

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)
Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Шадрина Сандра Сергеевна
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ТЕМА: Психолого-педагогическое сопровождение семей
воспитывающих детей с РАС.**

направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
направленность (профиль) образовательной программы Психолого-педагогическое
сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Допускаю к защите:

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Шилов С.Н.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.п.н., доцент Черенева Е.А.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Научный руководитель

к.п.н., доцент Верхотурова Н.Ю.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Обучающийся Шадрина С.С.

(фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Анализ литературы по проблеме исследования.....	8
1.1. Статистические данные.....	8
1.1.2. Положение семей с детьми-инвалидами.....	8
1.1.3. Родительские организации.....	10
1.2. Понятие семьи и психолого-педагогического сопровождения.....	11
1.3. Психологические особенности родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.....	14
1.4. Психологические особенности семей, имеющих детей с расстройством аутистического спектра.....	20
1.5. Опыт создания и развития служб семейного сопровождения для детей с инвалидностью от 0 до 6 лет организациями гражданского сообщества в РФ в городах Пскове, Нижнем Новгороде и Владимире.....	23
15.1. Организация службы сопровождения семьи и ребенка в возрасте от 0 до 7 лет в г. Пскове.....	23
1.5.2. Служба сопровождения семьи и ребенка в Нижнем Новгороде.....	24
1.5.3. Сопровождение семьи и ребёнка с инвалидностью с рождения до 7 лет во Владимирской области: опыт, перспективы.....	26
Вывод по главе 1.....	29
Глава 2. Разработка базовой модели психолого-педагогического сопровождения.....	30
2.1. Цели и задачи модели психолого-педагогического сопровождения.....	30
2.2. Концептуальная основа помощи.....	30
2.3. Условия деятельности Службы.....	31
2.4. Процесс оказания помощи.....	35
2.5. Описание природы основных проблем целевой группы и фокусов (мишеней) для работы.....	39
2.6. Организационные основы деятельности по оказанию услуги.....	41

2.7.Документооборот в процессе деятельности по услуге.....	46
2.8.Кадровое обеспечение деятельности по услуге.....	46
2.9.Требования к информационному обеспечению услуги.....	48
2.10.Материально-техническое обеспечение деятельности по услуге.....	49
2.11. Модели работы психолога с семьей.....	49
2.12. Этапы и задачи психологического сопровождения семьи.....	50
2.13.Организация и содержание деятельности.....	51
Заключение.....	54
Библиографический список.....	56
Приложение 1.....	63
Приложение 2.....	65
Приложение 3.....	67
Приложение 4.....	71

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в настоящее время 1 из 160 детей страдает расстройствами аутистического спектра (далее – РАС), что свидетельствует о значительном количестве случаев возникновения у детей этого нарушения. При этом, по оценкам большинства специалистов, в последние годы наблюдается постоянный рост этой патологии. За последние годы информация о РАС получила широкое распространение, однако в связи со сложностью выявления РАС в первые годы жизни ребенка, существует проблема информирования родителей о симптомах данного заболевания. В современном обществе первоочередной задачей в организации помощи детям с РАС является оказание им реабилитационной психолого-педагогической и социальной помощи, направленной на развитие, обучение и воспитание ребенка. Однако большинство современных исследователей изучающих проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ), подчеркивают их роль в развитии и адаптации детей. Немало авторов в своих работах, подтверждают актуальность проблемы психологического состояния родителей, воспитывающих ребенка с РАС. Г. Фюр подчеркивает психологический аспект переживания родителями рождения ребенка с расстройствами аутистического спектра, говоря о том, что семья, в ожидании появления нового члена семьи, живет в надежде о прекрасном будущем малыша, о его успехах, достижениях, победах.

Совсем по-другому обстоит дело, когда в семье рождается ребенок с отклонениями в развитии. В большинстве случаев это приводит к шоковой реакции родителей. Они чувствуют себя оглушенными, ошеломленными, обескураженными. У некоторых возникает реакция отрицания. Они не могут примириться со случившимся и отрицают очевидное: «Ребенок совершенно здоров, кто придумал такую глупость, что он болен?» Возможность активной помощи ребенку со стороны родителей улучшает их моральное состояние.

Однако иногда реакцию родителей можно сравнить с реакцией незаслуженно обиженного человека: «В чем я провинился, почему это должно было случиться именно со мной?» Рождение «нестандартного» ребенка прерывает нормальный цикл семейной жизни, возникает кризисная семейная ситуация. В тех семьях, которым удастся преодолеть возникшие трудности, основной опорой матери является ее муж. Эмоциональный стресс матери может нарастать по мере роста и развития ребенка, если он не оправдывает ее надежды на полное выздоровление и по-прежнему отстает от сверстников.

Следует отметить, что психологические проблемы родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, негативно отражаются на развитии ребенка (родители используют неэффективные стили семейного воспитания, лишают ребенка самостоятельности, неосознанно занижают самооценку ребенка), что в свою очередь, тормозит процессы реабилитации, психолого-педагогической помощи, оказываемой ребенку с расстройствами аутистического спектра.

Таким образом, оказание психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей с расстройствами аутистического спектра необходимо для благополучного психофизического развития детей с расстройствами аутистического спектра и их последующей социализации.

Цель исследования:

Описание и разработка общей базовой модели программы психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

Объект исследования: психолого - педагогического сопровождение родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

Предмет исследования: формы и методы психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

Гипотеза исследования: на основе существующих практик и анализа опыта по созданию СССиР в Пскове, Нижнем-Новгороде,

Владимире, возможна разработка базовой модели психолого-педагогического сопровождения родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра в г. Красноярске.

Исходя из цели и гипотезы исследования, были поставлены следующие задачи:

Задачи исследования.

1. Изучить и обобщить имеющиеся теоретические и эмпирические данные о психологических проблемах родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья.
2. Проанализировать практики сопровождения семей воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, в частности с РАС.
3. Разработать классификацию видов и форм сопровождения семьи.
4. Разработать базовую модель программы психологического - педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

Практическая значимость проекта заключается в организации службы сопровождения семьи с ребенком с РАС.

Теоретическая значимость работы заключается в проведении анализа литературы, содержащей описание существующих практик по организации психолого-педагогического сопровождения семей воспитывающих ребенка с ОВЗ.

Методология работы.

Данный опыт разработан на основе проекта "Создание и развитие служб семейного сопровождения для детей с инвалидностью от 0 до 6 лет организациями гражданского общества в РФ" при поддержке Европейского Союза в рамках Партнерской Программы Институционального Развития

(ИВРР): Содействие в развитии гражданского общества и местных инициатив.

Для решения поставленных задач использовался анализ литературы содержащей описание существующих практик, так же анализ опыта по созданию СССиР в Пскове, Нижний-Новгород, Владимир.

Основным методом проектного исследования стало моделирование для разработки базовой модели.

Работа состоит из двух глав, введения, заключения и приложений. Первая глава направлена на освещение проблем семей воспитывающих детей – инвалидов, обзор действующих проектов по сопровождению семей с детьми ОВЗ в России и включает 5 параграфов. Вторая глава содержит 13 параграфов в которых, описывается разработанная нами базовая модель психолого–педагогического сопровождения. Приложения содержат таблицы и блок - схемы сопровождения и их описания.

Глава 1. Анализ литературы по проблеме исследования

1.1. Статистические данные.

Общая численность детей в России уменьшается. За последние восемь лет численность детей в возрасте до 18 лет уменьшилась в России с 35,8 миллиона до 29,1 миллиона, при этом количество детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, за это же время выросло на 18 процентов и составило 734,1 тысячи. Число детей, постоянно живущих в интернатных учреждениях, составляет 477,8 тысячи, половина из них - дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей.

За последние 10 лет в России в 1.5 раза чаще стали рождаться дети с врожденными пороками развития. Медики связывают это с неблагоприятной экологической обстановкой, работой женщин на вредных производствах, курением. В частности, как рассказал главный специалист по медицинской генетике Минздрава РФ Петр Новиков на совещании по вопросам профилактики врожденных пороков развития, "на первом месте в структуре заболеваемости стоят врожденные пороки сердца и центральной нервной системы". Один из каждых 700 новорожденных появляется на свет с болезнью Дауна.

Реально в России детей-инвалидов, возможно, еще больше, поскольку нет единой системы учета детей-инвалидов. В интернете встречаются данные Московской Хельсинской группы, в соответствии с которыми количество детей с ограниченными возможностями в России определялось 5% всех детей, то есть, оценивалось в 1,5 миллиона. [71]

1.1.2. Положение семей с детьми-инвалидами.

По данным Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации ситуация усугубляется нестабильностью семейных взаимоотношений, связанных с рождением ребенка-инвалида. Рождение больного ребенка повергает всех членов семьи в шок. При этом в 50 процентах случаев отцы оставляют такую семью, и лишь 4 процента из них помогают воспитывать ребенка. 32 процента отцов никогда не встречаются

со своими детьми. Мать одна вынуждена нести все бремя забот о ребенке-инвалиде, нередко находясь в состоянии тяжелой депрессии. В то же время уровень реальной помощи государства семье с ребенком-инвалидом за последние годы резко. Однако, следует отметить, что за рубежом статистика иная. В нашей стране социальная жизнь семьи, имеющей ребенка-инвалида не защищена. Вместе с ребенком мать имеет права, определенные законом – но без профессиональной юридической поддержки реализовать их очень сложно. [70]

Сейчас государство уделяет внимание проблемам взаимодействия общества и детей-инвалидов и интеграции детей с отклонениями в развитии в общество. Отличительной чертой образовательной политики в отношении инвалидов на современном этапе является переориентация системы специального коррекционного образования на интеграционную форму обучения в массовых учебных заведениях. Данная тенденция стала следствием прямого копирования опыта развитых западных стран, которые постепенно, на протяжении нескольких десятилетий, создали условия для обучения детей-инвалидов в массовых образовательных школах. Применение новой системы «открытого» или «интегрированного» образования в России не сопровождается ее адаптацией к сложившимся условиям, в которых образование инвалидов традиционно происходило в учебных заведениях интернатного типа в системе закрытого специального образования. Кроме того, упускается из виду еще одна отличительная черта российской действительности, – чрезвычайно высокая численность инвалидов, нуждающихся в образовательных услугах.

Существует программа «включения - подключения» детей с особыми потребностями в обычную систему образования. Основной задачей является не оставить кого-либо вне центрального потока с точек зрения образовательной, физической или общественной. Принципиальные тенденции программы включения вмещают в себя терпимость, человеческое взаимопонимание, равенство - восприятие другого, не такого как ты.

«О программе подключения в рамках обычного образования» (от 01.06.2003 г.) написано: «...подавляющее большинство детей с особыми потребностями могут присоединиться к системе образования в обычном классе при помощи программы подключения и извлечь большую пользу, как с учебной, так и с общественно-эмоциональной точек зрения».

Некоторые коррекционные школы получают статус общеобразовательных школ, т.к. в их системе образования используется программа «включения-подключения» детей к общеобразовательному процессу. В таких школах существуют смешанные классы, в которых обучаются обычные дети и дети с определенными потребностями, обладающими легкой и средней степенью умственного отставания, когда интеллектуальное развитие ниже среднего. Между детьми в классе есть поведенческие, познавательные-психологические и общественные отличия, разнообразие усиливает класс и дает каждому из учеников больше возможностей в учебе. Комбинированный подход видит различия в детях как ценность и признает, что есть преимущество во взаимном обучении каждого. Работающие вместе в этом коллективе должны всегда действовать совместно, считаясь друг с другом, где каждый участник видит себя ответственным за успех всего коллектива.

1.1.3.Родительские организации.

Существующий опыт решения данных проблем показывает большое значение общественных организаций, объединяющих родителей детей-инвалидов.

Одной из первых родительских организаций в России была созданная в 1989 году при НИИ дефектологии (ныне Институт коррекционной педагогики) общественная организация родителей «Добро», для помощи аутичным детям.

В том же году появился «Центр лечебной педагогики» в Москве, также как общественная организация родителей и педагогов. Стали появляться и

другие родительские организации, в других регионах и в связи с другими заболеваниями детей.

В настоящее время в России существуют сотни центров или родительских организаций. Существуют наработки, осуществленные в этих центрах. В обществе постепенно осознается наличие проблемы детей-инвалидов. Опыт объединения родителей больных детей, опыт их взаимопомощи, опыт различных акций, проводимых такими объединениями, работает. Это результат деятельности именно тех родителей, педагогов, врачей, юристов, которые сделали первые шаги за эти годы, создали первые организации.

Среди организаций понимающих и принимающих детей с особенностями в развитии как обычных детей, как таких же членов нашего общества выступает театр «Пиано». Кстати сказать, большой разницы между детьми они не делают. Как воспринимают мир руководители театра, читайте в приложении к данному пособию.[70]

1.2. Понятие семьи и психолого-педагогического сопровождения.

СЕМЬЯ - малая социальная группа, состоящая из людей, связанных узами родства и/или супружества. Представляет собой динамическую систему, функционирование которой определяется действием двух законов: закона гомеостаза и закона гетеростаза. Согласно закону гомеостаза, каждая семья стремится сохранить свое положение, остаться в данной точке развития. Согласно закону гетеростаза, каждая семейная система должна пройти свой жизненный цикл: некую последовательность смены стадий. Семья выполняет ряд функций, наиболее важными из которых являются: функция духовного (культурного) общения, эмоциональная, сексуально-эротическая, функция первичного социального контроля, репродуктивная, воспитательная, хозяйственно-бытовая.[40]

Впервые термин «сопровождение» появился в работе Г. Бардиер, Н.Ромазан, Т.Чередниковой (1993) в сочетании со словом «развитие» - «сопровождение развития».

Проблемы психолого-педагогического сопровождения, его организация и содержание раскрыли в своих исследованиях М.Р. Битянова, Б.С. Братусь, Е.В. Бурмистрова, О.С. Газман, И.В. Дубровина, Е.И. Исаев, Е.И. Казакова, А.И. Красило, В.Е. Летунова, Н.Н. Михайлова, А.В. Мудрик, С.Д. Поляков, М.И. Роговцева, К. Роджерс, Н.Ю. Синягина, В.И. Слободчиков, Ф.М. Фрумин, А.Т. Цукерман, Л.М. Шипицына, И.С. Якиманская и др.

Психолого-педагогическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, – это деятельность, направленная на актуализацию коррекционных ресурсов семьи, обеспечивающих эффективность ее функционирования, особенно в периоды кризисов, связанных с воспитанием и развитием ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что позволяет *создавать* соответствующее возрасту ребенка коррекционно-развивающего пространство, формировать и реализовывать адекватные потребностям ребенка стратегии воспитания, базирующиеся на конструктивных родительских установках и позициях по отношению к нему.

В «Толковом словаре русского языка» (под редакцией Д. Ушакова) читаем: сопровождать – значит – производить одновременно с чем-нибудь, сопутствовать чему-нибудь, следовать вместе с кем-нибудь, находясь рядом, ведя куда-нибудь или идя за кем-нибудь. В Новом толково-словообразовательном словаре русского языка (автор Т. Ф. Ефремова) сопровождение понимается как: 1. Процесс, сопровождающий какое-либо явление, действие. 2. Игра на музыкальном инструменте, пение, сопровождающее чью-либо игру или пение; аккомпанемент. 3. Группа военнослужащих или боевых машин, самолетов и т.п., сопровождающая или конвоирующая кого-либо, что-либо. Основные направления работы по

оказанию психолого-педагогической помощи семье для «перевода» ее в состояние психологического благополучия. Работа специалистов по психолого-педагогическому сопровождению семьи, отнесенной по выделенным выше индикаторам к неблагополучной, может разворачиваться по нескольким направлениям, что позволяет обеспечить своеобразный перевод из состояния неблагополучия в состояние психологического благополучия:

1. Обучение эффективной внутрисемейной коммуникации всех членов семьи, способствующей формированию адекватной самооценки и дающей возможность получать эмоциональную поддержку. Для этих целей может быть реализована программа группового тренинга эффективной коммуникации для нескольких семей. В программу тренинга целесообразно включить разделы:

- обучение навыкам активного слушания;
- обучение новым способам общения (подчеркивая эффективность позитивного подкрепления в отличие от негативного подкрепления);
- обучение навыкам выражения мыслей и чувств от первого лица («Я-сообщение»);
- гармонизация отношений между диадой «мать с больным ребенком» и членами семьи, членами семьи и другими (посторонними) лицами.

2. Оптимизация функционирования семейной системы. Прежде всего, речь идет о необходимости оптимизации системы семейных правил, регулирующих жизнь семьи. (Для этого может использоваться методика организации «Семейного совета», на котором члены семьи выявляют, осознают и оценивают существующие семейные правила и вырабатывают новые).

3. Формирование навыков для установления необходимых для функционирования и развития семьи ресурсных социальных связей. Для

реализации этой цели будет уместно мотивировать членов семьи на поиск и установление контактов с различными сообществами и организациями, объединяющими людей со схожими проблемами. (Например, сообществом «Даун Синдром»; «Ассоциацией родителей детей с нарушениями слуха»; Обществом помощи аутичным детям «Добро» и др.).

4. Формирование адекватного, реалистичного отношения к ограниченным возможностям ребенка.

5. Формирование ответственной родительской позиции

6. Формирование коррекционно-развивающей среды.

1.3. Психологические особенности родителей детей с ограниченными возможностями здоровья

Понятие «ребенок с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)» можно разделить на две категории. Одна группа таких детей — это дети с врожденными нарушениями работы различных органов чувств, с физическими недостатками или умственно отсталые дети.

Другая группа детей — это те, кто вошел в группу лица с ограничениями по состоянию здоровья в результате длительной болезни. Воспитание ребенка с отклонениями в развитии независимо от характера и сроков его заболевания или травмы нарушает весь привычный ритм жизни семьи.

Заболевание ребенка чаще всего приводит к глубокой и продолжительной социальной дезадаптации всей семьи.

Обнаружение у ребенка дефекта развития почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние. Выделяют четыре фазы развития данного стрессового состояния:

1. «Шок». Характеризуется состоянием растерянности родителей, возникновением чувства собственной неполноценности, беспомощности, страха, агрессии и отрицания. Члены семьи ищут «виновного». Иногда агрессия обращается на новорожденного, мать испытывает к нему

негативные чувства, видя, что он не такой, как другие дети. Мать также может чувствовать себя виноватой за рождение ребенка с ОВЗ.

2. Развитие неадекватного отношения к дефекту. Характеризуется негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией родителей ребенка.

3. «Частичное осознание дефекта ребенка». Возникает чувство хронической печали и скорби по желанному здоровому ребенку. Родители начинают понимать, что они ответственны за ребенка, но чувствуют себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода. Начинается поиск советов у специалистов.

4. «Развитие социально-психологической адаптации всех членов семьи». Родители смиряются с произошедшим, принимают ситуацию и начинают жить с учетом того, что в семье есть ребенок с ОВЗ.

Однако до четвертой фазы, несущей позитивный заряд в последующем развитии семьи, доходят далеко не все семьи детей с ОВЗ. Существует множество семей, которые так и не достигают стабилизации. На семью с ребенком с ОВЗ наваливаются медицинские, экономические и социально-психологические проблемы, которые приводят к ухудшению качества жизни, возникновению семейных и личных проблем. Не выдержав трудностей, родители могут самоизолироваться, они отгораживаются от близких, друзей и знакомых, предпочитая переносить свое горе в одиночку.

В этом случае должна быть помощь со стороны родственников и друзей. Но часто родственники и знакомые, узнав о болезни ребенка, также испытывают психологический стресс. Часть из них начинает избегать встреч с родителями ребенка с ОВЗ. Причины такого избегания коренятся как в боязни собственных чувств и эмоции, так и в боязни чувств родителей данного ребенка. Не зная, как помочь и боясь быть бестактными, родственники и знакомые порой предпочитают отмалчиваться, делать вид, что они не замечают сложившейся ситуации. Все это только усугубляет тяжелое положение родителей данного ребенка.[6]

Другие дети, если они есть в семье, оказываются лишенными внимания. Кроме того, часто родители ребенка с ОВЗ из страха, что несчастье может повториться, накладывают внутренний запрет на репродуктивную функцию.[10]

Многие родители надеются на чудесное исцеление ребенка и ищут все новых врачей или какую-то особенную, самую лучшую, больницу. В таких семьях не формируются правильные представления о положении ребенка, возможностях его лечения и развития. Родители не могут прийти к адекватному осознанию сложившейся ситуации. Они часто выбирают две крайности. Одни решают всю жизнь без остатка посвятить служению ребенку, кому-то свойственно постоянно перекладывать вину и ответственность на других — и для этого они преследуют и постоянно уличают в ошибках и невнимательности врачей, социальных работников, учителей. Некоторые родители делают и то и другое.

Такие семьи более других подвержены конфликтам и распаду. В них деформируются сложившийся стиль внутрисемейных отношений; система отношений с окружающим миром; особенности миропонимания и жизненных ориентаций каждого из родителей.

Жизненные ориентации деформируются по-разному у матерей и отцов. Матери находятся с детьми постоянно. Ребенок с ОВЗ требует от матери гораздо больше затрат времени и энергии, чем обычный ребенок, он связывает мать по рукам и ногам. Матери часто жалуются на обилие повседневных забот, связанных с ребенком, что ведет к повышенной физической и моральной нагрузке, подтачивает их силы и вызывает запредельное утомление. Часто для таких матерей свойственны снижение психического тонуса и заниженная самооценка. Они утрачивают радость жизни, отказываются от дальнейшей профессиональной карьеры. Жизненные обстоятельства переживаются как чувство невозможности реализации собственных жизненных планов, как потеря интереса к себе как к женщине и личности.

У отцов детей с ОВЗ зачастую наблюдается другая тенденция: отец не принимает ребенка с нарушениями по состоянию здоровья и постепенно отдаляется от семьи. Он холодно относится к ребенку, отказывая ему в любви и поддержке.

Подобное отношение к ребенку со стороны отца травмирует мать ребенка, понижает ее самооценку, способствует формированию невротичных черт личности и психосоматических заболеваний. Статус супруга в сознании матери снижается. Неприятие отцом ребенка становится причиной отчуждения жены от мужа. Женщина стремится восполнить своим материнским теплом отсутствие любви и заботы со стороны отца. Посвящая свою жизнь ребенку, она постепенно отдаляется от супруга, что приводит к разрыву супружеских взаимоотношений и разводу.

Развод родителей является достаточно частым и печальным следствием появления в семье ребенка с ОВЗ. Появление ребенка с ОВЗ не всегда является прямой и единственной причиной развода. Чаще всего родители детей с ОВЗ, объясняя причину развода, ссылаются на испортившийся характер супруги (или супруга), на отсутствие взаимопонимания, частые ссоры и, как следствие, возникшее охлаждение чувств.[6]

Исследования говорят о наличии трех типов родителей детей с ОВЗ.

1. Родители авторитарного типа

Эти родители характеризуется активной жизненной позицией, они во всем стремятся руководствоваться своими собственными убеждениями. Убеждения и советы родственников или специалистов для них не являются решающим аргументом. Такие родители имеют устойчивое желание найти выход из создавшегося положения, справиться с проблемами и облегчить положение ребенка. Они направляют свои усилия на поиски лучшего врача, хорошей больницы, наилучшего метода лечения. Они также обращаются к хорошим педагогам, знаменитым экстрасенсам и народным целителям. Их усилия направлены на преодоление возникающих преград. Именно родители

авторитарного типа организуют родительские общества и устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Эти родители стремятся решать проблему в целом. Их цель: оздоровление, обучение и социальная адаптация ребенка.

Однако авторитарные родители часто выдвигают нереальные требования к своему ребенку, не понимая его реальных возможностей. Некоторая часть таких родителей склонна не замечать особенности развития своих детей. Они считают, что специалисты предъявляют к их ребенку завышенные требования. Специалистам бывает сложно общаться с этими родителями, так как они склонны противопоставлять себя социальной среде и не соглашаться с общественным мнением.

Канал эмоционального отреагирования проблемы у них переведен во внешний план переживаний и проявляется в виде скандалов, агрессии и крика.

Авторитарные родители склонны излишне опекают своих детей, не давая им возможности научиться отвечать за свои действия и за свою жизнь. Они часто не учитывают реальные интересы и потребности своих детей (в том числе и в вопросах профессионального обучения), так как привыкли прислушиваться только к своему собственному мнению.

2. Родители невротического типа

Этому типу родителей присуща пассивная личностная позиция, они склонны фиксироваться на отсутствии выхода из создавшегося положения. У них, как правило, не формируется тенденция к преодолению возникших проблем, и они не верят в возможность улучшения состояния здоровья своего ребенка. Самых себя подобные родители оправдывают тем, что у них нет указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать. Такие родители склонны пассивно идти по жизни. У них нет понимания того, что ряд проблем их ребенка является вторичным и связан не с самим заболеванием, а с их родительской и педагогической несостоятельностью.

Как и авторитарные родители, они бывают, склонны к чрезмерной опеке и стремятся оградить своего ребенка от всех возможных проблем, даже от тех, с которыми он может справиться собственными силами. Такие родители непоследовательны во взаимоотношениях с ребенком, у них отсутствует необходимая требовательность, они склонны идти на уступки ребенку. Вследствие этого у них часто возникают трудности в вопросах послушания ребенка.

В личности таких родителей зачастую преобладают истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Они склонны избегать трудных жизненных ситуаций и решений, отказываются от реального решения возникающих проблем. По отношению к ребенку они демонстрируют повышенную тревожность, постоянно опасаются чего-то, что может повредить их ребенку. Подобная тревожность может передаваться ребенку, становясь причиной формирования у него невротических черт характера.

Собственное личностное бессилие не позволяет таким родителям смотреть позитивно на свое будущее и на будущее ребенка. Жизнь воспринимается ими как несчастливая, загубленная рождением ребенка с ОВЗ. Матери подобного типа ощущают себя не сумевшими реализовать в семье и в профессии. Будущее ребенка представляется им бесперспективным и трагическим.

Канал эмоционального отреагирования проблемы, подавляющей их психику, у них переведен во внешний план переживаний и проявляется в виде истерик и слез.

3. Родители психосоматического типа

У этих родителей проявляются черты, присущие родителям как первого, так и второго типа. Им свойственны более частые смены эмоциональных состояний: то радость, то депрессия. У некоторых из них хорошо заметна тенденция к доминированию, как и у авторитарных

родителей, но они не устраивают скандалов и в большинстве случаев ведут себя корректно.

Канал эмоционального отреагирования проблемы у данной категории родителей переведен во внутренний план переживаний. Проблемы с ребенком, часто скрываемые от посторонних, переживаются ими изнутри. Такой тип реагирования на проблемы становится причиной расстройства здоровья и психики, возникающего как психосоматические нарушения.

Для этих родителей характерно стремление посвятить свою жизнь и свое здоровье своему ребенку. Все усилия направляются на оказание ему помощи. Матери подобного типа могут все свое время посвящать ребенку, максимально напрягая и изнуря себя. Этим родителям свойственно жалеть ребенка, и они также склонны гиперопекать своих детей.

Психосоматичные родители, так же как и родители авторитарного типа, стремятся найти для своего ребенка лучших специалистов. В ряде случаев они сами становятся таковыми, активно участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, получают профессиональное образование, меняя профессию в соответствии с нуждами их ребенка. Некоторые из них становятся выдающимися специалистами в данной области.

Понимание типологии личностных изменений родителей детей с ОВЗ позволяет определить набор необходимых психокоррекционных средств, направленных на оказание помощи семьям.[25]

1.4. Психологические особенности семей, имеющих детей с расстройством аутистического спектра.

Аутичные дети, как правило, первые, а нередко и единственные в семье. Из-за отсутствия опыта родители долго не замечают особенностей ребенка. Третий год жизни является критическим для родителей, так как становится очевидной серьезность отклонений ребенка. *Реакция родителей* проявляется в подавленности, растерянности перед неконтактностью ребенка, в комплексе собственной неполноценности, в полном отказе от себя во

имя ребенка, в тревожных опасениях в связи с предполагаемой ролью «плохой наследственности». Это усугубляется невыгодным сравнением своего ребенка с «нормальными» детьми. Возникает напряженность, скрытая или явная конфликтность семейных отношений, взаимные обвинения родителей.

Позиции родителей могут быть различными. Одни из них недооценивают реальные успехи и возможности ребенка, фиксируясь на его недостатках. Они стыдятся за ребенка. Воспитание строится на жестко-директивных принципах. Другие родители, наоборот, всячески преувеличивают достижения своих детей и затушевывают их недостаточность. Часто родители сами многое делают за ребенка, не замечая этого и приписывая результаты ребенку. Во многих семьях имеет место противоречивость позиций. Многие родители считают главным вербально-интеллектуальное развитие, хотя западает преимущественно невербальное развитие.

В момент постановки диагноза семья переживает тяжелейший стресс. Достаточно поздно — в три, четыре, а иногда и в пять лет, родители узнают, что их ребенок, который до сих пор считался здоровым и одаренным, «необучаем»: ему следует оформить инвалидность и поместить в специальный интернат. Состояние стресса для семьи нередко становится хроническим. Семья может столкнуться с недоброжелательностью соседей, агрессивной реакцией людей в транспорте, в магазине, на улице и даже в детском учреждении. Во всем мире семьи, воспитывающие аутичных детей, оказываются более страдающими, чем семьи, имеющие детей с другими особенностями, в том числе с умственной отсталостью. *Стресс в большей степени проявляется у матерей*, испытывающих чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости своих детей, они имеют очень низкую самооценку, считая себя плохими воспитателями. Ребенок с раннего возраста не поощряет мать, не смотрит в глаза, не любит бывать на руках, иногда даже не выделяет ее из других людей, не отдает предпочтения

в контакте. Такой ребенок не несет ей достаточного эмоционального отклика, радости общения. Это приводит к депрессивности, астеноневротическим проявлениям. *Отцы*, как правило, проводят больше времени на работе, хотя на них ложатся обязанности материального обеспечения семьи, которые носят долговременный характер. *Братья и сестры* аутичных детей тоже испытывают определенные трудности, так как родители нередко вынуждены жертвовать их интересами. Они могут чувствовать обделенность вниманием, чувствовать, что родители их любят меньше. Иногда они разделяют заботы семьи, а иногда и отстраняются, что дополнительно ранит родителей. Ранимость семьи с аутичным ребенком усиливается в периоды его возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные критические точки своего развития: поступление ребенка в дошкольное учреждение, в школу, достижение им переходного возраста. Наступление совершеннолетия и обозначающего его события (получение паспорта, перевод к взрослому врачу и т. п.) порой вызывает у семьи еще больший стресс, чем постановка диагноза.

Чрезвычайно важно помочь родителям прийти к мысли о нецелесообразности отказа от себя во имя ребенка. Объяснить, что это не способствует развитию и социализации ребенка. Все взрослые члены семьи должны достичь единства в понимании поведения и нужд ребенка, а также предъявляемых к нему требований. Для этого им предлагаются готовые рецепты поведения.[31]

Нельзя отрицать тот факт, что члены семей, в которых воспитываются дети с аутизмом, обладают рядом специфических личностных черт. Длительные наблюдения и практика работы с семьями позволяют сделать вывод, что эти особенности вторичны, они возникают как следствие наличия у ребёнка особенностей развития, а не наоборот. Основной причиной неблагоприятного эмоционального климата в семье, воспитывающей аутичного ребенка, является непредсказуемость его

поведения, неумение функционировать в социуме, равнодушное отношение к социальным оценкам.

Семьи, имеющие ребенка с минимальным уровнем патологии, успешнее приспосабливаются к стрессам. Однако, в любом случае, кризисы и хронический стресс тяжелы для любой семьи, и грамотную помощь специалиста здесь трудно переоценить. Для успешного существования семьи важны её гибкость, приспособляемость и открытое общение между её членами.

Семья – важнейший ресурс. Именно в семье индивид получает первые знания, навыки и переживания. Невозможно помочь ребёнку, не помогая его семье. Только при сотрудничестве специалистов и семьи возможно эффективное вмешательство. Для аутичного ребёнка семья – первая модель общества, в которой ему предстоит наладить взаимодействие. Семья, в свою очередь, встроена в более крупные социальные структуры. И от того, насколько успешно налажено функционирование в семье, во многом зависит, насколько успешно ребёнок сможет социализироваться и вне её. Она – часть системы убеждений, ценностей и типов поведения, формирующихся на протяжении всей жизни. Если действительно есть желание помочь семье, следует делать это на её условиях, в контексте её системы представлений. Только с помощью такого системного подхода можно надеяться улучшить качество жизни семей, в которых растёт ребёнок с детским аутизмом.[18]

1.5.Опыт создания и развития служб семейного сопровождения для детей с инвалидностью от 0 до 6 лет организациями гражданского сообщества в РФ в городах Пскове, Нижнем Новгороде и Владимире.

15.1.Организация службы сопровождения семьи и ребенка в возрасте от 0 до 7 лет в г. Пскове.

Цель работы СССиР (службы сопровождения семьи и ребенка)

- реализация права ребенка на жизнь в семье и повышение качества жизни семей, воспитывающих детей с нарушениями развития.

Команда специалистов

- Руководитель
- Социальный педагог
- Юрист
- Семейный психолог
- Специальный педагог
- Детский психолог
- Невропатолог

Направления работы

- социально-правовая деятельность
- психокоррекционная деятельность
- психолого-педагогическая деятельность
- организация деятельности волонтеров
- содействие процессу межведомственного взаимодействия
- информационно-просветительская деятельность

1.5.2. Служба сопровождения семьи и ребенка в Нижнем Новгороде.

ЦЕЛЬ: Создание социально - психолого-педагогических условий для развития форм семейного жизнеустройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей их социализация в замещающих семьях.

Штатное расписание Службы сопровождения семьи и ребенка:

- Заведующий Службы сопровождения семьи и ребенка
- Педагог – психолог
- Социальный педагог
- Специалист по социальной работе
- Привлекаемые специалисты:
- Врач-педиатр

- Врач-психиатр
- Врач-нарколог
- Юрисконсульт

Основными задачами службы являются:

- Подготовка граждан, желающих принять или принявших на воспитание детей;

- Юридическое, социальное и психолого-педагогическое консультирование граждан желающих принять или принявших на воспитание детей по вопросам, связанным с устройством детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на воспитание в семью;

- Разработка индивидуальных программ социальной реабилитации воспитанников Учреждения, включающих комплекс мероприятий, направленных на вывод их из трудной жизненной ситуации;

- Обеспечения условий для психологически безболезненного перехода ребенка в условия замещающей семьи и содействия успешной адаптации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в замещающей семье;

- Осуществление мероприятий по профилактике возвратов детей из замещающих семей в государственные учреждения;

- Повышения психолого-педагогической компетенции замещающих родителей в вопросах воспитания приемных детей с учетом их физического и психического состояния, характера и наклонностей, в предупреждении и преодолении конфликтных ситуаций с ними;

- Обеспечения социальной реабилитации, социализации и интеграции детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

К категориям семей и детей, имеющим право на социальное обслуживание службой относятся:

- дети, находящиеся в социально опасном положении, в том числе безнадзорные, беспризорные, дети группы «социального риска»

- семьи, находящиеся в социально опасном положении

- граждане, способные и желающие принять детей, оставшихся без попечения родителей, на воспитание

- замещающие семьи – семьи, принявшие детей, оставшихся без попечения родителей, на воспитание

Нормативные документы Службы сопровождения семьи и ребенка

Деятельность Службы сопровождения семьи и ребенка осуществляется в соответствии с:

- Постановлением Правительства Нижегородской области от 30 июля 2007 г. № 261 "О порядке деятельности государственных учреждений Нижегородской области "Социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних"

- Постановлением Правительства Нижегородской области от 4 февраля 2010 г. №55 «О внесении изменений в некоторые постановления Правительства Нижегородской области по вопросам социального обслуживания семьи и детей»

и на основании следующих нормативно-правовых актов:

- Приказ Министерства образования и науки РФ от 20 августа 2012 года №623 «Об утверждении требований к содержанию программы подготовки лиц, желающих принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей, и формы свидетельства о прохождении такой подготовки на территории РФ»

- Приказ Министерства образования Нижегородской области и Министерства социальной политики Нижегородской области от 9 апреля 2013 года №931/352 «Об утверждении Программы и Порядка подготовки лиц, желающих принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей»

1.5.3. «Сопровождение семьи и ребёнка с инвалидностью с рождения до 7 лет во Владимирской области: опыт, перспективы.

Задача.

Комплексное сопровождение семьи и ребенка – это совместная работа профессиональной команды специалистов, направленная на помощь семье и успешное развитие каждого ребенка с ограниченными возможностями.

Служба сопровождения семьи и ребенка (междисциплинарная команда) может включать следующих специалистов:

- семейный психолог;
- специальный психолог;
- коррекционный педагог;
- социальный работник;
- педиатр развития;
- юрист;

Мероприятия проекта, направленные на привлечение родителей;

- Консультации специалистов
- Ежемесячные тренинги для родителей по различным тематикам (беседы об оформлении индивидуальной программы реабилитации, о развитии детей с расстройствами аутистического спектра, о льготном лекарственном обеспечении, о службах, реабилитационных центрах Владимирской области и др.)
- Родительские клубы для взаимного обмена опытом и поддержки
- Услуги ВООО «АРДИ «СВЕТ»:
- Занятия по Иппотерапии и лечебной верховой езде;
- Занятия в бассейне;
- Праздники;
- Занятия для малышей: «музыка и движение», игротерапия;
- Совместные мероприятия для детей и родителей.

Результаты проекта

Во Владимирской области за период 2008-2010 г.г. оказана помощь следующим категориям:

1. Общее количество семей, имеющих маленьких детей с инвалидностью в возрасте от 0 до 6 лет, получивших помощь различных специалистов в Службе сопровождения семьи и ребенка (СССиР) –152 семей.

2. Специалисты из общественных организаций (83 чел.)

Владимирской области были обучены на семинарах по направлениям: работа в междисциплинарной команде, организация служб семейного сопровождения.

3. Специалисты из госучреждений в сфере образования, социального развития и здравоохранения (188 чел.)

Владимирской области приняли участие в обучающих семинарах и курсах по следующим направлениям: работа в междисциплинарной команде, организация служб семейного сопровождения, а также получили повышение квалификации по специальной психологии и коррекционной педагогике на обучающих курсах Московского института открытого образования.

Вывод по главе:

Анализ проведенной работы позволил выделить следующие особенности психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей с РАС:

- комплексный дифференцированный подход команды специалистов;
- коррекция межличностных взаимоотношений в семье;
- коррекция нарушенного психологического состояния родителей;
- обучение родителей коррекционным методам воспитания и обучения ребенка в семье;
- формирование психолого-педагогических знаний и умений, повышение воспитательной компетенции родителей;
- индивидуальное семейное консультирование (приемы саморегуляции, аутотренинги, релаксация, альфа тренинги).

Круг проблем, с которыми встречаются семьи детей с расстройствами аутистического спектра, разнообразен: изоляция ребенка, которая затрудняет его полноценную социализацию и адаптацию в общество; травмирующее действие микросреды; неприятие ребенка в среде здоровых детей; дефицит общения с окружающими; неуверенность в собственных возможностях; незнание закономерностей физического и психического развития, а также психологических особенностей детей; незнание специальных приемов коррекционно-развивающей работы с детьми; недостаточность реабилитационных мероприятий и психолого-педагогического сопровождения семьи на ранних этапах жизни.

Глава 2. Разработка базовой модели психолого-педагогического сопровождения.

2.1. Цели и задачи модели психолого –педагогического сопровождения.

Цель: обеспечить своевременную и наиболее раннюю помощь семье и ребенку.

Задачи:

1. Создание благоприятного психо-эмоционального климата в семьях детей с особенностями развития;
2. психосоциальная помощь (помощь родителям в принятии и понимании нарушения в развитии ребенка, в преодолении беспомощности по отношению к своему ребенку);
3. Формирование конструктивной родительской позиции. (создать условия для формирования навыков конструктивного взаимодействия и общения, способствующих оптимизации детско-родительских отношений.
4. повышение психолого-педагогической культуры родителей, путем формирования адекватных представлений о возможностях их ребенка.
5. посредничество между семьей и другими службами;

2.2. Концептуальная основа помощи.

2.2.1. Целевая группа.

Служба работает с семьями, имеющими детей с РАС.

2.2.2 Принципы помощи и их реализация

Основными принципами оказания услуг помощи являются:

2.2.2.1. *Прозрачность* процессов оказания услуг.

Регламент всех процессов оказания услуг ранней помощи должен быть документирован и публично доступен.

2.2.2.2. *Целостный* (холистический) подход к разработке и реализации Программы с использованием ресурсов междисциплинарной команды. Программа разрабатывается на основе системного анализа жизнедеятельности семьи и контекста (средовых и персональных факторов),

с выделением реалистичных обобщенных целей, при достижении которых целостное развитие личности каждого члена семьи должно происходить наилучшим образом.

2.2.2.3. Программа реализуется преимущественно *в естественной среде*.

Программа должна включать описание естественных видов деятельности и социальных ситуаций, в которых осуществляется реализация её компонентов.

2.2.2.4. *Рефлексия* процессов оказания услуг сотрудниками Службы.

В планах деятельности Службы должны включаться мероприятия, направленные на осуществление сотрудниками анализа и переосмысления практики оказания услуг: супервизии, разборы случаев.

2.2.2.5. Сотрудники Службы при осуществлении профессиональной деятельности соблюдают нормы *этического кодекса*, утвержденного профессиональным сообществом. Соблюдение норм *этического кодекса* включено в должностные обязанности всех сотрудников Службы.

2.3. Условия деятельности Службы.

2.3.1. Организация и управление.

2.3.1.1. Для управления Службой назначается руководитель, прошедший подготовку по программе высшего профессионального образования или профессиональную переподготовку по программе дополнительного профессионального образования, имеющий опыт работы как с детьми, так и со взрослыми.

2.3.1.2. Руководитель Службы несет ответственность за политику в области качества услуг. Он должен обеспечить разъяснение и доведение этой политики до всех сотрудников Службы, четко определить полномочия и ответственность каждого из них.

2.3.1.3. В подразделении имеется полный спектр документации регламентирующего, отчетного и рабочего характера, отражающий деятельность всех сотрудников и Службы в целом. Для рабочей

документации утверждены стандартные формы. Вся работа Службы документируется в письменном виде.

2.3.1.4. В Подразделении обеспечивается соблюдение действующих законов о защите персональных данных потребителей услуг, в том числе:

-записи об оказании помощи ребенку, папки/карты ребенка и видео-записи хранятся в закрывающихся шкафах и не выносятся специалистами за пределы службы;

- ведется реестр всех сотрудников, имеющих, с письменного согласия родителей, доступ к документам, содержащим персональные данные ребенка и семьи;

- для передачи информации между службами необходимо согласие родителей;

- публичное использования материалов (фото и видеозаписей с участием ребенка и семьи, результаты оценки, Программа) возможно только при заключении с семьей письменного договора, в котором оговариваются возможности и условия, их использования;

- при публичном представлении материалов (разборе случаев на семинарах, супервизиях, презентациях, докладах и т.д.) не используются реальные имена и фамилии клиентов, их персональные данные, и прочая информация, которая может идентифицировать семью.

3.1.5. Решения в сфере управления Службой принимаются руководителем с учетом командного обсуждения.

3.1.6. Политика управления кадрами в Службе направлена на обеспечение непрерывного профессионального роста всех сотрудников, совершенствование взаимодействия сотрудников и качества их работы.

3.1.7. В Службе еженедельно проводятся заседания методического объединения, на которых сотрудники обмениваются информацией, разбирают случаи, другие текущие вопросы, касающиеся деятельности Службы.

2.3.1.8. В Службе организовано регулярное проведение консилиумов, на которых решаются вопросы зачисления семей в Службу и их отчисления.

2.3.1.9. Рабочее время специалистов распределяется на ведение практической работы с семьями и детьми и организационно-методическую деятельность. При этом, количество времени на практическую работу на одного специалиста, работающего на полную ставку, не превышает 20 часов в неделю. В организационно-методическую деятельность входит ведение документации, участие в заседании методического объединения и консилиума, образовательных мероприятиях, самообразование, занятие инновационной деятельностью.

2.3.1.10. Услуги могут оказываться в месте проживания семьи с ребенком (в т.ч. учреждении проживания), помещении Службы, а также в других местах регулярного пребывания ребенка и семьи.

2.3.1.11. Годовые отчеты о деятельности Службы включают количественные и качественные показатели, в том числе – принятые в субъекте Российской Федерации индикаторы состояния системы ранней помощи. Годовые отчеты публично доступны.

2.3.1.12. В Службе приняты документы относительно системы контроля качества предоставляемых услуг. В Службе ежегодно составляется план в области управления качеством услуг и составляется отчет о его выполнении.

2.3.2. Специалисты Службы.

2.3.2.1. Все специалисты Службы должны иметь соответствующую квалификацию в области семейной помощи - подготовку по программе высшего профессионального образования или профессиональную переподготовку или повышение квалификации по программам дополнительного профессионального образования.

2.3.2.2. Все специалисты Службы участвуют в работе методического объединения.

2.3.2.3. Все специалисты Службы повышают свою квалификацию в соответствии с индивидуальным планом.

2.3.3. Помещения и оборудование.

2.3.3.1. Помещения Службы для осуществления работы с детьми и родителями соответствуют требованиям к соответствующим помещениям, установленным действующим законодательством.

2.3.3.2. Минимальное обеспечение Службы помещениями должно включать: помещение для проведения индивидуальной работы, проведения групповой работы, хранения документации и работы с ней сотрудников, работы диспетчера, хранения одежды, приема пищи сотрудниками, туалеты, ожидания очереди, хранения игровых средств и специального оборудования.

2.3.3.3. Служба обеспечена телефонной связью.

2.3.3.4. В Службе есть необходимая оргтехника, включая компьютер(ы), принтер, копировальную технику, оборудование для работы с видео- и фото- материалами.

2.3.3.5. В Службе имеется доступ к сети интернет, обеспечивающий возможность сотрудникам в течение рабочего дня осуществлять дистанционную работу с семьей.

2.3.3.6. Рекомендовано оборудование как минимум одного помещения зеркалом Гезелла или веб-камерой.

2.3.3.7. Служба оснащена мебелью, игровыми средствами и специальным оборудованием, соответствующим контингенту обслуживаемых детей.

2.3.3.8. Вход в помещения Службы и сами помещения оборудованы по принципу безбарьерной среды.

2.3.4. Доступ к Службе.

2.3.4.1. В местных органах управления образованием, социальной защиты и здравоохранением есть информация о Службе.

2.3.4.2. В учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты имеются ясные и постоянно обновляемые буклеты для

направляющих специалистов с информацией о Службе, стандартные формы направления в Службу, показания для направления детей и семей в Службу.

3.4.3. В Службе есть информационные материалы, подробно описывающие услуги, которые она предлагает и для кого они предназначены, специалистов, работающих в службе, порядке зачисления ребенка в Службу.

3.4.4. Информация о Службе регулярно предоставляется населению в различных доступных форматах.

3.4.5. Семья имеет возможность получить первичную консультацию специалистов Службы относительно состояния ребенка и его развития без направления.

2.5. Процесс оказания помощи.

2.4.1. Вход в Службу

2.4.1.1. Семья может обратиться в службу по телефону, через электронную почту или очно.

2.4.1.2. В Службе приняты правила осуществления первичного контакта с семьями и записи на прием и установлен ответственный(е).

2.4.1.3. Время ожидания первичного приема после обращения семьи не превышает 2 недели.

2.4.1.4. Все сотрудники Службы обладают компетенцией общения с семьями в уважительной и принимающей манере.

2.4.1.5. В Службе принята стандартная процедура первичного приема, которая может состоять из нескольких встреч.

2.4.1.6. Первичный прием проводят специалисты, прошедшие соответствующую подготовку. Предпочтительно осуществление первичного приема одновременно несколькими специалистами.

2.4.1.7. Первичный прием включает беседу с родителями

2.4.1.8. Существует протокол действий специалистов при выявлении отставания в развитии и/или возможных нарушений функций организма во время первичного приема.

2.4.1.10. Решение о зачислении впервые выявленного ребенка, соответствующего критериям целевой группы, в Службу принимается консилиумом, с учетом мнения семьи.

2.4.1.11. По результатам первичного приема определяются примерные направления Программы, цели и методы углубленной оценки, и специалисты, необходимые для ее проведения.

2.4.2. Углубленная оценка.

2.4.2.1. В проведении совместной с родителем углубленной оценки состояния функционирования ребенка и среды вместе участвует как минимум два разных специалиста.

2.4.2.2. Результаты углубленной оценки обсуждаются совместно членами команды и семьей и служат основанием для начала составления Программы.

2.4.2.3. Первичная углубленная оценка проводится перед составлением Программы, промежуточная – в процессе её реализации, не реже чем 1 раз в 4 месяца, итоговая – при завершении реализации Программы.

2.4.3. Составление Программы.

2.4.3.1. Программа составляется на основе результатов проведенной углубленной оценки.

2.4.3.2. Программа составляется ведущим специалистом, определяемым междисциплинарной командой для каждой семьи, совместно с родителем, с учетом приоритетов, установок и возможностей семьи. К составлению программы привлекаются другие специалисты.

2.4.3.3. Программа включает обобщенные цели, соответствующие им задачи, исполнителей, формы работы/мероприятия, социальные ситуации, длительность мероприятий и примерный их график/циклограмму, ресурсные функции, которые планируется использовать при реализации Программы, начальные и ожидаемые значения контролируемых параметров, по которым выявлены ограничения/задержка. Большая часть Программы планируется реализовывать в естественной среде. При этом родители рассматриваются

как основные её исполнители. В программе предусмотрено регулярное партнерское взаимодействие с родителями и их консультирование.

2.4.3.4. Программа составляется в период не более 1,5 месяца с момента принятия решения о зачислении в Службу.

2.4.3.5. В службе установлены критерии для определения интенсивности и продолжительности программ.

2.4.3.6. В программу могут вноситься изменения по ходу её реализации.

Эти изменения должны быть обоснованы и согласованы с родителями.

2.4.4. Реализация Программы.

2.4.4.1. Специалисты взаимодействуют с ребенком и семьей на основе уважения и принятия.

2.4.4.2. Взаимодействие с ребенком и семьей проводится на основе их собственной активности и участия.

2.4.4.3. Специалисты содействуют максимальному вовлечению семьи в реализацию программы. Ход реализации Программы регулярно обсуждается с родителями.

2.4.4.4. Родители всегда участвуют во всех мероприятиях вместе со своими детьми, за исключением тех ситуаций, в которых ребенок адаптирован, а специалист и родитель согласовали план по решению специальной задачи, требующей максимальной самостоятельности ребенка.

При этом рекомендуется обеспечить возможность наблюдения родителя за происходящим через зеркало Гезелла или веб-камеру.

2.4.4.5. Реализация программы происходит в естественной для семьи среде.

2.4.4.6. В соответствии с целями и задачами Программы, в её реализацию привлекаются необходимые специалисты Службы.

2.4.5. Оценка эффективности реализации Программы.

4.5.1. Оценка эффективности реализации Программы проводится с использованием промежуточной и итоговой углубленной оценки.

2.4.5.2. Итоговая оценка эффективности реализации Программы включает:

- динамику значения определителей отдельных целевых категорий, характеризующих ребенка;
- динамику влияния в факторов окружающей среды;
- динамику участия в различных социальных ситуациях;
- улучшение понимания членами семьи сильных сторон, способностей и особых потребностей;
- улучшение знаний членов семьи о своих правах, правах ребенка и умения их эффективно отстаивать;
- повышение компетентности членов семьи в развитии и воспитании ребенка;
- улучшение поддержки членов семьи в плане социальных контактов;
- расширение доступа родителей и ребенка к необходимым услугам, программам и мероприятиям;

2.4.6. Завершение Программы и переход.

2.4.6.1. Программа завершается в следующих случаях:

- ребенок/семья больше не нуждаются в услугах, так как цели достигнуты, а факторы риска устранены;
- семья принимает решение о прекращении реализации Программы;
- при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации программы.

2.4.6.2. При завершении Программы составляется итоговое заключение, а родителям (законным представителям) предоставляется, по их требованию, выписка из рабочей документации с краткими сведениями о реализованной программе и её результатах.

2.5. Описание природы основных проблем целевой группы и фокусов (мишеней) для работы.

2.5.1. Специфические потребности клиентов целевой группы, способствующие возникновению проблем.

Потребности детей:

1. Потребности в нормализации жизни:
 - обеспечение нормального функционирования в повседневной жизни – соответствующая еда и поз; получение медицинской помощи и пр.
 - обеспечение возможности развиваться, играть, общаться, иметь хобби и досуг, получать образование;
 - обеспечение возможности участвовать в общественной жизни (на уровне собственной семьи, детского сообщества, местного сообщества).
2. Потребности в развитии функциональных способностей в области коммуникации, мобильности, социального взаимодействия, повседневной активности.
3. Потребности в эмоциональном благополучии.

Потребности родителей:

- обучение навыкам повседневного ухода за ребенком с ограниченными возможностями здоровья, способствующим развитию ребенка, нормализации его жизни и облегчению процесса ухода;
- обучение навыкам развития у ребенка функциональных способностей в разных сферах жизнедеятельности;
- помощь в понимании эмоционального неблагополучия ребенка, приемов бесконфликтного общения с ним;
- психологическая поддержка;
- в различного рода правовой информации (порядок переосвидетельствования, получения путевок на санаторное лечение, предоставления льгот и т.д.);

- помощь в составлении заявлений на разработку ИПР, замену кресла-коляски, установку пандусов, летний отдых и др.

2.5.2.основные дефициты навыков, опыта, способствующие возникновению проблем.

До настоящего времени в России помощь оказывалась в основном детям с ограниченными возможностями здоровья, родителям предлагались лишь различные схемы лечения детей. Существуют реабилитационные центры, которые оказывают услуги, например, занятия с логопедом, дефектологом, психологом, занятия в ИЗО-студии, музыкальные занятия и пр. Но подобные услуги узко направлены и помогают в решении различных проблем лишь для детей, а для решения проблем семьи в целом начали заниматься не так давно.

Семьи, которые воспитывают детей с тяжелыми и множественными нарушениями, и вовсе забывают о психологическом здоровье семьи, так как вынуждены заниматься реабилитацией детей.

Во многих случаях семьи остаются без помощи со стороны специалистов, так практически нигде не оказываются услуги по обучению родителей навыкам повседневного ухода за ребенком, развивающего общения, действиям по профилактике и предотвращению вторичных нарушений. Соответственно родители не имеют эффективных навыков и опыта в организации развивающего ухода за ребенком в домашних условиях, в обучении ребенка навыкам, необходимым в повседневной жизни, в действиях, нормализующих жизнь ребенка, а это приводит к тому что семья вовсе закрывается от социума. Становятся заложниками своей ситуации.

При этом многочисленные исследования показывают необходимость в более интенсивных, расширенных и долгосрочных услугах, в помощи и поддержке нуждаются родители, которые ежедневно сталкиваются с многочисленными трудностями.

а. Основные фокусы (мишени) для работы.

–увеличение у родителей знаний о том, что должен делать (уметь) каждый человек;

–развитие способности родителей творчески подходить к подбору методов обучения ребенка, использованию, «изобретению» и самостоятельному изготовлению вспомогательного оборудования;

–содействие адаптации домашней среды;

–повышение функциональных способностей ребенка во всех областях развития.

2.6.Организационные основы деятельности по оказанию услуги.

2.6.1.Общая часть.

2.6.1.1 Обязательные мероприятия перед началом деятельности по услуге:

1. Проведение информационно-мотивационного семинара с руководителями учреждений, в которых может развиваться данная услуга, с целью выявления и мотивации руководителей учреждений, заинтересованных в развитии услуги.
2. Проведение проектного семинара с руководителями учреждений, в которых может развиваться данная услуга, с целью определения необходимых ресурсов и шагов по развитию услуги.
3. Создание из заинтересованных людей Местного координационного (реабилитационного) совета.
4. Определение учреждений, в которых будет развиваться услуга, создание в нем отдельного структурного подразделения, назначение руководителя, прием в него сотрудников (реабилитационных работников).
5. Выделение и оборудование помещения (1 комната размером не менее 20-30 метров квадратных).
6. Проведение серии обучающих семинаров для руководителей услуги и реабилитационных работников.

2.6.1.2. противопоказания для оказания услуги:

1. Домашние визиты не рекомендуется проводить, если существует угроза жизни и здоровью специалистов, например:
 - у члена(ов) семьи имеется инфекционное заболевание в острой форме
 - кто-либо из членов семьи страдает психическим заболеванием и в данный момент наблюдается обострение заболевания
 - кто-либо из членов семьи находится в алкогольном или наркотическом опьянении

2.6.1.3. одновременное количество получателей.

Количество получателей услуги зависит от следующих факторов:

- Количества реабилитационных работников, участвующих в оказании услуги
- Продолжительности рабочего времени реабилитационных работников, которое они тратят на оказание данной услуги
- Частота встреч с каждой семьей

Примерный расчет:

-Продолжительность 1 домашнего визита – от 1 до 1,5 часов.

-Количество домашних визитов 1 реабилитационного работника за один рабочий день продолжительностью 8 часов – 3 визита (необходимо учитывать время, необходимое на дорогу).

-Рекомендуется одному реабилитационному работнику курировать одновременно не более чем 10-15 семей.

-В рабочее время реабилитационного работника включается время на работу с документацией, групповые встречи с другими реабилитационными работниками и руководителем, поиск и организацию других ресурсов, необходимых семье.

Таким образом, отделение из 5 реабилитационных работников, работающих на полную ставку, одновременно может обслуживать 50-65 семей.

2.6.1.4. оптимальная продолжительность получения услуги клиентом.

Продолжительность получения услуги зависит от индивидуальной ситуации в семье:

- Возраста ребенка;
- Нарушений, имеющих у ребенка;
- Динамики в освоении семейным тренером навыков обучения;

Опыт показывает, что продолжительность получения услуги может колебаться от 6 месяцев (в легких случаях) до 2-3 лет (в трудных ситуациях)

2.6.1.5. доступность услуги для клиентов целевой группы.

Решение о предоставлении услуги принимается при наличии следующих условий:

- ребенок имеет тяжелые и множественные нарушения развития;
- семья не имеет возможности получать услуги в каком-либо реабилитационном учреждении (по разным причинам, типа удаленности, отсутствия транспорта, большого веса ребенка, отсутствия у ребенка навыков мобильности, отсутствия вспомогательных средств, слабого здоровья ребенка и пр.).

Подразделение, оказывающее данную услугу, должно быть в каждом реабилитационном учреждении.

2.6.2. Контекст существования услуги.

2.6.2.1. организации, на базе которых может реализовываться данная услуга.

1. Учреждения социальной защиты:

- Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями;
- Центр социальной помощи семье и детям;

2. Учреждения образования:

- Центр психолого-медико-социального сопровождения детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

2.6.2.2 связь с другими услугами.

В дополнение к услуге семья может получать услугу передышки, воспользоваться социальным такси для участия в праздниках в социально-реабилитационном центре. Если возможно, нужно организовать взаимодействие с детским садом, чтобы ребенок мог получать образовательные услуги на дому, а в последствие в детском саду в группе «Особый ребенок». Если родителям кажется полезным, им можно посещать «Родительский клуб» или курсы «Персональный ассистент».

Важно помнить, что в рамках данной услуги все действия специалистов должны иметь реабилитационную направленность, специалисты не дают ребенку образования, как в школе или детском саду, не выступают в роли гувернеров или сиделок, не становятся театральными артистами или музейными работниками. Они лишь могут содействовать тому, что семья будет сотрудничать с подобными организациями. Например, помочь установить взаимодействие с музеем, чтобы сотрудники музея пришли к ребенку с программой «Музей в чемодане» или с театром, и к ребенку приедут артисты показать сказку.

2.6.2.3. связь с другими организациями.

1. Департамент социальной защиты – курирует и координирует деятельности по оказанию услуги; предоставляет информацию о семьях, нуждающихся в услуге; работа в Местном координационном комитете.
2. Департамент образования – помощь в организации образовательных услуг для детей; участие в оказании услуги (педагоги образовательных учреждений могут быть реабилитационными работниками); работа в Местном координационном комитете.

3. Департамент здравоохранения – помощь в получении медицинских услуг детьми; участие в оказании услуги (медицинские сестры могут быть реабилитационными работниками); работа в Местном координационном комитете.
4. Школьные мастерские – изготовление простейших вспомогательных приспособлений.
5. Транспортные предприятия – доставка реабилитационных работников в отдаленные районы.
6. Высшие учебные заведения – помощь студентов-волонтеров в обучении детей навыкам социального взаимодействия; мобильности и пр.
7. СМИ – информирование населения об услуге; влияние на общественное мнение.
8. Общественные организации и другие.

2.6.2.4. работа с общественностью;

Рекомендуется регулярно освещать деятельность по услуге в СМИ; организовывать участие детей и семей в общественных мероприятиях населенного пункта; привлекать волонтеров к помощи; привлекать общественность к поиску ресурсов для детей.

2.7. Документооборот в процессе деятельности по услуге

2.7.1. рекомендуемый список документов по услуге.

- Список детей, нуждающихся в услуге;
- Список детей, получающих услугу;
- Список реабилитационных работников;
- График выхода на домашние визиты;
- Личные папки на каждого ребенка, получающего услугу (результаты скринингов, результаты оценки по Форме 2, описание результатов оценки, программа обучения, лист регистрации домашних визитов);
- Ежемесячные статистические отчеты реабилитационных работников;
- Сводные ежемесячные отчеты руководителя;

– Результаты мониторинга деятельности по услуге

2.7.2 особенности порядка ведения и заполнения рабочих документов.

Имеется разработанные авторами программы формы для ведения документов, желательно их использовать.

2.8.Кадровое обеспечение деятельности по услуге.

2.8.1.Количественный состав команды специалистов услуги.

Зависит от возможностей учреждений, в которых оказывается услуга.

В литературе («Руководство для Местного реабилитационного комитета») указывается на следующие возможные нормативы: рекомендуется работа 1 реабилитационного работника на 1 000 человек населения.

2.8.2.Квалификационные требования.

- образование

Для реабилитационного работника – среднее (высшее) специальное образование в сфере образования, здравоохранения, социальной защиты, спорта.

Обязательное условие до начала работы реабилитационного работника – участие в цикле обучающих семинаров по основам функциональной реабилитации.

Примерная программа обучения:

1 часть

- Принципы и организация работы реабилитационных работников
- Управление и мониторинг

2 часть

- Пошаговое обучение лиц с ограниченными возможностями
- Обучение лиц, испытывающих сложности при передвижении

3 часть

- Обучение лиц, не имеющих чувствительности в руках и ногах
- Обучение лиц со специальными медицинскими потребностями
- Процедуры супервизии

4 часть

- Обучение лиц, испытывающих сложности со зрением
- Обучение лиц, испытывающих трудности в обучении

5 часть

- Обучение лиц, испытывающих сложности с речью и слухом
- Обучение лиц, испытывающих сложности в сфере социального взаимодействия

Для руководителя – высшее профессиональное образование в сфере образования, здравоохранения, социальной защиты; участие в цикле обучающих семинаров по основам функциональной реабилитации.

- *стаж* – не менее 3 лет

- *опыт работы* – любая работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья на регулярной основе

- *повышение квалификации (периодичность)* – проводится регулярно (не реже 1 раза в месяц) на основе разбора случаев и участия в методических днях

- *необходимость супервизии (периодичность)* – обязательно персональная супервизия не реже 1 раза в месяц

2.8.3.Знания и ценностные установки, обязательные для специалистов, участвующих в мероприятиях по услуге

Необходимые знания представлены в Примерной программе обучения (см. выше).

Ценностные установки:

- семья – лучшее место для жизни ребенка;
- члены семьи наилучшим образом развиваются и раскрывают свой потенциал в естественной домашней среде, в отношениях с близкими;
- одна из главных ролей в реабилитационном процессе отводится семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья и людям, которые живут рядом;

- взаимодействие с семьей обеспечивает партнерское участие родителей на всем протяжении получения услуги;
- помощь ориентирована на индивидуальные потребности, задачи имеют функциональную направленность и способствуют приобретению навыков, необходимых в повседневной жизни;
- помощь членам семьи направлена на повышение возможностей родителей, отвечает на запросы семьи, помогает защищать права ребенка;
- задачи помощи имеют также профилактическую направленность, позволяющую предотвратить возникновение вторичных нарушений у ребенка и в отношениях ребенка с членами семьи;
- предпочтение — в противовес системе специальных учреждений — отдается интеграции детей с ограничениями жизнедеятельности в общество и предоставлению им тех же возможностей, которые имеются у других членов общества
- декларируются и защищаются права человека в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья.

2.9. Требования к информационному обеспечению услуги.

Одним из основополагающих принципов программы является то, что общественность должна участвовать в планировании и проведении услуги, а также в оценке ее эффективности и контроле над ее проведением на основе участия в работе Местного реабилитационного комитета. В связи с этим важно осуществлять информирование об услуге и ее результатах регулярно, через СМИ, телевидение, на заседаниях Местного реабилитационного комитета, на заседаниях депутатов различных Советов, лидерам общественных организаций и т.д.

2.10. Материально-техническое обеспечение деятельности по услуге.

2.10.1. требования к помещению.

Для организации деятельности по услуге нужно помещение площадью не менее 30 квадратных метров для:

- рабочее место руководителя услуги
- место для проведения общих встреч всех реабилитационных работников
- место для хранения всей документации
- место для хранения пособий и игрушек для визитов

2.10.2. Техническое обеспечение.

1. Мебель: стол для работы руководителя, конференц-стол для групповой работы, стулья, стеллажи для документов, шкафы для игрушек, пособий.
2. Офисное оборудование: компьютер, принтер цветной с возможностью недорогой печати цветных изображений, достаточно большой копировальный аппарат, фотоаппараты (как минимум 2), мультимедийный проектор, колонки к компьютеру, доска тренога для больших блокнотов.
3. Материалы для «Сумки реабилитационного работника» - Приложение
4. Комплекты «Обучающих пакетов» и «Руководств» в количестве не менее 5 на каждого реабилитационного работника с возможностью в дальнейшем их пополнения.

2.10.3. Расходные материалы.

Канцелярия вся. Особо – ксероксная бумага для ведения личных папок детей, для копирования материалов для родителей. Папки скоросшиватели для личных дел.

2.11. Модели работы психолога с семьей.

В зависимости от характера причин, вызывающих проблему и этапа сопровождения семьи используются различные модели помощи семье:

1. Диагностическая модель. Основывается на предположении дефицита у родителей специальных навыков и умений, а так же возможностей нахождения ресурса для гармоничного воспитания ребенка. Объект диагностики – психическое состояние родителя. Диагностическое

заклучение может служить основанием для принятия организационного решения.

2. Психотерапевтическая модель. Используется тогда, когда причины трудностей семьи лежат в области общения, личностных особенностей членов семьи. Она предполагает анализ семейной ситуации, психодиагностику личности, диагностику семейных отношений. Практическая помощь заключается в преодолении барьеров общения и причин его нарушений.

3. Педагогическая модель. Данная модель базируется на гипотезе недостатка педагогической компетентности родителей, дефиците у родителей знаний и умений по воспитанию детей.

2.12. Этапы и задачи психологического сопровождения семьи.

Каждому этапу сопровождения соответствует свои задачи.

Диагностический (ориентировочный) этап

1. Установление контакта с родителями ребенка. Диагностика семьи: выявление трудностей, возникающих у родителей при общении и воспитании ребенка.

2. Психологическое обследование ребенка. Выявление проблем развития ребенка.

Этап планирования.

Разработка индивидуальной программы психологического сопровождения семьи. Определение объема и вида необходимой психологической помощи родителям ребенка.

Этап оказания помощи.

Оказание необходимой психологической помощи родителям с целью гармонизации межличностных отношений с ребенком, оптимизации воспитательного процесса.

Отслеживающий этап.

Отслеживание эффективности оказания обучающей и психологической помощи.

Психологическая диагностика семьи проводится в ходе собеседования с родителями путем оценки анализа жизни семьи, отношений в семье и работы с опросниками “ABC”, “PARI”, “ОРО”, выявляющими стиль воспитания в семье, тип отношения к ребенку.

По результатам психологической диагностики семьи последующая психологическая помощь родителям, оказывается по следующим направлениях:

- ознакомление родителей с закономерностями психического развития, психологическими особенностями ребенка, растущего в условиях дефицита возможностей здоровья;
- оптимизация системы внутрисемейных отношений с целью повышения степени их позитивного влияния на развитие ребенка;

2.13. Организация и содержание деятельности.

Программа психолого - педагогического сопровождения рассчитана на семьи воспитывающие ребенка с РАС вне зависимости от возраста ребенка. Проведение сопровождения представляется в форме организации родительского клуба, в заседания которого включаются элементы тренинга, беседы и консультации, и другие формы взаимодействия.

Эффективным методом в педагогическом просвещении родителей выступают дифференцированные беседы и консультации теоретического и практического направления.

Педагогами и психологами проводятся открытые и совместные занятия родителей. Для определения собственной проблематики, постановки целей, родителям предлагаются анкеты и опросы. В организации практических занятий участвуют сами родители, в том числе специалисты педагогики, психологии и медицины. По времени проведения занятий – дети занимаются с педагогами, психологами, волонтерами. Это позволит

родителям с пользой использовать своё личное время на посещение занятий, не испытывая волнение, где находится и чем занимается их ребёнок.

Занятия данного рода клуба проводятся 1 раз в неделю, в индивидуальной форме, возможно консультирование через Internet.

Первый контакт с семьей происходит во время телефонного разговора, в ходе которого выясняется первичный запрос семьи, принимаются и заносятся в журнал обращений основные сведения о семье, назначается первая встреча.

Первичный прием проводят семейный психолог и специальный педагог. Встреча проходит по месту жительства обратившейся семьи. На первичном приеме семья знакомится с задачами службы, ее специалистами и услугами, которые они оказывают. Уточняются и дополняются запросы семьи, собираются дополнительные сведения о семье и ребенке. Семья получает первые рекомендации. Результаты встречи предоставляются всем членам команды для обсуждения и выбора путей решения проблем, обозначенных семьей, а также тех проблем, которые были выявлены специалистами. Назначается куратор семьи, его задачей является поддерживать связь с семьей, информировать ее о мероприятиях, которые организуются специалистами службы, выявлять возникающие запросы, следить за ходом реализации индивидуальной программы сопровождения, которая разрабатывается совместно с семьей на следующем этапе.

В следующий раз (второй этап работы команды) семья встречается с куратором. В ходе беседы обсуждаются предложенные специалистами пути удовлетворения запросов семьи, на основе чего составляется программа сопровождения семьи, определяются сроки реализации поставленных задач.

На третьем этапе ведется работа над задачами психолога - педагогического сопровождения семьи. По истечении установленного срока происходит оценка полученных результатов, которые в дальнейшем обсуждаются с семьей. Если поставленные задачи не решены – программа

корректируется, ставятся новые задачи, обсуждается и планируется дальнейшее сотрудничество

Четвертый этап – завершающий - отслеживающий. Если же поставленные задачи реализованы, специалисты расстаются с семьей, однако связь с ней поддерживается через куратора.

Заключение

С момента появления «особого» ребенка его родители находятся в условиях постоянного напряжения, что нередко приводит к формированию феномена инвалидизации семьи и возникновению дополнительных сложностей социокультурной адаптации. При планировании программы сопровождения необходимо учитывать особенности семьи ребенка, ее воспитательный потенциал. Процесс психолого-педагогического сопровождения семьи с особым ребенком - это сложный многоуровневый динамический процесс, основанный на тесном мотивированном взаимодействии специалистов различных профилей и самой семьи.

В результате нашего исследования:

1. Проведенный анализ позволил выделить следующие особенности психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей с РАС:

- комплексный дифференцированный подход команды специалистов;
- коррекция межличностных взаимоотношений в семье;
- коррекция нарушенного психологического состояния родителей;
- обучение родителей коррекционным методам воспитания и обучения ребенка в семье;
- формирование психолого-педагогических знаний и умений, повышение воспитательной компетенции родителей;
- индивидуальное семейное консультирование (приемы саморегуляции, аутотренинги, релаксация, альфа тренинги).

2. Круг проблем, с которыми встречаются семьи детей с расстройствами аутистического спектра, разнообразен: изоляция ребенка, которая затрудняет его полноценную социализацию и адаптацию в общество; травмирующее действие микросреды; неприятие ребенка в среде здоровых детей; дефицит общения с окружающими; неуверенность в собственных возможностях; незнание закономерностей физического и психического

развития, а также психологических особенностей детей; незнание специальных приемов коррекционно-развивающей работы с детьми; недостаточность реабилитационных мероприятий и психолого-педагогического сопровождения семьи на ранних этапах жизни.

3. Так же, в последние годы наметилась тенденция улучшения поддержки семей с детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями. Этому способствовал ряд обстоятельств, в частности, укрепление и расширение законодательной и нормативно-правовой базы социальной поддержки семей с детьми-инвалидами (прежде всего на региональном уровне), определенная трансформация массового сознания россиян.

4. Обзор существующих отечественных практик по психолого-педагогическому сопровождению семей выявил наличие общих социально-педагогических подходов к реализации, на основании чего произведена типологизация форматов.

5. С учетом типологизации и выявленных подходов разработана базовая модель психолого-педагогическому сопровождению и определены условия ее реализации.

6. Таким образом, гипотеза нашего исследования подтвердилась. Материалы работы могут быть использованы для реализации модели на базе общественных организаций.

Библиографический список

1. Акимова М.К., Козлова В.Т. Вопросы психологии. 1988. - №7. Учет психологических особенностей учащихся в процессе обучения. Аутизм и нарушения развития. № 2 (33). 2011 19
2. Блохина Л.В., Калинина С.В., Морозова Н.И., Самарина Л.В., Сивухина Т.И., Торопова И.И. М Служба раннего вмешательства: методические рекомендации для практической работы с детьми в службе ранней помощи /.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007.
3. Быкова О. Е. Специфика разработки индивидуальных программ реабилитации для детей-инвалидов:.,2006 г.
4. Василькава Ю.В., Василькова Т.А Социальная педагогика.: М., 2000.
5. Вервекина Ю.Г. Родительский клуб “Мы вместе”. Ростов-на-Дону, <http://test.eurekanet.ru/ewww2007/info/1300.html>.
6. Вроно Е.М. Несчастливые дети — трудные родители: наблюдения детского психиатра. — М., 1997.
7. Государственный доклад 1997 г. «О положении детей в Российской Федерации».
8. Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов.—М., 2002.
9. Дементьева Н. Ф., Багаева Г. Н., Исаева Т. А. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями», Институт социальной работы,; М., 2005 г.
10. Дрожжина Е.С. Сопровождение профессиональной карьеры лиц с ограниченными возможностями здоровья. — М., 2008.
11. Евдокимова Е.С., Додокина Н.В., Кудрявцева Е.А. Детский сад и семья. М., 2008.

12. Егорова Т. В., Родькина Е. В. Социально-педагогическая поддержка семьи ребенка с ограниченными возможностями / // Вестник психосоц. и коррекц.-реабилитац. работы. – 2005. - № 3.
13. Если в семье ребенок-инвалид: Ст., очерки, лит.-худож. произведения / сост. С. А. Горбунова. – Калининград : Кн. изд-во, 2003.
14. Жаклин Мак-Кендлесс. Дети, у которых голодает мозг.
15. Завражин С. А. Л. К. Фортова. Адаптация детей с ограниченными возможностями /,- М., 2005.
16. Завражин С. А., Фортова Л. К. Социально-педагогическая работа с семьями, имеющими детей с отклонениями в развитии / – М., 2005.
17. Закон “Об образовании” от 10.07.1992.№3266-1.
18. Керре Н.О. О специфике семей, имеющих детей с аутизмом
19. Кибер Ленинка: Особенности психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей с расстройством аутистического спектра.
20. Комплексная помощь семьям с детьми // Журнал: Социальная работа, Пивоварова Н. № 3, 2005
21. Комплексные методики активизации социальной работы с семьей: Научно-методическое пособие / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2001.
22. Кузнецова Л.П. Основные технологии социальной работы. - Владивосток: Изд-во ДВГТУ,- 2007.
23. Кулагина И.Ю. Возрастная психология. М., 1997.
24. Лапаева Н.В. Программа-проект “Семья”. М., “Первое сентября”, 2003-2010.
25. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. — М., 2008.
26. Леонгард Э.И. Нормализация условий воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями/ Э.И. Леонгард, Е.Г. Самсонова, Е.А. Иванова.- М., 2011.

27. Любезнова Е. В. Семья как развивающая среда для ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития.– 2006. - № 1.
28. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг общения с ребенком (период раннего детства). – СПб.: Издательство “Речь”, 2005.
29. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых. – М., 2000.
30. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы детства. М., 2004.
31. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для вузов /; под ред. В. И. Селиверстова. – М. : Владос, 2004.
32. Мелентьева Е.В. Авторская программа родительского клуба-лектория “Уроки психологии”. М., “Первое сентября”, 2010.
33. Методика и технологии работы социального педагога / Под ред. М. А. Галагузовой, Л.В.Мардахаева. — М., 2002.
34. Минияров В. М. Психология семейного воспитания (диагностико-коррекционный аспект). — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. (Серия «Библиотека школьного психолога»).
35. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб., 1999.
36. Набойченко Е. С., Блохина С. И. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Е. С. Набойченко, С.И. Блохина. - Екатеринбург: Бонум, 2004.
37. Нет «необучаемых» детей! Книга о раннем вмешательстве / Под ред. к.б.н. Е.В. Кожевниковой, Е.В. Ключковой. СПб.: КАРО, 2007.
38. Никулина В. Д. Рекомендации по психокоррекционной работе с семьями, воспитывающими проблемного ребенка // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития./– 2002. - № 4
39. Носова Е.А., Швецова Т.Ю. Семья и детский сад: педагогическое образование родителей. СПб, 2009.

40. Олиференко Л.Я., Шульга Т. И., Дементьева И. Ф Социально-педагогическая поддержка детей группы риска..— М., 2002.
41. Олифирович Н.И, Зинкевич Куземкина Т.А, Велента Т.А.Психология семейных кризисов. М.: Речь, 2006.
42. Основы социальной работы» / под ред Е.В. Ханжина – М: академия, 2007
43. Отечественный журнал социальной работы. М., 2004. №3.
44. Плисенко Н. В. Специальное домашнее сопровождение семьи как объект исследования. В кн.:Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве. СПб, 2011.
45. Проблемы семьи и детства в современной России: Материалы научно-практической конференции: Ульяновск, декабрь 1991 г., ч. 2. — М., 2002 г
46. Психосоциальная работа с семьями и несовершеннолетними детьми на стадии раннего семейного неблагополучия, Научно-методическое пособие / Под редакцией Н.А. Цветковой. - Псков: ПОИПКРО, 2005.
47. Пузин С. Н., Дементьева Н. Ф Социально-медицинская реабилитация детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.. – М.,2002г.
48. Развитие социальной уверенности у дошкольников. М., 2002.
49. Разенкова Ю.А. Служба ранней помощи как форма оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи семьям с проблемными детьми младенческого и раннего возрастов. // Дефектология реабилитирующей работы, 2000. № 4.
50. Ребенок с ограниченными возможностями : книга для родителей. – М.: Педагогика-Пресс, Маллер А. Р. – 2005
51. Самарина Л. В. Служба раннего вмешательства: новая форма оказания помощи и поддержки детям раннего возраста и их семьям // Дефектология.– 2005. – № 1.

52. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И.Селиверстова. — М.:Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003.

53. Сидоров В. Н. Деятельность социального работника: роли, функции и умения.— М.: СТИ МГУС, 2000.

54. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Психология и педагогика безопасного образования.// Слободчиков В.И. Очерки психологии образования. – Биробиджан, 2005.

55. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е. И.Холостовой. - М., 2003

56. Современные подходы к профессиональной подготовке детей с ограниченными возможностями. Учебно-методическое пособие. / Под редакцией Н.А. Цветковой – Псков: ПГПУ, 2005.

57. Соколова М.Б. Ситуация людей с тяжелыми формами интеллектуальной и психофизической недостаточности в Российской Федерации // За равные возможности людей с тяжелыми нарушениями развития для достойной жизни в обществе. Материалы международной научно-практической конференции. Псков, 2007.

58. Социальная работа: теория и практика: Учеб. Пособие / Отв. ред. Д.и.н., проф. Е.И. Холостова, д.и.н., проф. А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА-М,

59. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов. – М.: Редакционно-издательский центр Консорциума «Социальной здоровье России», ТЕИС, 2003.

60. Социальные технологии: теория и практика / Межвузовая научно-практическая конференция 13,14 июня 2003 г.: Тез. доклад / отв. ред. К.М. Оганян, С.С. Бразевич, С.Н. Войцеховский. – СПб.: СПб ГИ ЭУ, 2003.

61. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства./ Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Емец М.М., Самарина Л.В. – Санкт-Петербург, 2012»

62. Старобина Е. М., Каменков К. А., Щebetaxa B. Я. Специфика формирования индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003.

63. Стожарова М. Ю. Формирование психологического здоровья дошкольников. Ростов-на-Дону. 2007. – 208 с.

64. Стреблева Е. А., Закрепина А. В. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / // Дефектология. – 2005. – № 1.

65. Теория социальной работы: учеб. пособие для студ. Высш. учеб. заведений. Фирсов М. В., Студенова Е. Г. : М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000.

66. Технология социальной работы: Учебник под общ. ред. проф. Е. И. Холостовой.- М.: ИНФРА-М, 2001.

67. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии: // Дефектология. 2005. №1

68. Ткачёва В. В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачёва. М.: АСТ, 2007.

69. Токарева Ю. А. Психологическое сопровождение семьи при реабилитации: Учебное пособие. – Екатеринбург: УрГИ, 2007.

70. Учебное пособие «Проблемы людей с ограниченными возможностями в зеркале прессы» Капацкая В. М., Федулina С. Б. Веко Л. В., Боброва А. В. Чикишев В. Н., Чикишева М. Ю.

71. ФЗ РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г. № 181 Принят Государственной Думой 20 июля 1995 г.

72. Фопель К. Психологические группы. Рабочие материалы для ведущих: практическое пособие. – М., 1999.

73. Формы организации коррекционно-пед. работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с

нарушениями психофизического развития (методические рекомендации) // Дефектология. – Мишина Г. А. – 2001. – № 1.

74. Холостова Е. И. Социальная работа: Учебное пособие.- 3-е изд.- М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2006.

75. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитации: Учеб. пособие. – 3-е изд. - М., 2004.

76. Царёв А.М. Предложения для оказания медико-социальной и психолого-педагогической помощи лицам с тяжелыми и множественными нарушениями развития от рождения до зрелого возраста в г. Пскове // За социальные проекты. Информационный выпуск № 2. Псков, 2006.

77. Цыганова Е. С., Букарев М. А. Технологии социальной работы с семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями:., 2007г.

78. Черникова Т. В. Социально-психологическая поддержка семей с детьми-инвалидами на разных этапах переживания случившегося / Т. В. Черникова // Вестник психосоциальной и коррекционно-

79. Чиркина Г. В. Роль семьи в коррекции врожденных нарушений развития у детей // Альманах Института Коррекционной Педагогики РАО, 2004. № 8.

80. Шипицина Л.М., Хилько А.А., Галлямова Ю.С., Демьян-чук Р.В., Яковлева Н.Н. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / Под науч. ред. проф. Л.М. Шипициной. СПб.: Речь, 2003.

81. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений / Л. Б. Шнейдер. М.: Айрис-пресс, 2000.

82. Этапы облуживания ребенка и семьи в Службе ранней помощи / Е. П. Микишина, И. А. Валькова // Дефектология. – 2003. – № 5.

Цели работы

Работа направлена на обучение родителей построению системы взаимодействия и проживания с ребенком, позволяющей обеспечить интегративную адаптацию его в социум. **Способы работы сгруппированы в четыре блока**, так как обучение целесообразно проводить по четырем направлениям:

Когнитивно-информационный блок

Часть сложностей при воспитании снимается, если участники воспитательного процесса (родители, психологи, педагоги) будут владеть информацией достаточно полной, объективной, позволяющей принимать решения относительно разного рода жизненно-значимых ситуаций, в частности, информацией о физических, психосоматических и психологических особенностях ребенка с тем или иным заболеванием, о формах проявления симптома и его динамике. Родители должны сформировать правильное реалистичное представление о внутренней картине здоровья ребенка. В плане обучения более эффективным будет обучение родителей следующим технологиям:

- самостоятельного поиска информации;
- самостоятельного принятия решения.

Целесообразно направить усилия специалистов на формирование необходимой для этого мотивации. В процессе обучения дается «разрешение» (Э. Берн) на избавление от рентных инфантильных установок («Никто, кроме Вас, не сможет принять правильное решение. Это можете сделать только Вы»).

Мотивационно-смысловой блок

Полноценная жизнь с ребенком, «который не такой, как все», возможна в том случае, если родители смогли обрести для себя в этой ситуации определенный смысл. Один из путей для достижения этой цели может быть следующим: родители принимают парадоксальную, с точки зрения обывателя или стороннего наблюдателя, идею, что больной ребенок является не обузой, а источником духовного развития.

Эмоционально-энергетический блок (работа с чувствами, переживаниями)

Предполагается работа по осознанию и отреагированию негативных эмоций, деструктивных переживаний самих участников воспитательного процесса, возникающих в форме эмоциональных блоков, защит и проекций как реакций на общение с больным ребенком. Общеизвестно, что при так называемой симбиотической связи «мать-дитя», когда они образуют как бы эмоционально сообщающиеся сосуды, невротизация матери является причиной возрастающей невротизации ребенка. При рождении больного ребенка создаются предпосылки для возникновения у родителей хронического стресса. Варианты эмоционального отреагирования могут быть в диапазоне от полного самоотречения, отхода от других людей, принятия позиции «жертвы», до отвержения ребенка, непоследовательности в общении и полной апатии. Типичная динамика эмоциональных реакций на диагноз, сообщенный врачами, – злость, отчаяние, оцепенение, безразличие, сплошное горе. Психологическая помощь родителям должна быть направлена на смену установок с негативной на позитивную. Родители вместе с психологами находят источники силы для сохранения духовного и эмоционального равновесия.

Операционный блок

Назначение этого блока – сконцентрировать внимание участников воспитательного процесса на обучении образцам позитивного отношения к больному ребенку по типу взаимного сотрудничества, обратить к способам побуждения ребенка к активности и самостоятельным действиям, формировать адекватную родительскую и педагогическую ролевую модель.

Таблица 1. *Последовательность действий команды специалистов при построении процесса помощи семье*

Этапы	Действия семьи и специалистов	Участвующее специалисты	Документация службы
I. диагностический	Обращение семьи. Запись ребенка и родителей на первичный прием.	Социальный педагог	Журнал регистрации обращений
	Первичный прием	2 специалиста (врач, психолог / педагог)	<ul style="list-style-type: none"> · Бланк первичного приема, · анкета, · заявление родителей · Протоколы решений
	Анализ итогов первичного приема, Назначение	Все специалисты	

	куратора семьи Формирование команды для дальнейшей работы с семьей		
II. Этап планирован ия	Вторичный прием: • обсуждение плана дальнейшего сотрудничеств а с семьей; • экспертная оценка запросов семьи	Группа специалисто в	Бланки дифференциал ьной диагностики;
Этап Оказания помощи	Реализация психолого- педагогическо го сопровождени я	Куратор семьи	Рекомендации по итогам
Отслежива ющий этап	Оценка эффективност и	Группа специалисто в	Пакет сопровождаю щих документов

Содержание деятельности по оказанию услуги

Последовательное и подробное описание этапов:

	Название этапа	Цель этапа	Продолжительность	Основные мероприятия
1	Выявление семей, нуждающихся в получении услуги	Получение достоверной информации о количестве детей,	1-2 месяца	<p>– налаживание межведомственного взаимодействия с учреждениями социальной защиты, образования и здравоохранения и распространение там информации об услуге для того, чтобы семьи могли самостоятельно обратиться за ее получением</p> <p>– информирование населения через СМИ и местные негосударственные организации</p> <p>– «картирование» - составление карты микрорайона с отметками мест, где живут семьи, нуждающиеся в услуге</p>
2	Информационный	Информирование семей об услуге и	1 месяц	Информирование семей об услуге, ее специфике, условиях ее предоставления (первый

		вовлечение в получение услуги		контакт с семьями может состояться на общей встрече в реабилитационном центре, по телефону, на первом домашнем визите и т.д.)
3	Организационный	Организация деятельности и реабилитационных работников	2-3 недели	– заключение с семьями договоров на получение услуги – закрепление реабилитационных работников за конкретными семьями – определение графика посещений
4	Проведение оценки	Оценка потребностей ребенка, семьи, определение характера и объема помощи	2-4 недели	Проведение 2-3 визитов в семью, во время которых реабилитационный работник проводит оценку функционирования
5	Планирование программы обучения	Составление и реализация программы обучения ребенка и членов его	1-2 недели	Проведение 1-2 визитов в семью, во время которых семейный тренер и реабилитационный работник достигают согласия относительно первоначальных

		семьи		задач, определяют способы и необходимые средства
6	Реализация программы обучения	Обучение новым навыкам, поддержка семейного тренера	3 месяца	Регулярные визиты реабилитационного работника в семью (1 раз в неделю), во время которых с семейным тренером обсуждаются успехи, трудности, пути дальнейшего обучения.
7	Промежуточная оценка результатов программы	Оценка эффективности реализуемой программы	1 неделя	На одном из визитов реабилитационный работник с семейным тренером проводят оценку полученных результатов в сравнении с ожидаемыми результатами.
8	Корректировка или развитие программы обучения	Составление и реализация программы обучения ребенка и членов его семьи	1 неделя	Проведение визита в семью, во время которых семейный тренер и реабилитационный работник достигают согласия относительно последующих задач, определяют способы обучения и необходимые средства
9	Сопровождение семьи в их деятельности по обучению ребенка новым навыкам	Поддержка семейного тренера, обучение новым навыкам	от 3 месяцев до 1-2 лет в зависимости от потребностей семьи	Цикличное повторение этапов 6, 7, 8. С течением времени и возрастающими способностями семьи самостоятельно визиты становятся реже до 1 раза в месяц.

10	Завершающий	Завершение сопровождения семьи	1 месяц	Обсуждение с семейным тренером потребностей ребенка и семьи в видах поддержки, определение возможностей и путей ее получения, закрытие случая.
----	-------------	--------------------------------	---------	--

Оценка эффективности деятельности по оказанию услуги

Критерии оценки эффективности услуги	Способы оценки эффективности	Инструменты оценки эффективности
Для выявления детей целевой группы разработана и работает «Система выявления».	Анализ программы.	<p>Оценочная форма, которая содержит следующие вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - имеется ли список учреждений, с которыми ведется сотрудничество в целях выявления целевой группы - имеется ли план регулярных и разовых мероприятий - имеются ли информационные материалы об услуге для населения, для специалистов из других учреждений и ведомств, для членов семей ребенка, как потребителей услуги
Ведется учет семей, нуждающихся в услуге.	Изучение системы учета и контроля	Оценочная форма, которая содержит

<p>Время ожидания услуги (нахождения в листе ожидания) не превышает 1 месяц.</p>	<p>времени ожидания.</p>	<p>следующие вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - имеется ли лист ожидания - частота его обновления - среднее время ожидания до начала оказания услуги
<p>Организована и скоординирована «Система совершения домашних визитов»</p>	<p>Изучение «Системы совершения домашних визитов».</p>	<p>Оценочная форма, которая содержит следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Имеется ли график совершения домашних визитов с указанием ФИО, даты, времени визита, ФИО реабилитационного работника? 2. График еженедельно обсуждается на совещании всеми специалистами, участвующими в организации услуги? 3. Имеется ли еженедельно обновляемый график на видном месте.

<p>Все семьи, получающий услугу, имеют письменно закрепленного реабилитационного работника, который курирует все мероприятия для семьи.</p>	<p>Знакомство с личными папками детей.</p> <p>Подсчет процента семей, имеющих закрепленного реабилитационного работника, по отношению ко всем, семьям, получающим данную услугу.</p>	<p>Оценочная форма, в которой регистрируется факт наличия или отсутствия закрепленного реабилитационного работника и вычисляется процент.</p>
<p>Для всех семей в срок до 1 месяца от начала домашних визитов проведена оценка функционирования.</p>	<p>Изучение личных папок детей.</p>	<p>Оценочная форма, которая содержит следующие вопросы:</p> <p>- процент семей, у которых имеется дополненное описание функционирования</p>
<p>Для всех семей в срок до 7 дней после окончания оценки составлена программа обучения, включающая все необходимые разделы.</p>	<p>Изучение личных папок детей.</p> <p>Подсчет процента семей, для которых программа обучения составлена в течение 7 дней после окончания проведения оценки, по отношению к общему</p>	<p>Оценочная форма, в которой регистрируется факт наличия или отсутствия программы и вычисляется процент.</p>

	числу семей, получающих услугу.	
<p>Реализация программ обучения осуществляется на основе домашних визитов, совершаемых реабилитационными работниками не реже 1 раза в неделю на начальных этапах и не реже 1 раза в месяц на последующих этапах.</p>	<p>Изучение «Листов регистрации домашних визитов» (Форма 3), сводных таблиц учета домашних визитов.</p>	<p>Анализ информации, полученной на основе изучения документации.</p>
<p>Для каждой семьи каждые 3 месяца проводится оценка эффективности программы обучения с привлечением членов семьи.</p>	<p>Изучение программ обучения.</p> <p>Подсчет процента семей, для которых была своевременно проведена коррективная программы.</p>	<p>Оценочная форма, в которой регистрируется факт коррективной программы и наличия подписи семейного тренера и вычисляется процент.</p>
<p>Количество семей, у которых в результате обучения появился новый навык.</p>	<p>Изучение сводных отчетов руководителя услуги, который 1 раз в месяц производит подсчет семей (на основе отчетов реабилитационных</p>	<p>Сводная таблица.</p>

	работников).	
Удовлетворенность семей качеством оказываемой услуги.	Изучение мнения родителей и других членов семей об услуге и необходимости внесения изменений.	Проведение родительских фокус-групп, опросников, интервью.
Эмоциональное состояние реабилитационных работников, включенных в оказание услуги, их удовлетворенность своей работой.	Изучение мнения реабилитационных работников, оценка эмоционального состояния.	Профессиональная супервизия, групповой разбор случая, наблюдение руководителя.