способны принимать правильные решения. Слабое развитие у таких женщин социальных навыков может стать причиной насилия над детьми и неудовлетворения их потребностей. (пример: оставление ребёнка в ОП).

Женщина имеет инвалидность. Бывают отдельные случаи, когда женщина отказывается от новорожденного из-за своей инвалидности и невозможности за ним ухаживать. Но в практике имеется случай, когда женщина – инвалид 2 группы родила 3 детей, но в силу сложившихся обстоятельств……..)

Женщина неизлечимо больна. Встречаются ситуации, когда женщина знает о своей неизлечимой болезни и отказывается от ребёнка, руководствуясь заботой о нём. Она надеется, что здорового младенца быстро усыновят.

Женщина рожает в результате насилия. В отличие от 2 предыдущих случаев с этой группой специалисты работают, стараясь сохранить ребёнка.

Среди отказниц группа иммигранток пока немногочисленна и характерна в основном для городов – миллионников. Можно выделить несколько типовых ситуаций, в которых иммигрантки отказываются от новорожденных.

Ребёнок рождается вне брака. Женщина живёт в России и не может обратиться к семье за поддержкой или вернуться с младенцем на родину, поскольку факт рождения внебрачного ребёнка нарушает устои традиционного общества и противоречит нормам религии. Мужчины часто бросают этих женщин, узнав о ребёнке. Младенца удаётся сохранить с матерью только в том случае, если к моменту его рождения женщина «обросла» социальными связями и может рассчитывать на помощь подруг или родственников, живущих в нашей стране.

Женщина приезжает в Россию, чтобы родить и оставить ребёнка. Она идёт на этот щаг, чтобы скрыть нежелательную беременность и затем вернуться на родину.

Ребёнок рождается в многодетной семье иммигрантов. Как правило женщина отказывается от 6-8 ребёнка, мотивируя тем, что не смогут прокормить.

Обобщая все причины отказов от новорожденных, можно выделить 3 основные проблемные зоны.

Обобщение причин отказов.

- Только для 15% отказниц основной проблемой, препятствующей сохранению ребёнка в семье, становится нехватка материальных ресурсов.

- Не менее 18% женщин к решению об отказе подтолкнуло потрясение, пережитое во время беременности или сразу после родов. К ним относится и рождение ребёнка с патологией.

- Для 45% отказов причиной являются внутрисемейные отношения. К ним относятся семейное неблагополучие, конфликт по поводу рождения ребёнка и разорванные связи с родственниками.

Работа по предотвращению отказов от новорожденных делится на 2 этапа:

1. Изменение решения женщины об отказе от ребёнка;
2. Сопровождение семьи после сохранения ребёнка с матерью.

Самый распространённый критерий оценки работы службы профилактики – процент предотвращённых отказов от общего числа поступивших сигналов.

Сопровождение семьи после изменения решения женщины об отказе.

На практике можно выделить 2 типа сопровождения женщин после их выписки из учреждений родовспоможения: мониторинг и реабилитация.

Основная функция мониторинга – контроль безопасности пребывания ребёнка в семье. Специалисты по социальной работе контролируют все семьи, где был предотвращён отказ. Оценивают социально – бытовую и психологическую обстановку в семье, мониторинг сопровождается оказанием помощи семье. Дополнительную информацию о семьях отказниц можно получать в детской поликлинике.

Мониторинг в социозащитных учреждениях основан на опыте в сопровождении неблагополучных семей. С целью предотвращения повторного случая отказа семья ставится на социальный патронаж. Основной метод мониторинга – поквартирный обход семей. Интенсивность, форма и продолжительность мониторинга зависит от статуса, который получает семья при постановке на учёт.

- Если за семьёй закреплён статус «социально опасное положение», то контроль за ней осуществляется вне зависимости от согласия её членов. Специалист может запрашивать информацию о семье от школ, где обучаются старшие дети, в запросе обязательно должен стоять вопрос по обучению и посещению школьных занятий без уважительной причины, о занятости детей в свободное от учёбы время, о мотивации на сотрудничество с образовательным учреждением родителей. Запрос в детские сады должен отражать регулярность посещения детского сада, пропуски без уважительной причины, уделяют ли родители должное внимание уходу за ребёнком, его физическому и психическому развитию, выполняют ли рекомендации воспитателей. Запрос в детскую поликлинику – о выполнении назначений педиатра, о регулярности прохождения профилактических осмотров, о выполнении назначений педиатра. Запрос в правоохранительные органы, о том, состоит ли семья на профилактическом учёте с указанием оснований постановки, какая работа ведётся с семьёй. Семьи посещаются во время проведения межведомственных профилактических рейдов, во время выезда мобильных групп. Такие семьи стоят на учёте по нескольку лет, сохраняя свой статус. Периодичность посещения таких семей не реже 1 раза в 2 месяца.

Дети подвержены более высокому риску жестокого обращения в определённые периоды своего развития. Удовлетворение основных потребностей детей грудного возраста требует постоянного внимания, в силу чего они больше подвержены риску неудовлетворения своих потребностей со стороны нерадивых родителей. Кроме того, в этом возрасте дети могут длительное время плакать без видимых причин. Это может вывести из себя даже самых терпеливых родителей. Если же они склонны к насилию, то под воздействием стресса, вызванного нескончаемым детским плачем, могут сорваться и причинить ребёнку вред.

Также приучение детей к использованию горшка может вести к возникновению конфликтных ситуаций, особенно если ребёнок ведёт себя упрямо, противоречит родителям и отказывается исполнять их требования.

В 2015 году поступали сообщения из Курганской детской поликлиники о выявлении детей грудного возраста с признаками истощения.

Ребёнок, страдающий крайним истощением, имеет явно недостаточную массу тела и может выглядеть измождённым. Более чем в 50 процентах случаев причиной крайнего истощения является недокармливание ребёнка. Ещё в 20 процентах случаев крайнее истощение наступает в результате неправильного кормления и в 30 процентах – в результате соматического заболевания. Продолжительное недоедание очень опасно для детей грудного возраста. Оно может привести к необратимому повреждению головного мозга, в том числе к умственной отсталости и даже к смерти. У детей более старшего возраста симптомы могут быть менее заметны, однако последствия долгосрочного недоедания могут оказаться весьма серьёзными. Таких детей можно узнать по следующим признакам: недостаточный для их роста и возраста вес, худые конечности , болезненный, землистый цвет лица, а у детей младшего возраста – выпячивающийся живот.

Неоказание медицинской помощи больным или травмированным детям может привести к возникновению хронических заболеваний или наступлению инвалидности. Кроме того, неоказание помощи способствует обострению заболеваний. Например, если не лечить простуду или грипп, у ребёнка может развиться пневмония с тяжёлыми осложнениями (вплоть до летального исхода).

Если в доме грязно, это само по себе ещё не создаёт угрозы жизни и здоровью ребёнка, однако ребёнку может быть причинён серьёзный вред, если он проживает в условиях антисанитарии или подвержен риску получения физических травм. Грязь (открытые мусорные баки, гниющие остатки пищи, экскременты животных и людей) и другие проявления антисанитарии могут привести к серьёзным заболеваниям. Наличие в доме и его окрестностях мест повышенной опасности (битое стекло, острые углы, открытая электропроводка, крысы и другие паразиты, а также неогороженные высотные сооружения, с которых ребёнок может упасть) подвергает его повышенному риску травмирования.

Дети младшего возраста, оставленные без присмотра или под присмотром лиц, не способных осуществить нужный уход, подвергаются риску увечий и смерти. Такой ребёнок может выпасть из окна, оказаться на улице, отравиться. Иногда дети, оставленные без присмотра, погибают при пожаре.

- Семьи, не вызывающие большого опасения за безопасность ребёнка, но нуждающиеся в помощи, получают статус «семья нуждающаяся в проведении индивидуальной профилактической работе» . Периодичность посещения таких семей не реже одного раза в три месяца.

В процессе сопровождения специалист оказывает содействие в оформлении пособий, льгот, субсидий, в оформлении различных документов ( паспорта, свидетельства о рождении, медицинского полиса, СНИЛС и т.д.)

Желательно чтобы с женщиной и членами её семьи всё время работал один специалист, для выстраивания доверительных отношений.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС – это преодоление кризиса в семье или изменение ситуации, послужившей причиной отказа от ребёнка. Реабилитационный процесс требует совместных усилий женщины, членов её семьи и специалиста.

Обязанность специалистов по социальной работе работать совместно с семьями, чтобы дать им возможность принять на себя ответственность за изменения, а не решать проблемы за них.

Специалисты по социальной работе должны всем своим поведением демонстрировать, что они заслуживают доверия. Для этого им нужно:

- объяснять родителям свои намерения и планы;

- всегда выполнять свои обещания или чётко объяснять, почему это невозможно;

-Постоянно заверять родителей в своём желании помочь и подтверждать это своими поступками;

- честно и прямо обсуждать семейные проблемы и объяснять причины вмешательства в жизнь семьи;

- правильно истолковывать противоречивое поведение родителей и понимать его амбивалентность;

- напрямую обсуждать с родителями вопрос доверия;

- позитивно реагировать на попытки сближения со стороны родителей.

Важно проявлять терпение: если перегнуть палку, такие родители могут уйти в себя. Специалисты по социальной работе должны позволить клиентам самим определять темпы сближения, обеспечивая ненавязчивое и последовательное подкрепление любого движения в нужном направлении.

Во многих регионах важнейшим ресурсом для сохранения новорожденного в семье является наличие социальных гостиниц при НКО. В Кургане и Шадринске социальные гостиницы также имеют возможность предоставлять временное проживание, но к сожалению сроки пребывания в ней ограничены.

Взаимодействие между учреждениями родовспоможения и социозащитными учреждениями происходит следующим образом:

Специалисты родовспомогательного учреждения предотвращают отказ от новорожденного; затем передаётся сигнальный лист о женщине, изменившей решение об отказе, в дальнейшем специалисты социозащитных учреждений сопровождают семью.

**Алгоритм работы ГБУ «Курганский ЦСПСиД»**

**по профилактике отказов от новорожденных детей**

**Этап № 1. Прием сигнала о намерении женщины отказаться от ребёнка.**

**Цель этапа:** своевременное начало работы с женщиной по предупреждению отказа от новорожденного ребенка.

**Продолжительность этапа:** до 1 дня.

Этап включает в себя следующие мероприятия:

1.  **Поступление сигнала.**

В ГБУ «Курганский ЦСПСиД» сигнал о намерении женщины отказаться от ребёнка поступает от координатора межведомственной службы профилактики отказов от новорожденных - психолога Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, ГБУ «Курганский областной перинатальный центр», либо от специалистов иных учреждений здравоохранения Курганской области.

В учреждение из учреждения здравоохранения направляется копия сигнального листа для планирования и осуществления дальнейшей работы с женщиной по предупреждению отказа.

2.  **Регистрация сигнала.**

Информацию о женщине, заявляющей о намерении отказа, регистрирует специалист учреждения социального обслуживания в журнале приема сигналов, куда заносятся сведения об учреждении, из которого поступил сигнал, дата поступления сигнала, координаты женщины.

3.  **Оценка экстренности посещения женщины с намерением отказа.**

Ответственный специалист, на основании полученной из сигнального листа информации, определяет насколько оперативно необходимо посетить женщину.

**Этап № 2: Выяснение ситуации и мотивов отказа от ребёнка, включение родственного и / или близкого окружения женщины в работу по сохранению ребенка в семье.**

**Цель этапа:** обеспечение необходимых мер для выяснения ситуации и мотивов отказа; вовлечение женщины и ее ближайшего социального окружения в работу по сохранению ребенка в семье.

**Продолжительность этапа:** от 1 до 3 дней.

Этап включает в себя следующие мероприятия:

**1.  Посещение женщины.**

Специалист по социальной работе посещает женщину по месту ее проживания / пребывания не позднее того времени, которое определено в журнале приема сигналов. В ходе посещения заполняет акт жилищно-бытовых и социальных условий.

**2.  Беседа с женщиной.**

В рамках посещения специалист осуществляет проверку сигнала, диагностику причин отказа, оценку реабилитационных возможностей женщины, сбор информации о ситуации женщины, её жизни, её отношения к ситуации.

**3.  Вовлечение женщины и / или ее близкого окружения в сотрудничество со службой по сохранению ребенка в семье.**

специалист предлагает женщине, а также ее родственному и / или близкому окружению сотрудничество по сохранению ребёнка в семье, мотивирует их на поиск конструктивных решений сложившейся ситуации.

**4.  Принятие решения об открытии случая.**

В случае согласия женщины сотрудничать со службой профилактики отказов от новорожденных:

ею заполняются следующие документы: заявление гражданина на предоставление социального обслуживания, согласие на обработку персональных данных;

ответственный специалист принимает решение об открытии случая, что фиксируется в журнале приема сигналов.

Если женщина не согласна на сотрудничество со службой профилактики отказов от новорожденных, случай не открывается, что также специалист фиксирует в журнале приема сигналов.

**5.  Направление информации о принятом решении в учреждение здравоохранения**

Информация о принятом решении («случай открыт» / «случай не открыт») направляется куратором случая в учреждение здравоохранения, из которого поступил сигнал о намерении женщины отказаться от ребёнка.

**Этап № 3: Работа по сохранению ребёнка в семье.**

***женщина изменила решение об отказе и забрала ребёнка.***

**Цель этапа:** обеспечение необходимых мер социальной поддержки

**Продолжительность этапа:** с момента поступления сигнала до 1 месяца после рождения ребенка. Данный срок обусловлен тем, что в течение первого месяца после родов у матери наиболее сильны чувства по отношению к ребёнку и переживаемой ситуации отказа, и именно в этот период целесообразно проводить работу. Кроме того, в работе необходимо исходить из интересов ребёнка, а месяц, как правило, тот срок, за который органам опеки и попечительства удаётся найти замещающие семьи для данной категории детей. Таким образом, если за месяц мать решение об отказе не поменяла, целесообразно прекратить работу с ней в целях обеспечения интересов ребёнка.

Этап включает в себя следующие мероприятия:

**1.  Разработка индивидуальной программы социальной реабилитации.**

Специалистом разрабатывается проект индивидуальной программы социальной реабилитации с целью сохранения ребенка в семье. Содержание программы зависит от тех причин отказа, которые были выявлены на предыдущих этапах и включает в себя психологические, социально-экономические, социально-медицинские и правовые услуги.

**2.  Реализация и мониторинг индивидуальной программы**

Результаты мониторинга фиксируются в ИПСР и являются основанием для принятия решения о дальнейшей работе по ИПСР, её коррекции, закрытии случая или переводе семьи на социальное сопровождение.

**3.  Принятие решения о закрытии случая.**

Случай закрывается на основании протокола решения Комиссии по вопросам организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и семьями, нуждающимися в проведении индивидуальной профилактической работе, социально опасном положении, если в ходе данного этапа женщина не изменила решение об отказе, либо женщина изменила решение об отказе, забрала ребёнка и проблемы, которые привели к отказу минимизированы / устранены или перестали иметь решающее значение.

Случай переводится на сопровождение, если женщина изменила решение об отказе, однако проблемы, которые привели к отказу, не устранены и необходима дальнейшая совместная работа по их устранению и минимизации.

Принятое решение фиксируется специалистом в журнале приема сигналов, информация о нем направляется в учреждение здравоохранения, из которого поступил сигнал о намерении женщины отказаться от ребёнка.

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Главная цель органов и учреждений системы профилактики заключается в том, чтобы выявлять детей, подверженных риску жестокого обращения, по мере необходимости незамедлительно принимать меры, направленные на их защиту.

Должностные лица организаций, которым стало известно об угрозе жизни или здоровью ребёнка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом

Выявив при осуществлении патронажа на дому, возможный случай физического насилия или пренебрежения потребностями ребёнка специалист по социальной работе обязан принять решение о необходимости оказания ребёнку срочной медицинской помощи (вызов по «скорой»).

Основные типы и физические признаки травм, которые могут возникнуть в результате жестокого обращения с ребёнком, включают в себя следующие: гематомы, ожоги, травмы, переломы и крайнее истощение.

Невиновные родители обычно стремятся как можно быстрее показать пострадавшего ребёнка врачу. Родители, допустившие насилие в отношении своего ребёнка, поступают наоборот.