Фонд
профилактики
социального сиротства

[СоцЛаб] Лаборатория
социальных
программ

ОТКАЗЫ МАТЕРЕЙ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ

причины и способы предотвращения

Отчет по результатам исследования

ОТКАЗЫ МАТЕРЕЙ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ

Причины и способы предотвращения

Москва

2013

«Измени одну жизнь» (основан в 2012 году) – российский благотворительный фонд. Миссия фонда – поиск родителей для детей-сирот.

Среди проектов фонда – федеральная база видеоанкет детей, которым нужны родители. Ролики показывают каждого ребенка таким, какой он есть в жизни. Видеоанкеты публикуются как на сайте фонда, так и на официальных сайтах ведущих российских телеканалов, других СМИ. Проект по созданию видеоанкет уже подтвердил свою успешность: каждый седьмой ребенок из базы находит себе родителей. На февраль 2014 года база содержит свыше 7700 видео детей. Благодаря программе 1177 детей уже обрели семьи.

«Поддержи усыновителя» – еще одна крупная программа, реализуемая фондом «Измени одну жизнь». В рамках программы проводятся консультации для приемных родителей и тех, кто только решил принять ребенка в семью. Специалисты фонда регулярно организуют обучающие вебинары и семинары по различным вопросам семейного устройства детей-сирот. В 2013 году в вебинарах фонда приняло участие более 500 человек, консультационная поддержка была оказана 835 приемным родителям.

Также фонд запустил крупный интернет-портал **www.changeonelife.ru**, посвященный вопросам семейного устройства. На портале публикуются тематические статьи экспертов, успешные истории и фильмы о приемных семьях.

Благотворительный фонд профилактики социального сиротства и Лаборатория социальных программ выражают фонду «Измени одну жизнь» искреннюю благодарность за финансовую поддержку исследования.

Содержание

Об исследовании 5

Развитие услуги по профилактики отказов от новорожденных 6

- Распространение услуги 6
- Изменение принципов социальной работы 7
- Результативность работы 9

Какие женщины отказываются от новорожденных 10

Основные причины отказов от новорожденных 12

- 1. Социальное неблагополучие 13
- 2. Десоциализация 14
- 3. Ребенка не принимает семья женщины 16
- 4. Потрясение во время беременности 17
- 5. Нежеланный ребенок 18
- 6. Ребенок с патологией 19
- 7. Отдельные сложные группы 20
- 8. Проблемы иммигранток 21

Влияние уровня материального благополучия на решение об отказе 22

Роль семьи в решении женщины об отказе от новорожденного 24

Описание моделей организации работы по профилактике отказов от новорожденных 25

- Социальные учреждения 25
- Некоммерческие организации 27
- Медицинские учреждения 29

Сравнение эффективности организационных моделей 32

- Эффективность работы по изменению решения женщины об отказе 32
- Сопровождение семьи 37

Проблемы межведомственного взаимодействия 41

Выводы 44

«Я давно в роддоме работаю. Помню первый отказ. Маме 19 лет было, она просто встала и ушла, а ребенок не плакал. Меня тогда поразило, что он молчал. До сих пор это перед глазами стоит».

«Женщины эти, они же в смятении, выхода не видят. Я спрашиваю: "Кто у тебя помощник, советчик? Изменится что-то, если я с ним поговорю?"»

«Начинаешь с женщиной работать, и она оттаивает, начинает сама искать ресурсы, вспоминать родственников».

«Возможность потерять ребенка настолько страшна для некоторых семей, что они готовы на все, чтобы этого избежать. Находится бабушка, которая готова ребенка воспитывать или сама мать берется за ум».

«Когда озверею совсем от этих мамок, иду в палату к отказным детям. Подержу их на руках немного, и легче становится».

«Большая часть женщин одинокие, отказываются от второго-третьего ребенка. Все на себе тянут, жилье снимают, не могут устроить детей в сад».

Об исследовании

Исследование причин и способов предотвращения отказов матерей от новорожденных было проведено Лабораторией социальных программ по заказу Благотворительного фонда профилактики социального сиротства в феврале-мае 2013 года.

Цель исследования – выявление причин, которые приводят к отказу от новорожденных детей в родильных домах, и обобщение региональной практики работы по предотвращению отказов.

Цель исследования – выявление причин, которые приводят к отказам от детей в родильных домах, и обобщение региональной практики работы по предотвращению отказов.

Исследованием было охвачено 22 региона РФ, в которых ведется работа по профилактике отказов от новорожденных. Контактная база большинства участников исследования была предоставлена Ассоциацией организаций, работающих в сфере профилактики отказов от новорожденных.

Исходя из имеющихся ресурсов, нами было выбрано два метода сбора информации:

1) сбор анкетных данных о женщинах, решивших отказаться от новорожденных в 2012 году, и о работе специалистов служб по предотвращению отказов; анкеты на женщин-отказниц заполнялись специалистами служб на основе учетной документации; всего были обработаны данные о 764 случаях отказа от новорожденных, из них 390 отказов удалось предотвратить;

Исследованием было охвачено 22 региона РФ, в которых ведется работа по профилактике отказов от новорожденных.

2) серия глубинных интервью со специалистами по социальной работе, психологами и руководителями служб, занимающихся профилактикой отказов, а также с представителями региональных органов управления и экспертами в данной сфере.

Исследование включает в себя обобщение наиболее распространенных причин отказов матерей от новорожденных, описание практики работы специалистов с каждой из этих причин, а также основные социальные и демографические характеристики женщин-отказниц.

Кроме того, в отчете освещены вопросы, связанные с управлением и организацией работы по профилактике отказов от новорожденных. Рассмотрены три модели организации деятельности на базе медицинских учреждений, социальных учреждений и НКО. На основе выделенных в исследовании критериев оценки эффективности организации работы проведен сравнительный анализ этих моделей, а также дана характеристика межведомственного взаимодействия в рамках работы по профилактике отказов от новорожденных.

Развитие услуги по профилактике отказов от новорожденных

В 2012 году 6230[1] женщин оставили своих новорожденных детей в родильных домах России. Это одна из причин социального сиротства, или сиротства при живых родителях.

В 2012 году 6230 женщин оставили своих новорожденных детей в родильных домах России.

Соответственно, профилактика отказов от новорожденных – одно из направлений деятельности по профилактике социального сиротства. Речь не идет об общих профилактических мерах, связанных с просвещением или поддержкой отдельных незащищенных групп женщин, чтобы в будущем они не отказывались от детей. В данном исследовании рассматриваются отказы женщин от новорожденных в родильных домах как свершившийся факт или озвученное намерение. Работа специалистов с этими женщинами с целью сохранения ребенка в семье и есть услуга по профилактике отказов от новорожденных.

Распространение услуги

Предотвращением отказов от новорожденных в России начали заниматься в середине 2000-х годов. Первопроходцами в этой области стали несколько благотворительных организаций, а также отдельные активные сотрудники социальных учреждений и перинатальных центров. Большинство специалистов, работавших в то время в сфере здравоохранения и социальной защиты, считали женщин, оставляющих детей, плохими матерями. По их мнению, для детей отказниц лучше было найти приемных родителей, чем оставлять их в родных семьях.

Работа специалистов с этими женщинами с целью сохранения ребенка в семье и есть услуга по профилактике отказов от новорожденных.

На втором этапе распространения услуги, который начался в конце 2000-х годов и продолжается до сих пор, эта позиция постепенно сменяется другой, согласно которой расставание ребенка с матерью лучше всего предотвратить. Услугу по предотвращению отказов начали оказывать государственные социальные и медицинские учреждения. Этому способствовала активная позиция федеральных органов управления. В частности, была инициирована грантовая программа Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, созданного по указу Президента РФ. На конкурс субъектов РФ была представлена специальная программа, направленная на профилактику отказов от новорожденных. Она помогла запустить процесс оказания услуги в ряде регионов.

[1] По данным Федерального статистического наблюдения (103 РИК) за 2012 год.

Традиционно работа начинается в одном-двух учреждениях областных центров, а затем распространяется на всю область. В настоящее время деятельность по предотвращению отказов ведется во всех роддомах области (или в подавляющем большинстве из них) в четырех из 22 регионов, охваченных исследованием. Еще в трех субъектах Федерации ведется работа по распространению услуги на всю территорию области. В целом процесс экстенсивного распространения услуги только начался и в ближайшие годы ускорится.

Процесс экстенсивного распространения услуги только начался и в ближайшие годы ускорится.

На третьем этапе развития услуги по профилактике отказов от новорожденных экстенсивное распространение сменится качественными преобразованиями: повысится квалификация специалистов, сформируется профессиональное сообщество и будут приняты стандарты оказания услуги.

Изменение принципов социальной работы

Развитие услуги по профилактике отказов от новорожденных отражает более общий процесс трансформации системы социальной поддержки населения.

Система, сложившаяся в советское время и воспроизведенная в 1990-е годы, была в первую очередь направлена на преодоление бедности. Считалось, что материальная поддержка – ключ к решению большинства социальных проблем. Эта позиция постепенно сменяется пониманием того, что бедность – лишь один из признаков потребности семьи в поддержке. Основной целью работы специалистов в области социальной защиты становится индивидуальная помощь в кризисной ситуации.

Процесс трансформации можно наблюдать через изменение принципов социальной работы в целом и мировоззрения специалистов в частности. Ниже приведены примеры обновленных принципов работы, которые разделяет большинство специалистов, работающих с женщинами-отказницами.

Принципы, разделяемые большинством специалистов

К каждому случаю нужно подходить индивидуально *(на практике специалисты различных ведомств реализуют этот принцип по-разному).*

Лучшая среда для ребенка – его кровная семья; необходимо приложить все усилия для того, чтобы ребенок остался с родителями *(на практике есть исключения из этого правила; так, некоторые специалисты не прикладывают значительных усилий для сохранения в семье новорожденного с патологией или в случае, если семья матери-отказницы неблагополучная).*

Специалист является помощником семьи в кризисном положении *(большинство специалистов считают себя помощниками семьи, хотя часть из них совмещают эту роль с контрольными и карательными функциями).*

Принятие этих принципов свидетельствует об изменении мировоззрения специалистов. Однако устойчивой практики работы согласно обновленным принципам пока не сформировано.

Процесс смены принципов социальной работы еще далек от завершения, в ближайшие годы масштаб дискуссии в профессиональном сообществе будет нарастать. Сегодня взгляды специалистов расходятся относительно следующих принципов.

«Иногда опека просит нас сделать обследование жилья женщины, пока она лежит в роддоме. Если мы видим, что там для ребенка ничего нет, то сразу его не отдаем. Женщина выписывается одна и готовит все для ребенка, а мы помогаем – кроватку даем, коляску… Мы же помощники».

Принципы, вокруг которых разворачивается дискуссия

Необходимо дать женщине возможность решить ее проблемы, при этом за ней останется выбор – использовать шанс или отказаться от ребенка.	Необходимо убедить женщину принять помощь и сохранить ребенка в семье.
Только крайне тяжелые обстоятельства или беда могли привести женщину к отказу от ребенка.	Женщина сама виновата в произошедшем с ней и в том, что отказывается от ребенка.
Если женщина отказывается от младенца с патологией, необходимо показать ей возможность вырастить и воспитать этого ребенка.	Не существует аргументов, чтобы убедить женщину воспитывать больного ребенка, она либо берет на себя «этот крест» добровольно, либо отказывается от него.
Любая отказница имеет право на помощь специалиста.	Среди отказниц есть «безнадежные» или менее достойные помощи.
Нужно помогать людям, которые оказались в трудной жизненной ситуации.	Нужно помогать нищим, неблагополучным, обездоленным.

Разница во мнениях специалистов приводит к неодинаковой практике работы с аналогичными причинами отказов от новорожденных.

Результативность работы

В среднем результативность работы по предотвращению отказов составляет 50%. То есть в каждом втором случае специалистам удается изменить решение матери и сохранить ребенка в семье.

В среднем результативность работы по предотвращению отказов составляет 50%.

Большинство специалистов отслеживают дальнейшую судьбу детей, которых удалось сохранить в семьях. Согласно их данным, повторные отказы или изъятия детей из кровных семей крайне редки (не более 5%).

Предотвращать 25% отказов удается уже в первые месяцы работы, практически вне зависимости от уровня подготовки специалистов. Это означает, что в четверти случаев решение матери об отказе нетвердое и спровоцировано ее эмоциональным состоянием.

По мере накопления опыта специалистов и повышения их квалификации процент предотвращенных отказов увеличивается.

«Мы не можем ей ничем помочь в ее проблемах. И вот даешь ей эти пару пеленок, и она уже готова изменить решение. Просто ей важно понимать, что мы ее не осуждаем, что она может к нам приходить регулярно и получать хотя бы это».

В ходе исследования специалисты государственных учреждений нередко говорили, что руководство ставит перед ними задачу повысить долю предотвращаемых отказов. Поэтому мы решили обозначить максимально возможный результат. Он составляет 65% и достигается отдельными службами при оперативном реагировании специалиста на отказ, индивидуальном подходе к каждому случаю и предложении широкого спектра мер поддержки семьи.

На момент проведения исследования продемонстрировать более высокий результат смогли службы, в которые сигналы об отказах поступают после предварительного отбора. Например: роддом передает информацию только о наиболее «перспективных» случаях либо о женщинах, которые сами изъявили желание на работу со специалистами.

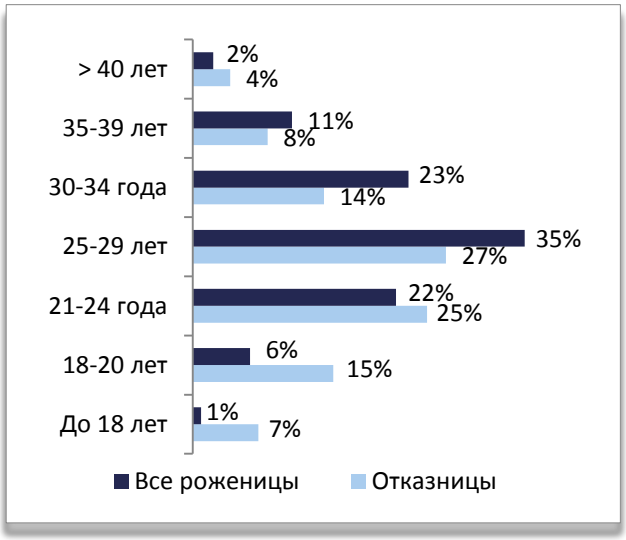
Вне зависимости от профессионализма специалиста и его заинтересованности есть женщины, которые отказываются от контакта или не меняют свое решение. Например, существует устойчивая практика, когда женщины приезжают в другой регион без документов, чтобы после родов незаметно покинуть роддом, оставив ребенка.

Кроме того, часть отказниц ведет асоциальный образ жизни или живет в неблагополучных семьях, где существует угроза безопасности новорожденного. В таких случаях специалист вынужден принять решение о нецелесообразности сохранения ребенка в семье.

Какие женщины отказываются от новорожденных

Во всем мире между возрастом, в котором женщина рожает первого и последующих детей, и уровнем ее образования существует устойчивая связь: более образованные женщины рожают позже.

Возрастная структура[2]



Уровень образования[3]

Большинство отказниц – женщины с очень низким уровнем образования: лишь 9% из них учились или продолжают учиться в вузе. 60% отказниц смогли в лучшем случае окончить среднюю школу. Для сравнения: только 36% россиянок имеют среднее и неполное среднее образование. Соответственно, по сравнению с остальными роженицами страны отказницы достаточно молоды: 47% из них не достигли 24 лет.

В то же время 36% женщин-отказниц – старше 30 лет. Они, как правило, уже имеют детей. Многие живут в неблагополучных семьях. Также в этой возрастной группе есть женщины с устойчивым материальным положением, состоявшиеся как профессионалы.

Вопреки распространенному мнению о том, что от новорожденных, как правило, отказываются выпускницы детских домов, статистика показывает, что в сиротском учреждении воспитывалась лишь каждая десятая отказница.

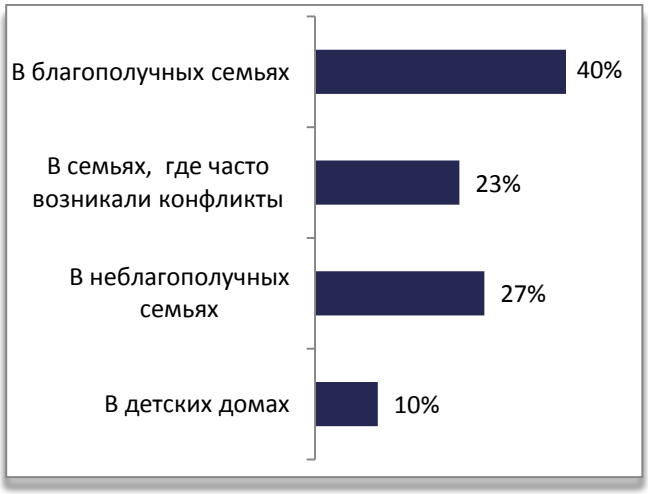
*47% **отказниц не достигли 24 лет.***

*60% **отказниц в лучшем случае смогли закончить среднюю школу.***

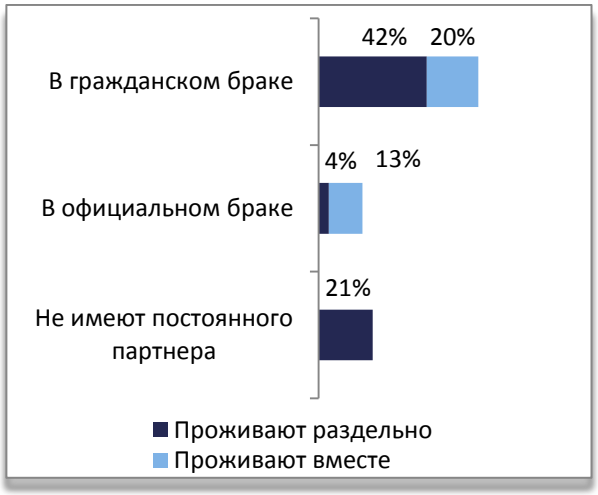
[2] Возрастная структура всех рожениц, согласно данным Фонда социального страхования РФ.
[3] Уровень образования женщин в среднем по России, согласно данным Росстата.

В целом только 40% отказниц выросли в благополучных семьях, но лишь две трети этих семей (27%) были полными. Таким образом, 73% женщин-отказниц, абсолютное большинство, не имеет опыта жизни в благополучной и одновременно полной семье. По мнению психологов, работающих с отказницами, глубинные причины отказов от новорожденных часто кроются в их детском опыте, где отсутствуют позитивные примеры материнства.

В каких условиях росли отказницы



Семейное положение отказниц



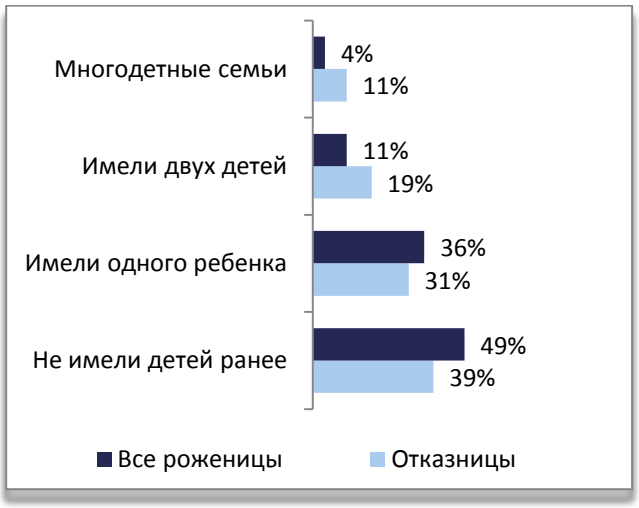
Рассмотрим, какие семьи удалось создать этим женщинам. Только 17% отказниц состоят в зарегистрированном браке, но не все из них проживают совместно с мужем. 62% женщин-отказниц заявили, что состоят в гражданском браке, однако две трети из них (42%) проживают с мужчиной раздельно. 21% женщин не имеют постоянного партнера. Таким образом, 67% женщин-отказниц не имеют стабильных семейных отношений: у них либо нет постоянного партнера, либо они проживают с ним раздельно.

*73% **женщин не имеют опыта жизни в благополучной и одновременно полной семье.***

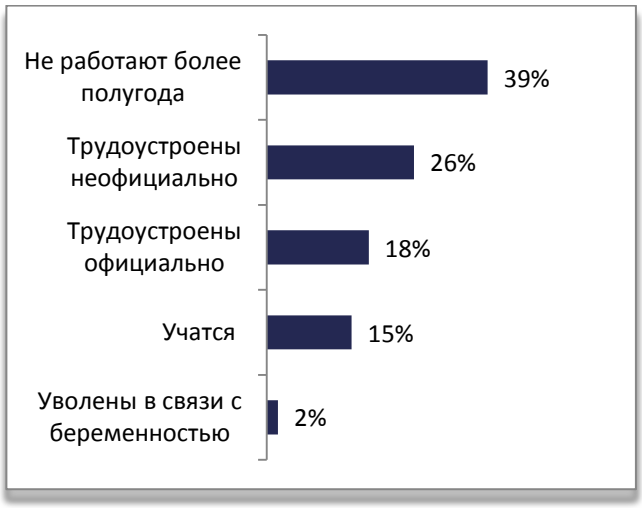
При этом 61% отказниц уже имеют хотя бы одного ребенка. 30% женщин-отказниц являются многодетными матерями или могли бы стать многодетными, если бы не отказались от новорожденного. Для сравнения: третьего и последующих детей рожают лишь 15% россиянок.

В целом среди женщин, родивших второго ребенка, доля отказниц выше, чем среди женщин, родивших впервые. С рождением третьего и последующих детей доля отказниц в общем числе рожениц продолжает расти.

Количество детей на момент родов



Занятость отказниц



Итак, большая часть женщин-отказниц одиноки, многие имеют не одного ребенка. Посмотрим, могут ли они обеспечить свою жизнь. Около 55% отказниц длительное время не работают или учатся, то есть фактически находятся на чьем-то иждивении. Большинство работающих женщин трудоустроены неофициально. В итоге 82% женщин не имеют оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

Основные причины отказов от новорожденных

В большинстве случаев к отказу матери от ребенка приводит комплекс социальных и психологических причин. Поэтому в данном контексте понятие «причина отказа» носит несколько условный характер и указывает на основной фактор, который подтолкнул женщину к отказу от новорожденного.

В большинстве случаев к отказу матери от ребенка приводит комплекс социальных и психологических причин.

Следует различать причины отказов, заявленные самими женщинами, и причины, выявленные специалистами в ходе работы с ними. Нередко женщины скрывают истинные причины отказов и называют социально одобряемые, как то нехватка средств или конфликт с родственниками. Большинство специалистов пытаются комплексно подойти к оценке ситуации и выявить основную проблему, решение которой позволит сохранить ребенка в семье. Основные проблемы, выявленные специалистами, мы и будем называть в нашем исследовании причинами отказов.

Ниже по степени распространенности (от большей к меньшей) представлены наиболее частые причины отказов, а также краткие портреты женщин, оказавшихся в описанных ситуациях, и практика работы специалистов с каждой из причин.

1. Социальное неблагополучие – 20%

Можно выделить четыре 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, часто случаются конфликты.

Портрет. Отказываясь от новорожденного, женщины с зависимостью или женщины, ведущие асоциальный образ жизни, осознают свою неспособность заботиться о ребенке. Отказницы, чьи проблемы связаны с их семьями, инфантильны, подавлены, чувствуют опасность для себя и ребенка, исходящую от близких. Они часто говорят о том, что в доме ребенка или приемной семье новорожденному будет лучше.

«Часто отказываются неблагополучные мамочки. Если у таких уже есть первый ребенок, то обычно его воспитывают родственники».

Среди неблагополучных отказниц существенную долю составляют те, кто уже имеет двоих и более детей. Часть из них не воспитывает старших детей самостоятельно. Дети живут с родителями женщины, отца ребенка или другими родственниками. Однако этот ресурс исчерпан. Родные по тем или иным причинам не готовы принять младенца (материальное положение, состояние здоровья, возраст).

В других семьях старшие дети выросли в относительно благополучной обстановке, но к моменту рождения следующего ребенка ситуация в семье ухудшилась и взрослые уже не в состоянии о нем заботиться.

Практика работы с группой

Опыт работы с этой группой женщин есть у всех специалистов, участвовавших в исследовании. По их общему мнению, это наиболее трудные для работы случаи. В качестве основных форм поддержки неблагополучным семьям чаще всего выступает помощь в оформлении льгот и пособий, поддержка при устройстве детей в детские сады, а также гуманитарная помощь. Однако для сохранения новорожденного в семье решающим фактором становится наличие или отсутствие зависимости у самой женщины.

- Если женщина живет в неблагополучной семье, но не страдает какой-либо формой зависимости, самый распространенный способ сохранить ребенка с матерью – смена места жительства (чаще всего мать с новорожденным переезжают к родственникам или в социальную гостиницу, приют). Также существует практика длительной и глубокой реабилитации без разрыва семейных связей. Тогда в процессе реабилитации участвует вся семья.

«Женщинам с зависимостями тоже даем шанс. Там нужна длительная реабилитация, нужна помощь родственников».

- Если женщина страдает какой-либо формой зависимости, то сохранить ребенка в семье крайне трудно из-за угрозы его безопасности. Однако отдельным специалистам периодически удается сохранять ребенка, если зависимость женщины не наркотическая, а сама она готова к реабилитации. Известны примеры направления женщин в организации, специализирующиеся на борьбе с алкоголизмом.

- Практику реабилитации женщин, ведущих асоциальный образ жизни, в ходе исследования выявить не удалось. Большинство специалистов указывают на то, что кардинально изменить образ жизни асоциальных и зависимых женщин не представляется возможным.

2. Десоциализация – 17%

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:

«Женщины, в основном из районов, приезжают и устраиваются на временную работу, беременеют и потом отказываются от детей. А в район возвращаться – и работы нет, и жить там не на что. В глубинке ребенка труднее вырастить».

- переезд на новое место жительства: большинство женщин приезжают из районного центра или деревни в областной центр на работу или учебу;

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

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

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

Типичная история

«Девочка из района тут училась и вот – родила. Родители не знали про беременность, а она отказывалась, думала, не примут ее с ребенком. Юрист поехал в ее родное село, нашел родителей. Привезли маму в роддом, она увидела внучку и так обрадовалась! Потом вместе домой уехали».

Практика работы с группой

У большинства представительниц этой группы есть родственники или друзья, с которыми они не поддерживают постоянных контактов. Как правило, женщина не воспринимает такие связи как потенциальный источник помощи или считает, что у нее нет морального права обращаться за поддержкой, поскольку она не выполнила свои «социальные обязательства». Например, ее отправили учиться, а она забеременела.

Наиболее распространенная практика работы с этой группой – поддержка женщины в обращении за помощью к родственникам или друзьям. Первая и основная задача – убедить женщину обратиться к близким или предоставить их контакты, чтобы специалист мог стать посредником между ними и матерью. Это ключевой этап, успех которого во многом зависит от того, насколько доверительные отношения сложились между отказницей и специалистом. Когда женщина получает поддержку родственников, зачастую она меняет решение об отказе от новорожденного.

«Мы заканчиваем работу, только когда члены семьи уже научились получать услуги от государства. Это один из наших критериев самостоятельности».

Однако этот подход неприменим при глубокой степени десоциализации: у отказницы может просто не оказаться близких. В таких случаях специалисты стараются сформировать у женщины новое социальное окружение. На первом этапе специалисты сами оказываются в роли близких, оказывая женщине психологическую и материальную поддержку. Затем они стимулируют формирование у женщины новых социальных связей через поиск работы, получение профессии, а также «кооперацию» между патронируемыми женщинами для совместного ухода за детьми.

Такой подход весьма труден: он требует индивидуальной и продолжительной работы с женщиной. На данный момент проводить подобную реабилитацию могут лишь специалисты НКО.

Существует еще одна распространенная практика предотвращения отказов в этой группе: часть специалистов делает упор на материальную поддержку. Для женщин это актуально, поскольку они лишены помощи близких. Иногда этого достаточно для изменения решения об отказе.

3. Ребенка не принимает семья женщины – 15%

Типичные ситуации:

- женщина хочет сохранить ребенка, однако близкие угрожают ей психологическими или материальными санкциями (выгонят из дома, бросит муж, родители не будут помогать);
- женщина опасается санкций со стороны близких, поэтому скрывает беременность и втайне отказывается от ребенка.

Портрет. Чаще всего это молодые женщины, зависимые от своего ближайшего окружения (родителей, отца ребенка, иногда соседки по комнате). Это могут быть студентки или домохозяйки, нередко проживающие со своими родителями или с родителями мужа/партнера.

«Женщина жила с матерью и двумя детьми. Старший сын был больной. Мать с ним помогала. Так женщина утаила от матери беременность и вернулась из роддома без ребенка, ничего ей не рассказала, потому что боялась матери. Та еще от второго ребенка предлагала отказаться, а тут третий… Психолог начал с женщиной работать, а потом, когда она матери призналась, и с матерью тоже. Долго работа шла, но отношения между ними постепенно улучшились. Теперь она живет с тремя детьми».

Практика работы с группой

Эту группу выделяет большинство специалистов. Основной способ предотвращения отказа, как и в предыдущей группе, – работа с близкими и родственниками женщины. Однако специалисты указывают на то, что по закону «О персональных данных» без согласия женщины они не имеют права разыскивать ее родственников и рассказывать им о ребенке. Поскольку отказницы этой категории конфликтуют с семьей из-за ребенка или скрывают его рождение, часто они выступают против общения специалистов с их родственниками.

Исходя из этого, работу выстраивают следующим образом:

- специалист пытается убедить женщину предоставить контакты родственников, не принимающих ребенка, или самостоятельно вступить в переговоры с близкими;
- если согласие женщины получено, специалист выступает посредником в примирении членов семьи или дает женщине советы по налаживанию отношений;
- если восстановить контакты с родственниками или отцом ребенка невозможно, часто практикуется поиск других близких людей для поддержки женщины с ребенком;
- материальная помощь обычно становится важной, но не основной услугой, которую предлагают женщине.

Если специалистам удается установить контакты с родственниками женщины, они предотвращают большую часть отказов. Многие специалисты считают, что доля предотвращаемых ими отказов была бы гораздо выше без существующих законодательных ограничений на работу с родственниками женщины без ее согласия.

Несовершеннолетние

В эту группу мы также включили несовершеннолетних отказниц. Ряд специалистов и представителей органов управления уделяет особое внимание работе с ними, считая, что несовершеннолетние матери составляют одну из основных групп риска отказов от новорожденных. Однако наше исследование показало, что на долю несовершеннолетних матерей приходится лишь 7% отказов, а практика работы с семьями несовершеннолетних близка к описанной выше.

«Семья была благополучной: папа – профессор, мама где-то в администрации работала. Они факт беременности девочки тщательно скрывали, о ребенке даже слышать не хотели. Главное для них – свой имидж не испортить. Вообще, часто у малолетних отказниц мамы – педагоги».

Ссылаясь на действующее законодательство, специалисты отмечают, что несовершеннолетняя роженица не может без согласия своей матери или иного законного представителя забрать новорожденного из родильного дома или отказаться от него. Таким образом, об отказе несовершеннолетних матерей от новорожденных говорить некорректно.

Нередко юная мать хочет сохранить ребенка или не имеет четкого мнения на этот счет. Против выступают ее родители, и, чтобы сохранить ребенка в семье, специалисты работают в первую очередь с ними. В большинстве случаев в таких семьях присутствует психологическое напряжение. Кроме того, не все семьи этой группы можно назвать благополучными.

Специфика работы непосредственно с несовершеннолетней матерью состоит, как правило, в следующем. Девушке оказывается помощь в осознании себя в новой роли матери, принятии ответственности за ребенка и построении новых жизненных планов. Учащимся молодым матерям специалисты помогают включиться в учебный процесс.

«Разговариваешь с родителями молоденьких девочек, которые их в 1990-е годы родили и всю жизнь положили на то, чтобы обеспечить их всем, "челночили" и все такое. Они удивляются: "Как же мы девочку проглядели". Эти мамочки упущены для своих родителей. Никто ими не занимался и не воспитывал».

4. Потрясение во время беременности – 13%

Иногда к отказу от новорожденного приводит тяжелое потрясение в жизни женщины. **Оно может быть вызвано следующими событиями:**

- неожиданный разрыв отношений с отцом ребенка или развод с мужем;
- трагедия в семье (гибель или тюремное заключение кого-то из близких).

«Была у нас вдова. Муж погиб, а она беременная осталась одна. Хотела отказаться от ребенка. Ей просто нужно было психологически помочь пережить эту ситуацию».

Портрет. В этой ситуации оказываются разные женщины: от ценного высокооплачиваемого специалиста с крепкой семьей до одинокой малообеспеченной женщины. Они не планировали отказываться от ребенка, 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 ребенка, говорят о невозможности заботиться о нем в столь тяжелой ситуации.

Кроме жизненных потрясений, специалисты отмечают случаи психологического шока, вызванного родами. В этом состоянии некоторые женщины теряют контроль над собой и способны оставить ребенка. Шок, вызванный родами, длится от нескольких часов до нескольких дней.

Практика работы с группой

Как правило, эта причина отказов диагностируется более опытными специалистами. Они считают эту группу «одной из самых благодатных» с точки зрения работы по предотвращению отказов.

- Основной акцент как психологи, так и специалисты по социальной работе делают на интенсивной психологической поддержке матери, чтобы избавить ее от ощущения безысходности и потерянности, переключить внимание с собственных проблем на ребенка.
- Если женщина не заботится о новорожденном, то в первую очередь специалисты стараются создавать ситуации, в которых женщина проводила бы больше времени с ребенком.
- Во многих случаях женщине требуется время для того, чтобы принять решение о сохранении ребенка в семье. Некоторым специалистам удается договориться о выделении матери с ребенком отдельной палаты, а также о продлении срока их пребывания в родильном доме.

Специалисты, которые не выделяют потрясение во время беременности как самостоятельную причину отказа, делают акцент на материальной помощи. Поскольку женщинам этой группы важен сам факт поддержки, даже эта мера способствует предотвращению некоторого числа отказов.

«Был случай – муж с женой повздорили. Муж уехал в командировку, без предупреждения. На этой почве у нее роды начались и послеродовая депрессия. Сказала: "Раз папы нет, мне ребенок не нужен". Нашли папу. Он приехал, но ребенка мы уже оформляли на временное содержание в дом малютки. Папа туда приходил. Потихоньку, общими усилиями она вышла из этого состояния и со слезами стала просить: "Отвезите меня к ребенку". Сейчас уже следующего ждут».

5. Нежеланный ребенок – 8%

В эту группу вошли женщины, которые не готовы менять свои жизненные планы из-за ребенка. В качестве причины они могут декларировать бытовые или семейные трудности. По признанию многих специалистов, истинные причины отказа связаны с глубокими психологическими проблемами женщины. Чаще всего специалистам не удается их понять и решить.

Типичные ситуации:

- студентка не готова бросить учебу или взять академический отпуск из-за появления ребенка, женщина не хочет терять хорошую работу и отказываться от карьеры;
- женщина ждет ребенка не от мужа или от мужчины, у которого есть другая семья;
- женщина вместе со своей семьей не готова отказаться от материальной стабильности и устоявшегося быта.

«Есть еще состоявшиеся женщины, лет 40 и старше, у которых была любовная связь. И вот женщина рассуждает: "У меня детям по 20 лет, а я сейчас принесу им «ляльку»". Не хотят они менять привычный уклад, ломать карьеру. Не вписывается ребенок в их жизнь».

Портрет. 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 врачам о решении оставить новорожденного, которое нередко было обдумано и принято задолго до родов.

«Помню одну пару, вполне благополучную. Брак зарегистрирован, двое детей. Отказались от ребенка, потому что с ним не дадут ипотеку. Женщина устала сидеть в декрете, работать уже хотела».

Практика работы с группой

Эта группа наиболее сложна в работе по предотвращению отказов. Устоявшейся практики работы с подобными случаями нет. Наиболее распространенный подход сводится к пробуждению у отказницы материнских чувств. Так же, как и в работе с предыдущей группой, специалисты создают ситуации, вынуждающие женщину проводить больше времени с ребенком, убеждают кормить его грудью.

Эффективность работы с этой группой отказниц одна из самых низких и зависит в первую очередь от опыта специалиста. Работа осложняется тем, что эти женщины с трудом идут на контакт.

6. **Ребенок с патологией** – 5-10%

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

«Был случай, когда родился ребенок-инвалид. Врачи сказали женщине, что она будет всю жизнь "работать на больницу". Я к ней несколько раз приходила, она даже говорить не могла, только все время плакала».

В рамках исследования установить точный процент отказов от новорожденных этой группы не удалось, поскольку значительная часть специалистов не получает от родильных домов информации об отказах от больных детей. Дело в том, что среди специалистов и руководства медицинских учреждений широко распространено мнение о том, что матери лучше отказаться от больного ребенка. Иногда сотрудники роддомов впрямую советуют женщине отказаться от новорожденного. Однако, по мнению наиболее опытных специалистов, в последние годы произошел перелом в отношении к таким детям, поэтому подобные советы даются женщинам все реже.

Портрет. Женщины, родившие ребенка с патологией, испытывают огромное потрясение и страх. Они не понимают, что делать с ребенком, 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 ребенка.

«Как-то родился недоношенный ребенок. Он не был инвалидом. Были небольшие отклонения от нормы, которые поправимы, просто нужен уход. Мама этой женщины, благополучная, с высшим образованием, сказала дочери и зятю: "Зачем вам нездоровый ребенок? Родите еще, а с этим придется возиться". Активно отговаривала, хотя ребята колебались, наблюдали за ним в больнице. Половина таких родителей отказывается от детей».

Практика работы с группой

Среди специалистов существует две основные точки зрения на целесообразность сохранения в семье ребенка с тяжелым заболеванием:

1) часть специалистов неявным образом считают такие отказы оправданными и «не усердствует» в их предотвращении; сочувствие и поддержка этих специалистов обращены главным образом на женщину, а не на ребенка;

2) для других специалистов рождение ребенка с патологией – это одна из многих причин отказов, с которыми они работают; с их точки зрения, заболевания или генетические особенности ребенка не отменяют его потребности в семье, а семьи – в нем.

Работая по следующей схеме, специалистам удается предотвращать около половины подобных отказов:

- сначала женщине оказывают интенсивную психологическую поддержку, которая помогает ей принять факт рождения ребенка с патологией;
- на втором этапе специалисты рассказывают о специфике воспитания ребенка, сообществах родителей особых детей, мерах государственной социальной поддержки таких семей;
- если мать решила сохранить ребенка в семье, то дальнейшая работа сосредоточена на помощи в оформлении социальных льгот и установлении контактов с поддерживающими государственными и общественными организациями.

7. Отдельные сложные группы

Существует три малочисленные группы отказниц, в работе с которыми многие специалисты испытывают большое психологическое напряжение и также не уверены в необходимости сохранять ребенка в семье.

Женщина имеет инвалидность. Бывают отдельные случаи, когда женщина отказывается от новорожденного из-за своей инвалидности и невозможности за ним ухаживать.

Некоторые специалисты считают, что с такой матерью сохранять ребенка нецелесообразно, в отдельных случаях его даже необходимо изъять. В первую очередь речь идет о женщинах с ментальными нарушениями.

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

Женщина рожает в результате насилия. В отличие от двух предыдущих случаев с этой группой специалисты работают, стараясь сохранить ребенка. Иногда им это удается. Встречаются ситуации, когда женщина готова забрать ребенка, но против выступает ее муж.

Несколько отдельно стоит небольшая группа россиянок, родивших детей от иммигрантов. Как правило, они одиноки и в значительной степени десоциализированны. Мужчины часто отказываются содержать детей и разрывают отношения с женщинами. Сами отказницы объясняют свое решение в том числе нежеланием воспитывать ребенка «с неславянской внешностью».

8. Проблемы иммигранток

Среди отказниц группа иммигранток пока немногочисленна и характерна в основном для городов-миллионников. Эта группа появилась во многом благодаря лакунам в иммиграционной политике России, а также несовершенству порядка предоставления иммигрантам государственных услуг. С одной стороны, женщины-иммигрантки могут бесплатно получить экстренную медицинскую помощь, в том числе в родильном доме, даже если не предоставят никаких документов. С другой – после родов они не имеют прав на государственную поддержку, за исключением возможности отдать своего ребенка в дом малютки. **Можно выделить несколько типовых ситуаций, в которых иммигрантки отказываются от новорожденных.**

Ребенок рождается вне брака. Женщина живет в России и не может обратиться к семье за поддержкой или вернуться с младенцем на родину, поскольку факт рождения внебрачного ребенка нарушает устои традиционного общества и противоречит нормам религии. Мужчины часто бросают этих женщин, узнав о ребенке. Младенца удается 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.

«Три года здесь жила семья без российского гражданства, вообще без документов. Женщина ждала восьмого ребенка и хотела от него отказаться. Мы помогли семье оформить вид на жительство, и мать забрала ребенка. Помогли им ремонт дома сделать, все детишки пошли в школу».

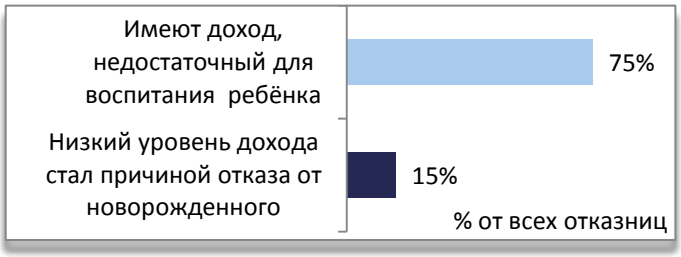
Женщина приезжает в Россию, чтобы родить и оставить ребенка. Она идет на этот шаг, чтобы скрыть нежелательную беременность и затем вернуться на родину. Предотвращать такие отказы практически не удается.

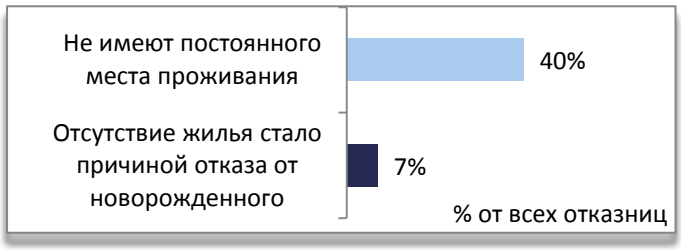
Ребенок рождается в многодетной семье иммигрантов. Как правило, женщина отказывается от шестого-восьмого ребенка, мотивируя это тем, что семья не «прокормит еще один рот». Эти отказы часто удается предотвратить, если предложить семье материальную помощь.

Влияние уровня материального благополучия на решение об отказе

В большинстве случаев (75%) отказницы не имеют дохода, достаточного для воспитания ребенка, что соотносится с общим социально-демографическим портретом отказницы: молодой возраст, низкий уровень образования, непостоянный источник дохода. Это приводит некоторых специалистов к заключению, что один из основных мотивов отказа кроется в тяжелом материальном положении женщины. Однако низкий уровень жизни не означает невозможность растить и воспитывать ребенка. На практике лишь в 15% случаев тяжелое материальное положение женщины приводит ее к отказу от ребенка.

Влияние уровня дохода и наличия жилья на решение об отказе





Таким образом, нехватка средств – распространенная причина отказов от новорожденных в дополнение к описанным выше. Чаще всего речь идет об одиноких женщинах, которые не могут рассчитывать на чью-либо поддержку (ушел отец ребенка, нет родственников или они старые, больные, неблагополучные).

Аналогичная ситуация складывается, когда у отказниц нет жилья. Так, 40% женщин не имеют постоянного места проживания, но лишь в 7% случаев это обстоятельство играет ключевую роль при отказе от ребенка. Например: одинокая женщина снимает жилье и понимает, что с появлением ребенка лишится этой возможности.

Не менее 25% отказов от новорожденных совершают благополучные и обеспеченные женщины.

Однако далеко не все отказницы бедны. Не менее 25% отказов от новорожденных совершают благополучные и обеспеченные женщины. В определении благополучия мы опирались на оценку специалистов, которые работают с женщинами-отказницами. С их точки зрения, благополучных женщин отличает: «хороший» доход, собственное жилье и «крепкая» семья. Причины отказов у этих женщин схожи с перечисленными ранее, за исключением десоциализации и неблагополучия.

Материальное положение большинства женщин-отказниц не играет ключевой роли в их решении.

Таким образом, к отказу от новорожденного приводят жизненные обстоятельства и психологическое состояние женщины, а материальное положение большинства женщин-отказниц не играет ключевой роли в их решении.

Многодетные семьи и бедность

Более половины отказов по причине бедности совершают женщины, которые уже имеют двух и более детей. Эти отказницы считают, что еще одного ребенка «им не поднять». Материальное положение таких семей различно. Одних появление ребенка может отбросить из устойчивой бедности в нарастающую нищету. Другие не готовы отказаться от сегодняшней сравнительно благополучной жизни.

Часть отказов по причине материального неблагополучия специалисты предотвращают, информируя женщин о мерах социальной поддержки многодетных семей (многие об этом не знают), помогая оформить льготы и пособия, предоставляя дополнительную материальную помощь.

Насколько важна материальная поддержка отказниц

Значительная часть служб профилактики активно использует материальную поддержку в качестве одного из основных способов предотвращения отказов. Для части женщин, прежде всего из групп с тяжелым материальным положением, десоциализированных и неблагополучных, такой подход дает свои результаты.

Однако чаще всего материальная помощь без дополнительной реабилитационной работы с семьей не решает проблем, из-за которых женщина отказывалась от новорожденного. Соответственно, ребенок остается в семье в той же ситуации, которая подтолкнула его родителей к решению об отказе.

С точки зрения государственной поддержки есть два альтернативных подхода к тому, на кого ляжет бремя содержания женщины с ребенком (прежде всего одинокой женщины) – на государство или на родственников.

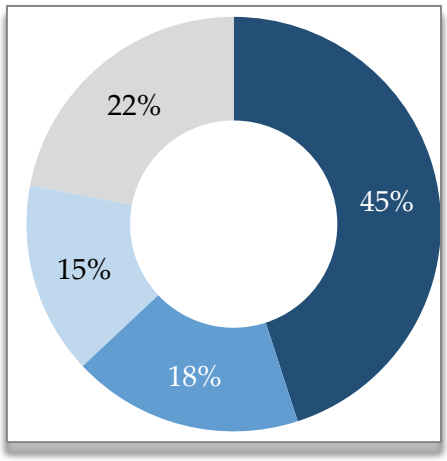
«Одинокие, но уже с двумя-тремя детьми. Отказываются, потому что кормить детей нечем. Была работа, так они 1,5 года получали пособие 40% от зарплаты. А потом всё – в садик ребенка можно отдать только в три года».

В первом случае необходимо развивать комплексные меры поддержки женщины с ребенком, включающие не только прямые денежные субсидии, но и внеочередное предоставление места в детском саду, защиту интересов неофициально трудоустроенной женщины перед работодателем. Кроме того, необходимо решить проблему временного разрыва в предоставлении пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет и возраста, с которого можно устроить ребенка в детский сад. Чаще всего он составляет три года.

Если стремиться к тому, чтобы основная забота о женщине с ребенком легла на плечи ее близких, социальная работа должна быть направлена на восстановление и укрепление родственных связей и комплексную реабилитацию семьи. Такая работа потребует больших ресурсов на этапе преодоления кризиса, но в долгосрочной перспективе семья перестанет нуждаться в поддержке государства и отпадет необходимость в регулярных субсидиях.

Роль семьи в решении женщины об отказе от новорожденного

Обобщая все причины отказов от новорожденных, можно выделить три основные проблемные зоны, формирующие почти 80% отказов.



Обобщение причин отказов

- Только для 15% отказниц основной проблемой, препятствующей сохранению ребенка 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 мы относим и рождение ребенка с патологией.
- Для 45% отказов причиной являются внутрисемейные отношения. К ним относится семейное неблагополучие (часть группы неблагополучных), конфликт по поводу рождения ребенка и разорванные связи с родственниками (часть группы десоциализированных).

Чтобы разобраться в причинах столь существенного влияния семьи женщины на ее решение об отказе от новорожденного, обратим внимание на психологические особенности отказниц.

В качестве основных психологических характеристик большинства из них специалисты выделяют инфантилизм, нерешительность, безответственность. Наиболее комфортной для них является социальная роль домохозяйки, «женщины за мужчиной».

«Это жертвы по жизни. Инфантильные, незрелые личности, которые не берут на себя ответственность, не управляют собственной жизнью. По сути, это дети».

Однако этим женщинам не повезло, рядом с ними нет надежных мужчин. В большинстве ситуаций мужчина либо становится причиной отказа, либо не участвует в решении судьбы ребенка. Таким образом, отсутствие опоры со стороны мужчины или семьи – объединяющий фактор для подавляющего большинства женщин-отказниц. В работе с отказницами значительная часть усилий наиболее опытных специалистов направлена на то, чтобы заручиться поддержкой родственников женщины или развить в самой матери большую самостоятельность.

Наиболее распространены следующие роли мужчин:

- отец ребенка бросает женщину во время беременности;
- мужчина выступает против рождения ребенка и настаивает на отказе от него;
- мужчина не участвует в решении судьбы ребенка;
- отец ребенка не знает о его существовании.

Описание моделей организации работы по профилактике отказов от новорожденных

Каждый регион из охваченных исследованием имеет свои особенности в организации работы по предотвращению отказов от новорожденных. Однако можно выделить три основных подхода к этой работе. Они соответствуют типам организаций, занимающихся предотвращением отказов: социальным учреждениям, медицинским учреждениям и НКО. Для сравнения их опыта мы описали наиболее распространенную практику каждого из трех типов организаций и выделили лучшие примеры работы.

Социальные учреждения

Как правило, это многопрофильные учреждения, которые оказывают различную социальную помощь населению (работа с семьями в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, профилактическая работа в школах и т.д.). В отдельных регионах услугу по предотвращению отказов от новорожденных оказывают учреждения образования или органы опеки и попечительства. С точки зрения организации процесса их практика почти идентична опыту социальных учреждений, поэтому мы также относим их к этой группе.

Чтобы выделить лучшую практику, мы обращали внимание на следующие характеристики организации работы по предотвращению отказов:

- распространенность услуги в регионе;
- интенсивность межведомственного и межсекторного взаимодействия;
- оперативность первой встречи специалиста с отказницей;
- работа со всеми отказами, которые произошли в родильных домах, включенных в работу службы;
- разнообразие причин отказов, с которыми работают специалисты;
- многообразие форм поддержки семей.

Стандартная практика работы специалиста

Информацию о случаях отказа специалист получает напрямую от сотрудников родильных домов или женских консультаций либо через своего руководителя; иногда коммуникация выстраивается через сотрудников органов опеки. В последних двух случаях оперативность реагирования специалиста на сигнал об отказе существенно снижается.

В большинстве случаев до приезда специалиста с женщиной общается медработник или юрист; он пытается выяснить причину отказа и/или получить согласие женщины на встречу со специалистом.

Получив сигнал об отказе, специалист выезжает в родильный дом в течение суток (иногда к этому времени проходит несколько дней с момента самого отказа). Распространена практика, когда с женщиной встречается так называемая «бригада быстрого реагирования» в составе специалиста по социальной работе и психолога.

Чаще всего у специалиста недостаточно времени для детального погружения в ситуацию, которая привела женщину к отказу от ребенка. Многие встречаются с женщиной в роддоме всего один раз. Задача специалиста при встрече с роженицей – как можно быстрее изменить ее решение об отказе. Распространена практика, когда специалист выезжает к женщине с заранее подготовленным предложением о мерах поддержки.

Основные меры поддержки социальных учреждений – материальная помощь и помощь, которую условно можно назвать административной: оформление документов, устройство ребенка в сад, поликлинику и т.д.

После предотвращения отказа от новорожденного каждую семью ставят на учет в учреждении соцзащиты для контроля и оказания дополнительной помощи.

Специалист и отказница

Большинство специалистов социальных учреждений склонны поддерживать с женщинами отношения, при которых они (сотрудники) знают, как правильно поступать отказнице, и готовы помочь, если та будет выполнять предъявляемые требования. Нередко работа с отказницами оборачивается давлением на них.

Лучшая практика

Среди организаций, отнесенных к этой группе, лучшей была признана практика учреждений Тамбовской области, поскольку в этом регионе помимо хорошей организации межведомственного взаимодействия в рамках услуги создана система, при которой каждую семью курирует один специалист.

В Тамбовской области в результате перепрофилирования на базе интернатных учреждений были созданы центры профилактики социального сиротства. Одно из направлений их деятельности – профилактика отказов от новорожденных.

В нее вовлечены учреждения, относящиеся к следующим ведомствам: образования (центры профилактики социального сиротства), здравоохранения (родильные дома, женские консультации) и органы опеки и попечительства.

Вся работа регламентируется постановлением главы областной администрации. В нем указаны порядок межведомственного взаимодействия по услуге профилактики отказов от новорожденных, полный алгоритм работы, ответственные лица. Кроме того, приводятся типовые документы, необходимые для работы со случаем (журналы регистрации приема и передачи сигналов, сигнальный лист и др.).

Родильные дома должны не просто оповещать обо всех случаях отказа или потенциального отказа, они обязаны делать это оперативно.

На каждый случай назначается куратор, который встречается с женщиной в течение суток с момента отказа или выражения намерения об отказе и сопровождает семью на протяжении всего срока ее поддержки. Куратор в частности помогает членам семьи получать необходимую помощь от различных организаций.

Существует практика привлечения НКО и волонтеров для оказания семьям дополнительных услуг (помощь с арендой жилья, гуманитарная помощь, оплата услуг няни).

В 2012 году сотрудники центров работали более чем с 80% случаев отказов, произошедших на территории области. В некоторых отдаленных районах предотвращением отказов занялись в 2013 году. К концу 2013 года было запланировано работать со всеми 100% случаев отказов от новорожденных.

Некоммерческие организации

Среди НКО, которые ведут деятельность по реабилитации различных социально незащищенных групп населения, есть небольшая группа организаций, занимающихся предотвращением отказов и реабилитацией женщин-отказниц.

Для того чтобы НКО могли заниматься профилактикой отказов от новорожденных, они, как правило, заключают соглашения о сотрудничестве с родильными домами и перинатальными центрами или с региональными органами управления.

Стандартная практика

Чаще всего НКО получают информацию об отказе, если женщина в беседе с сотрудником родильного дома согласилась на встречу со специалистом или если сотрудник роддома посчитал, что такая встреча имеет смысл.

Сотрудник или волонтер НКО выезжает в родильный дом в течение 2-4 часов. В диалоге с женщиной он пытается выяснить причину отказа, а также обстановку в семье женщины и возможность получить помощь от родственников. Если условия сотрудничества НКО с роддомом позволяют, специалист встречается с отказницей несколько раз до ее выписки.

Работа с женщиной или семьей в целом направлена не только на сохранение ребенка в семье, но и на изменение ситуации, которая послужила причиной отказа. Для этого специалист совместно с женщиной планирует ее дальнейшие действия и меры поддержки со стороны организации.

Как правило, специалисты НКО не имеют строго очерченного списка мер поддержки. Отталкиваясь от проблем, которые необходимо решить в каждом конкретном случае, они предоставляют индивидуальную помощь семье.

Специалист продолжает работать с семьей до тех пор, пока проблема, послужившая причиной для отказа, не решится. Одних женщин НКО перестает сопровождать спустя один-два месяца после выписки из родильного дома, другим предоставляет различную поддержку сроком до одного года.

Специалист и отказница

Сотрудникам некоммерческих организаций удается поддерживать с семьями наиболее долгосрочные и доверительные отношения. Специалист становится важной составляющей социального окружения семьи. Выстраивая реабилитационный процесс, специалист старается последовательно разделять зоны ответственности за ту или иную ситуацию с членами семьи, тем самым побуждая их к самостоятельности.

Лучшая практика

Негосударственный центр поддержки семей и детей «Вместе» работает со всеми родильными домами г. Новосибирска и близлежащих городов Новосибирской области. Финансирование услуги по профилактике отказов от новорожденных осуществляется в рамках государственного и муниципального заказов.

Опыт Новосибирска выделяется в том числе тем, что многие социальные услуги города отданы на аутсорсинг с помощью системы госзаказа. В результате социальную помощь населению оказывают не только государственные учреждения, но и представители бизнеса и НКО.

Специалисты получают от родильных домов информацию обо всех случаях отказов от новорожденных и выезжают на встречу с женщиной в течение одного-трех часов после получения сигнала. В своей работе специалисты руководствуются определенным алгоритмом действий и устойчивой системой показателей для принятия решений. Пока женщина находится в роддоме, работа специалиста направлена на изменение ее решения об отказе и состоит из следующих пяти шагов.

1) Выявление причины отказа. Вначале специалист сосредоточен на установлении доверительных отношений с женщиной, а также на наблюдении за ее состоянием. Когда женщина готова к контакту (необязательно на первой встрече), специалист выясняет причину отказа.

2) Чтобы понять, можно ли сохранить ребенка в семье и какая помощь необходима женщине, специалист собирает информацию о женщине и ее близких. Помимо стандартных показателей, таких как постановка на учет в учреждения социальной защиты, наличие зависимости, судимости, лишений родительских прав и т.д., большое внимание уделяется родственникам женщины и ее ресурсам для воспитания ребенка. В какой семье воспитывалась сама женщина, кем и в каких условиях воспитываются ее старшие дети, как ее родственники относятся к решению вопроса о судьбе ребенка, каковы их мотивы и готовы ли они помочь женщине.

3) В зависимости от сложности проблемы, которая привела к отказу, специалист вместе с женщиной составляет план действий или намечает шаги для ее решения.

4) Совместно с женщиной специалист принимает меры для решения проблемы или изменения ситуации.

5) Если проблема, которая привела к отказу от ребенка, решена, то специалист проводит оценку способности семьи самостоятельно заботиться о ребенке.

Если решение проблемы требует времени или семье необходима дальнейшая поддержка, то после выписки женщины из роддома специалист осуществляет сопровождение семьи. По содержанию этап сопровождения близок к описанным выше пяти шагам, но отличается более глубоким уровнем работы над проблемами семьи.

В процессе сопровождения специалист собирает значительно больше информации о женщине и ее окружении. На базе этой информации специалист вместе с женщиной разрабатывает подробный план действий для решения глубоких и сложных проблем в ее семье.

«Если женщина ничего не делает или не выходит на связь, то разрываем с ней отношения. Но вначале, конечно, смотрим, может план совсем не тот, не ту задачу решает, а проблема в другом».

Этап сопровождения может длиться до года и заканчивается оценкой безопасности пребывания ребенка в семье.

Медицинские учреждения

Среди медицинских учреждений услугу по профилактике отказов от новорожденных чаще всего оказывают перинатальные центры. Поэтому опыт их работы лег в основу модели работы медицинских учреждений, описанной в нашем исследовании. В штатном расписании ряда перинатальных центров предусмотрены ставки специалиста по социальной работе и психолога. В последние годы в их обязанности все чаще входит в том числе профилактика отказов от новорожденных.

В последние два года модель работы медицинских учреждений получила новое развитие благодаря появлению центров медико-социальной помощи беременным, находящимся в трудной жизненной ситуации (центров кризисной беременности). Как правило, такие центры являются подразделением перинатальных центров или женских консультаций. Организация и практика их работы во многом схожи с практикой перинатальных центров. Ключевое различие состоит в том, что специалист перинатального центра работает с отказницами своего учреждения и только до их выписки, а специалисты центров кризисной беременности не имеют подобных ограничений. Эти службы работают с несколькими родильными домами и женскими консультациями и сопровождают семьи после выписки женщины из родильного дома. Расширение ответственности и полномочий достигается за счет выделения центров кризисной беременности в отдельную оргструктуру со своими ресурсами (штатные единицы, транспорт, полномочия работать с другими учреждениями). Тем не менее на данный момент стандартом является практика перинатальных центров.

Перинатальный центр – крупное медицинское учреждение, в котором проводят консультации, лечение и реабилитацию беременных и родивших женщин, а также новорожденных, осуществляют ведение беременности и родов. Сюда попадает большинство женщин с патологией беременности.

Стандартная практика работы специалиста перинатального центра

Специалист получает информацию обо всех случаях и рисках возникновения отказа.

Встреча сотрудника перинатального центра с женщиной происходит в течение часа с момента ее заявления об отказе от ребенка (за исключением ночных часов и выходных).

Пока женщина находится в перинатальном центре, специалист ведет активную работу по сохранению ребенка в семье. Обычно в его распоряжении оказывается до двух недель (иногда он намеренно откладывает выписку отказницы).

Учитывая ограничение по времени, специалист сосредотачивается на психологической поддержке женщины, помощи в восстановлении контактов с родственниками и/или ее социальным окружением, оформлении льгот и пособий.

Специалист перинатального центра может работать с отказницей, только пока та находится в учреждении. Работа автоматически прекращается после выписки женщины. В случае сохранения ребенка с матерью сотрудник не имеет возможности и полномочий сопровождать семью. Однако в подавляющем большинстве случаев он передает информацию о семье в органы опеки или в социальные учреждения. Несмотря на отсутствие официальных полномочий, чаще всего специалисты по собственной инициативе созваниваются с женщинами в течение нескольких месяцев после их выписки.

Специалист и отказница

Несмотря на то, что на работу с отказницей отводится мало времени, специалист перинатального центра успевает наладить с женщиной близкие, доверительные отношения. В интервью сотрудники перинатальных центров чаще других дополняли рассказы о своей работе историями разных женщин.

В подавляющем большинстве случаев контакт между женщиной и специалистом продолжается после завершения работы по сохранению ребенка в семье. Иногда такое общение длится до нескольких лет. Есть примеры, когда женщины отказывались от взаимодействия с работниками социальных служб, заявляя, что хотят продолжать работу со специалистами перинатальных центров, которые помогали им ранее.

Лучшая практика

Выбрать лучшую практику среди медицинских организаций оказалось непростой задачей. Почти все учреждения, принявшие участие в исследовании, продемонстрировали высокую эффективность своей работы. Тем не менее мы выбрали Тюменскую область как регион с самым широким распространением услуги.

В этом регионе работают три центра медицинской профилактики. В их структуру входят центры медико-социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, которые в числе прочего занимаются профилактикой отказов от новорожденных. Их деятельность распространяется на всю область.

Специалисты получают информацию обо всех случаях и намерениях отказов не только из родильных домов, но и из женских консультаций. Они встречаются с женщинами в течение суток с момента получения сигнала и работают со всеми группами женщин-отказниц, в том числе с неблагополучными и зависимыми.

Семьи, в которых отказы удалось предотвратить, сопровождаются в течение нескольких месяцев после выписки женщины из роддома. Для посещения семей специалистам предоставляется служебная машина. Помимо стандартного набора услуг, специалисты привлекают дополнительную материальную помощь через объявления на местных интернет-форумах, а также тесно взаимодействуют с учреждениями образования по вопросам устройства старших детей отказниц в детские сады и школы.

Учреждения социальной защиты тоже работают с женщинами-отказницами. Практика Тюменской области выделяется тем, что медицинские и социальные учреждения, занимающиеся профилактикой отказов от новорожденных, пытаются наладить совместную работу.

Часть семей центры кризисной беременности передают на сопровождение в центры социальной помощи. Появляется практика, когда специалисты различных ведомств заменяют друг друга в работе с семьей. Намечается тенденция разделения зон ответственности между центрами кризисной беременности и центрами социальной помощи: первые специализируются на случаях, требующих кратковременной поддержки, а вторые на длительном сопровождении и оказании дополнительных услуг, в том числе в неблагополучных семьях. Организации обмениваются информацией о работе с конкретными случаями. С 2013 года эти учреждения раз в квартал направляют друг другу отчеты о работе по профилактике отказов от новорожденных.

Специалист и руководство учреждения

Половина опрошенных специалистов перинатальных центров пыталась самостоятельно предотвращать отказы задолго до соответствующего официального распоряжения. В то время руководство в лучшем случае не интересовалось их усилиями, а в худшем – считало бесполезными или даже вредными. Деятельность по предотвращению отказов не считалась «полезной работой» и не фигурировала в отчетах. Ряду специалистов пришлось преодолевать сопротивление руководства, чтобы доказать необходимость работы с отказницами и добиться включения ее в свои должностные обязанности.

«Давно пыталась помогать таким женщинам. Разговаривала, привлекала родственников… Удавалось предотвратить отказ, только если случай был легкий: ни ресурсов, ни времени на что-то серьезное не было. Сейчас стало гораздо проще. Все организовано, время мне выделили. Все удивились, что такой хороший результат от работы получается. Теперь всем ясно, что это нужно делать».

Специалисты свидетельствуют, что в последние годы отношение к работе по предотвращению отказов изменилось как со стороны руководства, так и со стороны остальных сотрудников родильных домов. Их усилия по сохранению детей в родных семьях получают все больше одобрения и поддержки.

Сравнение эффективности организационных моделей

На примере услуги по предотвращению отказов от новорожденных мы получили редкую возможность сравнить эффективность работы государственных социальных служб и работающих в том же направлении государственных медицинских учреждений, а также оценить роль некоммерческих организаций в развитии сферы социальных услуг.

Мы получили редкую возможность сравнить эффективность работы государственных социальных служб и работающих в том же направлении государственных медицинских учреждений.

В восприятии большинства специалистов работа по предотвращению отказов от новорожденных делится на два этапа:

1) изменение решения женщины об отказе от ребенка;
2) сопровождение семьи после сохранения ребенка с матерью.

Практика это подтверждает. Часто на двух этапах с семьей работают специалисты из разных организаций, иногда – разные специалисты одной организации.

Во всех типах организаций сложилась похожая практика работы по изменению решения матери об отказе, однако на этапе сопровождения семей методы работы специалистов разных типов организации существенно расходятся.

Вначале мы сопоставим эффективность различных организационных моделей в работе над изменением решения матери об отказе. Этап сопровождения семьи будет рассмотрен отдельно.

Эффективность работы по изменению решения женщины об отказе

Сегодня самый распространенный критерий оценки работы службы профилактики – процент предотвращенных отказов от общего числа поступивших сигналов. Однако в этом случае не учитываются многие показатели, которые, по мнению самих специалистов, отражают эффективность их работы.

Мы составили список показателей, который позволяет учесть разные аспекты организации работы служб. Применив эти показатели, мы оценили и сопоставили эффективность трех организационных моделей, описанных в предыдущем разделе.

Сравнение эффективности организационных моделей

Показатели эффективности	Медицинские учреждения	НКО	Социальные учреждения
Результативность работы с поступившими случаями – % предотвращенных отказов от общего числа отказов, с которыми работали специалисты	+	0	-
Показатели эффективности организации услуги и межведомственного взаимодействия			
Распространенность услуги в регионе – доля отказов, с которыми работали специалисты, от общего числа отказов в городе/регионе	0	-	+
Оперативность первой встречи специалиста с отказницей – продолжительность времени с момента письменного или устного заявления женщины об отказе до момента ее встречи со специалистом	+	0	-
Интенсивность взаимодействия службы с организациями других ведомств в процессе оказания услуг семье	-	0	+
Неизбирательность в предоставлении услуги – доля сигналов об отказах, поступивших в службу, от общего числа отказов в родильных домах, сотрудничающих со службой	+	-	0
Многообразие форм поддержки семьи	0	+	-
Показатели квалификации специалистов			
Реабилитация женщины в процессе изменения ее решения об отказе – работа над решением проблемы, которая привела к отказу от ребенка	0	+	-
Выявляемость причин отказов – многообразие причин отказов, с которыми работают специалисты	+	0	-
Критериальность в принятии решений специалистами – наличие системы объективных показателей, на основе которых принимаются решения о способах и продолжительности работы с семьей	У большинства служб отсутствует система принятия решений, основанная на критериях, поэтому сравнительная оценка по этому показателю не проводилась		

Оценка эффективности трех организационных моделей производилась по каждому критерию в сравнении с другими организационными моделями:

«+» получали те организации, которые показали лучший результат по отдельному критерию;
«-» получали организации, где результат по критерию оказался худшим;
«0» – промежуточный между лучшим и худшим результат.

По итогам сравнения мы видим, что на первом этапе оказания услуги по профилактике отказов от новорожденных наиболее эффективны государственные службы, которые работают вне рамок системы социальной защиты населения. Это модель работы медицинских учреждений. Отсутствие избирательности в оказании услуги и оперативность реагирования на случай здесь сочетаются с гибкостью и возможностью интенсивного взаимодействия с отказницей. Все это позволяет медицинским организациям добиваться наиболее высокого процента предотвращенных отказов.

На первом этапе услуги наиболее эффективны медицинские учреждения.

Рассмотрим подробнее преимущества и недостатки каждой организационной модели в процессе изменения решения женщины об отказе.

Преимущества и ограничения медицинских учреждений

Оперативность первой встречи специалиста с отказницей имеет большое значение для предотвращения отказа. Сотрудник перинатального центра в течение получаса получает сигнал об отказе и сразу встречается с женщиной. Специалисты служб центров кризисной беременности встречаются с отказницами в течение дня с момента отказа.

Специалист медицинского учреждения получает от своих коллег информацию обо всех случаях отказа или риска отказа от ребенка, соответственно, работает со всеми отказницами без исключения.

Специалисты медицинских учреждений выявляют наибольшее количество причин отказов от новорожденных. Работа ведется исходя из причины отказа.

Специалисты медицинских учреждений самостоятельно определяют количество и продолжительность встреч в зависимости от потребности случая. Они могут встречаться с женщиной до нескольких десятков раз за несколько дней.

Основной недостаток этой модели – отсутствие возможности работать с отказницей после ее выписки из перинатального центра. Учитывая, что взаимодействие с социальными службами и НКО налажено слабо или вовсе отсутствует, интенсивная работа с женщиной прекращается, как только она покидает родовспомогательное учреждение.

Практика работы специалистов перинатальных центров пока не может быть распространена на все родовспомогательные учреждения, поскольку штатное расписание обычных родильных домов чаще всего не предусматривает ставок социального работника и психолога.

Описанные ограничения характерны только для перинатальных центров. С появлением центров кризисной беременности к достоинствам медицинских учреждений добавляется возможность сопровождения женщины после ее выписки из роддома, а также распространения услуги по профилактике отказов от новорожденных на весь регион.

В отличие от медицинских учреждений, государственные социальные службы пока не могут добиться высокой эффективности в предотвращении отказов от новорожденных. Однако у них есть важные преимущества. Прежде всего – это большой опыт межведомственного взаимодействия и развитая организационная структура.

Преимущества и ограничения социальных учреждений

Органы социальной защиты работают во всех регионах страны и чаще всего имеют разветвленную сеть учреждений в районах области, в том числе самых отдаленных. Именно социальные учреждения чаще всего дают возможность распространить услугу по предотвращению отказов от новорожденных на весь регион.

Организации социальной защиты наиболее эффективны в вопросах, требующих взаимодействия с другими госучреждениями: речь идет о получении информации о женщине и членах ее семьи, предоставлении гуманитарной помощи (коляска, кроватка, одежда для ребенка, подгузники и т.д.), оформлении льгот, пособий и необходимых документов, помощи с устройством ребенка в детский сад и т.д.

«Мне медики сказали, что там асоциальная женщина и уже третий отказ, не было смысла к ней ехать».

Службы профилактики отказов, созданные на базе социальных учреждений, реагируют на сигналы из родильных домов медленнее других типов организаций. Кроме того, сам процесс передачи сигнала часто затягивается. В результате – с момента отказа от новорожденного до встречи матери со специалистом социальной службы может пройти до трех дней.

Несмотря на то, что по показателю «избирательность» социальные учреждения получили нейтральную оценку, часто сотрудники родильных домов проводят субъективный отбор отказниц, «перспективных» для работы со специалистом. Более того, в некоторых случаях сами специалисты проявляют избирательность в работе. В итоге с некоторыми отказницами специалисты не встречаются, что, безусловно, сказывается на результативности работы.

Определение причины отказа от ребенка для значительной части специалистов не является приоритетом. Соответственно, в своей практике работники социальных учреждений не нацелены на решение проблемы, послужившей причиной для отказа, их задача – сохранить ребенка в семье. Для специалистов социальных учреждений отказницы – обычные клиенты, в работе с которыми они опираются на опыт помощи неблагополучным, малообеспеченным семьям. Этот опыт стандартизирован и закреплен в регламентах. В результате всем отказницам специалисты предлагают помощь, предназначенную для бедных и неблагополучных, что соответствует лишь двум из семи причин отказов, описанных в предыдущем разделе. Перечень мер поддержки в этих учреждениях сравнительно узок. Чаще всего он сводится к различным видам материальной и административной помощи.

Перечисленные ограничения в работе социальных служб являются отражением общих проблем в области социальной защиты населения в России. Соответственно, преодоление этих ограничений требует системного подхода и не может иметь локальный характер.

На практике многие регионы пытаются решить проблему низкой эффективности работы социальных учреждений с помощью повышения квалификации специалистов и нормативного регулирования их работы, а также специализации сотрудников на работе с узким спектром услуг.

В других регионах принято решение о том, что услугу по профилактике отказов от новорожденных, которая по своей сути является частью социальной работы, будут оказывать организации других ведомств или НКО. Это альтернативный путь повышения эффективности оказания услуги, позволяющий избежать недостатков, характерных для системы социальной защиты.

Модель организации работы по профилактике отказов в социальных учреждениях довольно близка к модели работы НКО, несмотря на множество различий между этими организациями. Часто НКО первыми продвигают новую социальную услугу, фактически выполняя роль государственных социальных служб.

Преимущества и ограничения НКО

Эффективность НКО по сравнению с государственными учреждениями достигается за счет индивидуального подхода к каждому случаю. Этот подход подразумевает:

- *разнообразие причин отказов, с которыми работают специалисты;*
- *реабилитационный процесс – специалисты этих организаций пытаются не только предотвратить отказ от новорожденного, но и решить проблему, которая послужила его причиной;*
- *широкий спектр мер поддержки семьи (от квалифицированной помощи психолога до предоставления няни для детей); выбор конкретных форм поддержки зависит от потребностей членов семьи.*

Большинству НКО на данный момент не удалось создать устойчивую организационную структуру. Например, для работы с отказницами НКО часто привлекают волонтеров, а не специалистов по социальной работе. Волонтеры не всегда имеют необходимую квалификацию и располагают свободным временем. Кроме того, НКО склонны ограничивать свою деятельность одним-двумя родильными домами, они не имеют возможность распространить услугу на другие родовспомогательные учреждения.

Как правило, НКО не находит удобной формы сотрудничества с региональными органами управления. Вследствие этого НКО не могут выступать в роли их полноценного партнера и получать от них материальную и административную поддержку. Отсутствие взаимодействия с властями – одна из причин, по которой далеко не всем НКО удается наладить совместную работу с родильными домами. В этих медицинских учреждениях существуют административные преграды «на вход». Проблема несвоевременной и неполной передачи информации об отказницах для НКО стоит еще более остро, чем для государственных социальных учреждений.

Сегодня НКО не в состоянии перейти от локальной работы к распространению услуги на весь регион. В свою очередь власти предпочитают развивать услугу в рамках государственных учреждений. Существующие формы взаимодействия между НКО и региональными властями пока неустойчивы и постоянно пересматриваются. В итоге, за отдельными исключениями, службы профилактики отказов на базе НКО пока не могут служить альтернативой государственным службам.

В таких условиях НКО трудно найти свою нишу. Известно несколько случаев конкуренции между НКО и государственными учреждениями. Но есть и удачные примеры разделения зон ответственности между ними. Например, государственное учреждение предотвращает отказы от новорожденных, а НКО организует социальную гостиницу для женщин с детьми, которым необходимо временное жилье.

Сегодня НКО не в состоянии перейти от локальной работы к распространению услуги на весь регион.

Несмотря на трудности взаимодействия с властями, НКО удается решать важные задачи, в том числе по выявлению слабых звеньев в структуре социальной поддержки различных групп населения. НКО эффективны в поиске новых технологий работы, их апробации и самостоятельном запуске. В нескольких регионах услугу по профилактике отказов первыми начали оказывать НКО, а затем их инициативу подхватили государственные учреждения.

Сопровождение семьи

Подавляющее большинство специалистов признают необходимость сопровождения семьи после изменения решения женщины об отказе. Однако среди них нет единого представления о том, каким должно быть сопровождение.

На практике можно выделить два типа сопровождения женщин после их выписки из родильных домов: мониторинг и реабилитация.

Большинство специалистов признают необходимость сопровождения семьи. Однако среди них нет единого представления о том, каким должно быть сопровождение.

Мониторинг

Основная функция мониторинга – контроль безопасности пребывания ребенка в семье. В той или иной форме специалисты контролируют почти все семьи, где был предотвращен отказ. Они оценивают социально-бытовую и психологическую обстановку в семье, а также состояние ребенка. Как правило, мониторинг сопровождается той или иной помощью семье.

Каждой организационной модели работы по предотвращению отказов соответствует своя практика мониторинга семей.

Мониторинг в медицинских организациях. Говорить об устойчивой практике сопровождения в центрах кризисной беременности пока невозможно в силу того, что их опыт в области предоставления отказов от новорожденных пока невелик. В перинатальных центрах специалисты не имеют полномочий и ресурсов для работы с женщинами-отказницами после выписки и вынуждены передавать их на сопровождение в социальные службы.

Большинство специалистов по личной инициативе независимо от социальных служб созваниваются с женщинами, сохранившими детей в семьях (от раза в несколько дней сразу после выписки до раза в месяц в течение полугода-года). Поскольку специалист, как правило, имеет доверительные отношения с женщиной и осведомлен о ее проблемах, он оценивает безопасность пребывания ребенка в семье по психологическому состоянию матери. Некоторые дополнительно получают информацию о семьях отказниц у педиатров районных детских поликлиник.

В свою очередь женщины регулярно обращаются к специалистам за психологической поддержкой, консультациями по здоровью ребенка и остальных членов семьи. Иногда телефонный контакт между специалистом и женщиной длится до нескольких лет.

«Некоторые женщины приходят ко мне через несколько лет, благодарят, фотографии детей показывают. Они уже представить не могут, как жили бы без детей».

Мониторинг в социальных учреждениях организован на основе многолетнего опыта этих организаций в сопровождении неблагополучных семей. В этом опыте заключаются как преимущества, так и недостатки сопровождения семей социальными службами.

Социальные учреждения имеют разветвленную структуру, которая позволяет организовать сопровождение семьи практически в любом месте проживания. Основной метод мониторинга в этих организациях – поквартирный обход семей. Часто семью посещает специалист, который не работал с женщиной-отказницей на этапе изменения решения об отказе от ребенка.

Для контроля безопасности пребывания ребенка в семье специалисты социальных учреждений прежде всего оценивают состояние жилья и бытовые условия содержания ребенка. При этом исследование показывает, что большая часть отказов происходит не по причине материального неблагополучия, а из-за семейных конфликтов и психологических проблем самой женщины.

Интенсивность, форма и продолжительность мониторинга, проводимого социальными службами, зависит от статуса, который получает семья при постановке на учет в социальном учреждении.

- Если за семьей закреплен статус «социально опасное положение», то контроль за ней осуществляется вне зависимости от согласия ее членов. В этом случае основная задача специалистов – не упустить момент появления прямой угрозы безопасности ребенка. Они имеют возможность запрашивать информацию о семье от школ, детских садов, поликлиник и правоохранительных органов. Семью могут посещать комиссии из разных государственных служб, иногда в присутствии сотрудника полиции. Такие семьи стоят на учете, сохраняя свой статус, по нескольку лет.

- Семьи, не вызывающие большого опасения за безопасность ребенка, но нуждающиеся в помощи, получают статус «семья в

трудной жизненной ситуации». Их посещают один или два специалиста на протяжении срока от полугода до полутора лет. Средняя периодичность посещения таких семей – раз в месяц.

Как правило, в процессе сопровождения социальные службы активно помогают семье получать льготы, субсидии и иные формы материальной поддержки, а также оперативно решать вопросы с оформлением различных документов.

Мониторинг в НКО направлен в первую очередь на оценку психологического состояния женщины и семьи в целом, а также на контроль за состоянием ребенка. Оценка бытовых условий тоже проводится, но в большей степени для выяснения необходимости материальной поддержки.

С женщиной и членами ее семьи все время работает один специалист. Чаще всего у них выстраиваются доверительные отношения. Продолжительность и интенсивность мониторинга определяется специалистом в зависимости от состояния дел в семье, но обычно не превышает нескольких месяцев.

Общие моменты. Несмотря на то, что специалисты большинства служб выделяют показатели, на основе которых они контролируют положение дел в семье, – состояние жилья, наличие минимального набора мебели и бытовых приборов, эмоциональное состояние матери и т.д., за единичными исключениями они не имеют четких критериев для оценки этих показателей. Как правило, заключение о безопасности пребывания ребенка в семье и необходимости дальнейшего сопровождения принимается на основе опыта специалиста или коллективного мнения комиссии.

Цель реабилитационного процесса – преодоление кризиса в семье или изменение ситуации, послужившей причиной отказа от ребенка.

Большинство специалистов считают, что для контроля безопасности ребенка необходимо посещение семей. Однако в ходе исследования различий в эффективности между посещениями семьи работниками социальных служб и звонками специалистов перинатальных центров выявить не удалось.

Сопровождение как процесс реабилитации

Из-за различий в организации работы специалисты разных типов организаций решают две разные задачи. Для одних центральной проблемой является отказ от ребенка. Соответственно, цель их работы – изменить решение женщины без глубокого погружения в ситуацию.

«Вот сидят они, каждая в своей яме, а ты им веревку протягиваешь, чтобы выбрались. Одни хватаются за эту веревку, а другие – нет».

Специалисты других организаций пытаются решить проблемы женщины и ее семьи, которые привели к решению об отказе. Это и есть реабилитационный процесс. Его цель – преодоление кризиса в семье или изменение ситуации, послужившей причиной отказа от ребенка. Реабилитационный процесс требует совместных усилий женщины, членов ее семьи и специалиста.

Иногда специалистам удается решить проблемы еще на этапе сохранения ребенка в семье. Например, в некоторых случаях конфликта в семье по поводу рождения ребенка или стресса во время беременности. Однако реабилитация большинства семей длится в среднем около полугода. За это время могут быть преодолены как глубокая десоциализация женщины, так и серьезный конфликт между членами семьи. Чаще всего реабилитационный процесс завершается периодом мониторинга.

Государственным учреждениям в массе своей пока не удается организовать реабилитационный процесс в семьях женщин-отказниц. Если такая работа ведется, то это либо результат индивидуальных усилий конкретного сотрудника, либо учреждение имеет большую автономию в организации своей работы. Еще одним исключением являются центры кризисной беременности, где предпринимаются попытки организовать сопровождение как процесс реабилитации. Однако на данный момент эти попытки не переросли в устойчивую практику.

Сегодня только НКО удается системно вести реабилитационную работу в семьях. В этом состоит уникальность их опыта работы с отказницами.

Сегодня только НКО удается системно вести реабилитационную работу в семьях. В этом состоит уникальность опыта работы НКО с отказницами. Однако успех реабилитации в большой степени зависит от профессионализма конкретного специалиста и ресурсов, которыми располагает некоммерческая организация.

Важнейшим ресурсом для многих НКО являются социальные гостиницы. Они предоставляются женщине с ребенком на время, пока решается ее проблема с жильем, в комплексе с другими реабилитационными мерами.

«Если мы селим женщину в нашу гостиницу, то сразу появляется больше возможностей для работы с ней. Мы забираем женщину из привычной среды, и ей самой становится легче измениться».

Некоторые социальные учреждения также имеют возможность предоставлять женщинам временное проживание. На примере социальных гостиниц хорошо видны качественные различия между социальными службами и НКО в мерах поддержки женщин-отказниц. Социальные учреждения предоставляют женщине с ребенком место в приюте до решения ее проблемы с жильем, в то время как НКО, предоставляя место в социальной гостинице, помогают проживающей там женщине решить семейные проблемы, научиться заботиться о ребенке, поддерживают в получении образования и поиске работы, предоставляют интенсивную психологическую помощь. Живущие в гостинице женщины принимают на себя обязательства по поддержанию порядка и чистоты, заботе о ребенке и активному участию в решении собственных проблем. Такие меры помогают женщинам сменить социальное окружение, обрести самостоятельность и научиться нести ответственность за ребенка.

Проблемы межведомственного взаимодействия

Сегодня ни одна организация, за исключением центров кризисной беременности, не может оказывать услугу по предотвращению отказов от новорожденных только в рамках своего ведомства. Качество межведомственного взаимодействия влияет на четыре из восьми показателей эффективности работы служб: неизбирательность в предоставлении услуги, интенсивность взаимодействия службы с организациями других ведомств, оперативность первой встречи специалиста с отказницей, многообразие форм поддержки семьи.

Сегодня ни одна организация, за исключением центров кризисной беременности, не может оказывать эту услугу только в рамках своего ведомства.

Взаимодействие между организациями разных ведомств в рамках этой услуги неизбежно возникает в следующих ситуациях:

1) родильные дома передают информацию об отказе в социальное учреждение, затем специалисты этого учреждения начинают работу с отказницей, пока она находится в родильном доме, и сопровождают ее после выписки;
2) специалист родовспомогательного учреждения предотвращает отказ от новорожденного; затем он передает информацию о женщине, изменившей решение об отказе, в социальное учреждение, которое в дальнейшем будет сопровождать семью.

Первый вариант взаимодействия чаще всего устанавливается региональным положением или соглашением между министерствами здравоохранения и социальной защиты. Тем не менее на практике в большинстве регионов возникают проблемы с передачей сигналов от ряда родильных домов:

- Выборочная передача сигналов. Например: из родильного дома не поступает информация об отказах от детей с патологией.
- Задержка в передаче сигналов. Например: информация об отказе передается через органы опеки несколько дней, иногда эта информация поступает из роддома в службу профилактики лишь накануне выписки женщины из роддома.
- Между ведомствами не урегулирована процедура передачи личных данных отказницы. Из-за этого возникает необходимость получать письменное согласие женщины на работу со специалистом. Часть женщин такого согласия не дает.
- Отказ от работы. Например: все родильные дома региона, кроме одного, включены в работу по профилактике отказов и передают сигналы в службу профилактики.

Ошибочно предполагать, что большинство вопросов может быть урегулировано в рамках ведомства здравоохранения. Проблема заключается в том, что взаимодействие между учреждениями разных ведомств одностороннее – медицинские учреждения предоставляют информацию социальным службам. В отсутствие обратной связи от социальных служб главным врачам и сотрудникам родильных домов, ответственным за передачу сигналов, трудно понять важность и эффективность работы по предотвращению отказов.

Существует пример решения проблемы однонаправленности информации. В рамках описанной выше лучшей практики негосударственного центра поддержки семей и детей «Вместе» сотрудники НКО информируют медработников о результатах своей работы по предотвращению отказов. Обратная связь дала положительный эффект: сотрудники роддомов стали лояльнее относиться к этой работе и оперативнее передавать сигналы об отказах.

В случае, когда специалист родовспомогательного учреждения передает в социальное учреждение или в органы опеки информацию о женщине, изменившей решение об отказе, главной проблемой становится отсутствие преемственности в работе с семьей. Работники медицинских учреждений, как правило, ничего не знают о дальнейшей работе с женщиной. При этом специалисты обеих организаций не воспринимают работу по предотвращению отказов как совместную.

«Информацию обо всех отказницах передаю в опеку. Дальше их, наверное, соцзащита сопровождает, точно не могу сказать».

Это выражается в том числе в следующем:

- В части случаев после выписки женщины домой необходимо продолжать поддержку семьи, начатую специалистом родовспомогательного учреждения. Но, как правило, социальные службы ведут лишь мониторинг. В результате срок интенсивной работы с отказницей определяется не особенностями случая, а медицинскими показаниями к продолжительности пребывания женщины в родовспомогательном учреждении.
- Специалисты родовспомогательных учреждений передают в социальные службы неполную информацию о семье. Некоторые из них признавались, что могли бы рассказывать коллегам из социальных учреждений больше (о психологическом состоянии женщины, контактах специалиста с родственниками), если бы чувствовали заинтересованность с их стороны.

«Если я знаю соцработника в районе, где живет женщина, и если женщине поддержка нужна, звоню в соцзащиту, рассказываю про эту семью».

В ситуации, когда с семьей по очереди работают специалисты разных учреждений, необходимость их плотного взаимодействия очевидна. Несмотря на это, механизмы совместной деятельности и обмена опытом между ними отсутствуют.

Таким образом, отсутствие межведомственного взаимодействия снижает эффективность оказания услуги по предотвращению отказов. Диалог необходим как на уровне специалистов и руководства учреждений, так и на уровне региональных органов управления. Кроме того, специалистам необходимы установленные регламенты передачи информации, в том числе ее формы и сроков, которые есть сегодня далеко не во всех регионах.

Проблемы, описанные выше, ограничивают само предоставление услуги по профилактике отказов от новорожденных. Помимо решения этих проблем, более тесное сотрудничество социальных, медицинских учреждений и НКО поможет вывести на новый уровень качество оказания услуги.

Отсутствие межведомственного взаимодействия снижает эффективность оказания услуги по предотвращению отказов.

Как было показано ранее, каждая организационная модель имеет свои уникальные преимущества. На этапе изменения решения женщины об отказе наибольшую эффективность показывают специалисты медицинских учреждений, на этапе сопровождения семьи – специалисты НКО. Благодаря развитой инфраструктуре учреждения социальной защиты имеют возможность оперативно внедрять услугу на территории всего региона.

Все службы, практики которых названы в нашем исследовании лучшими, в своей работе выходят за рамки обычных возможностей своих типов организаций либо используют преимущества других типов организаций. В Тюменской области идет процесс организации совместной работы учреждений здравоохранения и соцзащиты. Опыт Новосибирска стал возможен благодаря успешному сотрудничеству органов власти и НКО. В Тамбовской области услугу оказывают учреждения, которые лишены традиционных недостатков социальной защиты, но имеют развитую инфраструктуру этой системы.

В целом межведомственное взаимодействие в оказании социальных услуг – новое явление для России.

В целом практика межведомственного подхода в оказании социальных услуг – новое явление для России. Попытки организации такого взаимодействия в регионах свидетельствуют о глубине изменений, происходящих в системе социальной защиты населения.

Выводы

По сравнению с остальными роженицами женщины-отказницы достаточно молоды: 47% отказниц не достигли возраста 24 лет. Этих женщин отличает низкий уровень образования: 60% из них в лучшем случае смогли окончить среднюю школу. При этом 30% отказниц – многодетные матери или могли бы стать многодетными, если бы не отказались от новорожденного ребенка. Абсолютное большинство этих женщин (73%) выросли в неблагополучных или неполных семьях.

В большинстве случаев (75%) отказницы не имеют дохода, достаточного для воспитания ребенка. Это приводит некоторых специалистов к заключению, что один из основных мотивов отказа кроется в тяжелом материальном положении женщины. Однако на практике лишь в 15% случаев нехватка средств приводит к отказу от ребенка.

Обобщая все причины отказов от новорожденных, кроме нехватки средств, можно выделить две другие проблемные зоны:

- Не менее 18% женщин к решению об отказе подтолкнуло потрясение, пережитое во время беременности или сразу после родов. К ним мы относим и рождение ребенка с патологией.
- Причиной 45% отказов становятся семейные отношения. К ним относятся семейное неблагополучие, конфликт по поводу рождения ребенка и разорванные связи с родственниками.

Отказ от новорожденного не означает нежелание матери растить и воспитывать ребенка. В большей части случаев он вызван тяжелыми жизненными обстоятельствами, в которых оказалась женщина, это своеобразный «крик о помощи». Основным стимулом к отказу от ребенка для этих женщин становится отсутствие опоры со стороны мужчины или семьи. Две трети из женщин-отказниц не имеют стабильных отношений со своими партнерами.

Сегодня мы наблюдаем процесс активного распространения работы по предотвращению отказов на десятки регионов страны. В среднем эффективность деятельности по предотвращению отказов от новорожденных составляет 50%. То есть в каждом втором случае специалистам удается изменить решение матери и сохранить ребенка в семье. Эффективность работы зависит от причины отказа. Тем не менее положительные результаты выявлены при работе со всеми причинами.

Однако для значительной части специалистов определение причины отказа от ребенка не является приоритетом. Соответственно, в своей практике они не нацелены на решение проблемы, послужившей причиной для отказа, их задача – сохранить ребенка в семье. В результате ребенок остается в семье в той же ситуации, которая подтолкнула его родителей к решению об отказе.

Каждый регион из охваченных исследованием имеет свои особенности в организации работы по предотвращению отказов от новорожденных. Однако можно выделить три основных подхода к этой работе. Они соответствуют типам организаций, занимающихся предотвращением отказов: социальным учреждениям, медицинским учреждениям и НКО.

В работе по изменению решения женщины об отказе от ребенка наиболее эффективными оказались государственные службы, которые работают вне рамок системы социальной защиты населения. Это модель работы медицинских учреждений. Отсутствие избирательности в оказании услуги и оперативность реагирования на случай здесь сочетаются с гибкостью и возможностью интенсивного взаимодействия с отказницей.

Среди медицинских учреждений услугу по профилактике отказов от новорожденных чаще всего оказывают перинатальные центры. Основной недостаток их практики – отсутствие возможности работать с отказницей после ее выписки из перинатального центра.

В отличие от медицинских учреждений государственные социальные службы пока не могут добиться высокой эффективности в предотвращении отказов от новорожденных. Однако у них есть важные преимущества. Прежде всего – это большой опыт межведомственного взаимодействия и развитая организационная структура. Распространение услуги на весь регион чаще всего удается именно благодаря социальным учреждениям.

Наиболее сильная сторона некоммерческих организаций – индивидуальный подход к каждому случаю. Он складывается из следующих элементов:

- разнообразие причин отказов, с которыми работают НКО;
- реабилитационный процесс – специалисты этих организаций пытаются не только предотвратить отказ от новорожденного, но и решить проблему, которая послужила его причиной;
- широкий спектр мер поддержки семьи (от квалифицированной помощи психолога до предоставления няни для детей); выбор конкретных форм поддержки зависит от потребностей членов семьи.

Несмотря на все преимущества этой модели, на сегодняшний день НКО не в состоянии перейти от локальной работы к распространению услуги на весь регион. В свою очередь власти предпочитают развивать услугу в рамках государственных учреждений. В итоге, за отдельными исключениями, службы профилактики отказов на базе НКО пока не могут служить альтернативой государственным службам.

Сегодня ни одна организация, за исключением центров кризисной беременности, не может оказывать услугу по предотвращению отказов от новорожденных только в рамках своего ведомства. Качество межведомственного взаимодействия влияет на половину показателей эффективности, по которым в нашем исследовании оценивалась работа служб. При этом механизмы совместной деятельности и обмена опытом между учреждениями разных типов отсутствуют.

Проблемы межведомственного взаимодействия ограничивают само предоставление услуги по профилактике отказов от новорожденных. Помимо решения этих проблем, более тесное сотрудничество социальных, медицинских учреждений и НКО поможет вывести на новый уровень качество оказания услуги.

Службы, практики которых названы в нашем исследовании лучшими, в своей работе выходят за рамки обычных возможностей своих типов организаций либо используют преимущества других типов организаций. В Тюменской области идет процесс организации совместной работы учреждений здравоохранения и соцзащиты. Опыт Новосибирска стал возможен благодаря успешному сотрудничеству органов управления и НКО. В Тамбовской области услугу оказывают учреждения, которые лишены традиционных недостатков социальной защиты, но имеют развитую инфраструктуру этой системы.

В целом практика межведомственного подхода в оказании социальных услуг – новое явление для России. Попытки организации такого взаимодействия в регионах свидетельствуют о глубине изменений, происходящих в системе социальной защиты населения.

Над исследованием работали:

разработка инструментария, аналитика и подготовка отчета – Кирилл Хромов,

координация проекта и сбор первичных данных –

Анастасия Неретина,

редактура – Любовь Грибанова, Елена Кореневская,

макет и верстка – Ольга Вараксина.

Благодарим за экспертную поддержку:

директора Благотворительного фонда профилактики социального сиротства – Александру Марову,

начальника отдела профилактики социального сиротства Управления по опеке и попечительству Администрации города Уфы Республики Башкортостан – Елену Макушину,

руководителя отдела социокультурных исследований «Левада-центра» – Алексея Левинсона,

а также

всех, кто принял участие в исследовании и подробно рассказал о своем опыте работы.

В соответствии с правилами социологических исследований (см. Устав European Society of Market and Social Researchers (ESOMAR) все высказывания респондентов приводятся анонимно. Информация о женщинах, полученная во время исследования, не содержала персональных данных. Истории женщин приводятся в обобщенном виде, без имени или иных личных данных.

Тираж: 990 экз.

[СоцЛаб] Лаборатория социальных программ

Социальные проблемы находятся в постоянном фокусе внимания современного общества, и сегодня наше государство прилагает большие усилия для их решения. Тем не менее многие социальные программы не достигают заявленных целей либо расходуют выделенные ресурсы неэффективно. Одна из основных причин малой эффективности социальных программ – отсутствие полной и всесторонней информации как о самих проблемах, так и о способах их решения.

Исследования Лаборатории социальных программ направлены на поиск корней социальных проблем. Также Лаборатория находит лучшие практики и технологии для их решения, анализирует эффективность технологий и возможности их распространения.

Лаборатория работает в партнерстве с федеральными и региональными органами государственного управления, социально ориентированным бизнесом и некоммерческими организациями. Миссия «СоцЛаба» – способствовать тому, чтобы социальные программы приводили к решению проблем общества.

Подробнее на сайте **www.soc-lab.ru**

Фонд профилактики социального сиротства

Благотворительный фонд профилактики социального сиротства был основан в 2011 году. Основная миссия Фонда – содействие федеральным и региональным властям в работе по сокращению числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Фонд в сотрудничестве с федеральными и региональными органами управления, государственными и общественными организациями (НКО) внедряет и развивает услуги по профилактике социального сиротства, в том числе услугу по предотвращению отказов от новорожденных. Представители Фонда входят в экспертные и рабочие группы Госдумы РФ и Общественной палаты РФ.

В рамках соглашений с главами субъектов РФ о внедрении модели профилактики социального сиротства Фонд проводит проектные и образовательные семинары для управленцев, сотрудников социальных и медицинских учреждений, НКО. Большая часть этих организаций входит в Ассоциацию профилактики отказов от новорожденных.

Подробнее о программах Фонда можно узнать, посмотрев видеоролик на сайте **www.fondpcc.ru**

АССОЦИАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

Ассоциация, созданная при участии Благотворительного фонда профилактики социального сиротства, помогает специалистам и организациям, занимающимся предотвращением отказов от новорожденных. Ассоциация участвует в продвижении модели профилактики отказов от новорожденных в субъектах РФ, разрабатывает стандарты оказания социальных услуг и образовательные программы, а также выпускает методическую литературу.

www.otkazam.net.ru