



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА



УЧРЕЖДЕНИЕ «SDU UNIVERSITY»

**Урузбаева Г.Т., Мухамбетова К.А.,
Кожажельдиева Л.Х., Кошербаева Л.К.**

**ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ С
РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО
СПЕКТРА
методические рекомендации**

Каскелен, 2024

УДК 376
ББК 74.3
М54

Рецензенты:

Есилев А.Б. – доктор PhD по социальной работе, участник Группы управления проектами Республиканского учебно-методического совета Учебно-методического объединения по направлению подготовки кадров «Социальная работа».

Мамытканов Д.К. – к.с.н., старший преподаватель кафедры социологии и социальной работы, факультет философии и политологии, Казахский национальный Университет имени Аль-Фараби.

Авторы:

Урузбаева Г.Т. – кандидат педагогических наук, доцент кафедры социологии Евразийского Национального Университета им. Гумилева.

Мухамбетова К.А. – кандидат социологических наук, заведующая кафедрой социологии Евразийского Национального Университета им. Гумилева.

Кожагельдиева Л.Х. – магистр общественного здравоохранения.

Кошербаева Л.К. – профессор, PhD по специальности «Общественное здравоохранение».

«Социальная работа с семьями детей с расстройствами аутистического спектра». Учебно-методические рекомендации. - Каскелен, Учреждение «SDU University», 2024- 149 с.

Эффективное оказание социальной помощи семьям детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) требует скоординированной работы различных ведомств и организаций. В данных методических рекомендациях обобщён опыт работы по сопровождению семей, воспитывающих детей с РАС. Они предназначены для социальных работников, оказывающих помощь на уровне первичной медико-социальной помощи, а также будут полезны родителям детей с РАС. Рекомендации включают в себя методы и практики, направленные на формирование осведомлённости о доступных ресурсах, содействие в решении проблем адаптации и интеграции, а также поддержку семьи в процессе воспитания и развития ребёнка с РАС. Эти рекомендации являются важным инструментом для специалистов и родителей, стремящихся обеспечить полноценную жизнедеятельность детей с РАС и их успешную интеграцию в общество.

Рекомендовано к изданию Ученым Советом Учреждения «SDU University» (протокол №14 от 27 мая 2024 г.)

Данное исследование финансируется Комитетом науки Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан в рамках проекта: BR18574199 «Интеграция детей с расстройством аутистического спектра в социально образовательную среду на основе всесторонней поддержки: вызовы и преимущества».

ISBN 978-601-7647-35-3

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
1. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	9
2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ТРАДИЦИОННЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	22
2.1. Определение основных понятий и принципов социальной работы с семьями детей с расстройствами аутистического спектра	22
2.2. Технология социальной диагностики в работе с семьями детей с расстройствами аутистического спектра	27
2.3. Технология социальной абилитации и реабилитации в работе с семьями детей с расстройствами аутистического спектра	32
2.4. Технология социальной адаптации в работе с семьями детей с расстройствами аутистического спектра	35
2.5. Технология социального сопровождения семей детей с расстройствами аутистического спектра: кейс-менеджмент	39
3. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ,	

ВОСПИТЫВАЮЩИМИ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	79
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	84
ПРИЛОЖЕНИЯ	87
Приложение 1. Кейс «Записки ошалелой матери»: случай из материала блога	87
Приложение 2. Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детстве	91
Приложение 3. Картирование ресурсов сообществ, оказывающих услуги семьям с детьми с расстройствами аутистического спектра	103
Приложение 4. План свободного интервью с семьей, имеющих детей с расстройствами аутистического спектра	106
Приложение 5. Карточки профессии «Социальный работник по уходу в области здравоохранения»	110

ВВЕДЕНИЕ

Детская инвалидность является не только важнейшей медицинской, но и социальной проблемой, значимость которой прослеживается в целом в картине ежегодного роста количественного показателя детей с особыми потребностями и ограниченными возможностями. Согласно данным Бюро Национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан на 2022 год общее число зарегистрированных детей с особыми потребностями составляет 104 260, число впервые признанных детьми-инвалидами в течение года составило 14 387 [24].

Увеличение распространённости детской инвалидности обусловлено многими причинами, а именно: ухудшением экологической обстановки, низким уровнем здоровья родителей, особенно матерей, неправильным образом жизни, вредными условиями работы родителей, а также недостатками организации медико-социального обслуживания.

Согласно «Правилам проведения медико-социальной экспертизы Республики Казахстан» лицом с инвалидностью является лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими потребность в социальной защите. Ребенок с инвалидностью - лицо в возрасте до восемнадцати лет, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, увечьями (ранениями, травмами, контузиями), их последствиями, дефектами, которые приводят к ограничению жизнедеятельности и необходимости в оказании социальной защиты [22].

Дети с расстройством аутистического спектра (РАС) относятся к одной из многочисленных групп детей с ограниченными возможностями. В настоящее время уже не оставляет сомнения тот факт, что детей с РАС становится все больше (что подтверждается растущей с каждым годом статистикой). Согласно данным Республиканской психолого-медико-педагогической консультации в 2022 году РАС диагностирован у 12 087 детей в Казахстане. Среди них с аутизмом раннего возраста – 1052 ребёнка, детей от 3 до 5 лет – 4331, а от 6 до 18 лет – 6704, согласно статистическим данным психолого-медико-педагогической консультации. Для сравнения, в 2020 году РАС был выявлен лишь у 6771 детей [25]. Международная классификация болезней МКБ-10 классифицирует аутизм как детский аутизм (F84.0); атипичный аутизм (F84.1); синдром Ретта (F84.2); синдром Аспергера (аутистическая психопатия) (F84.5) и другие [8].

Удовлетворение потребностей ребёнка с РАС в обучении, развитии, воспитании и социализации зависит от его социального окружения. Семейная среда в данном случае играет ключевую роль у детей с инвалидностью, особенно тех, кто сталкивается с РАС. Научные исследования подчеркивают, что родители, заботящиеся о детях с РАС, сталкиваются с более высоким уровнем стресса по сравнению с семьями, воспитывающими детей с другими расстройствами развития. В случае ребенка с тяжелыми психическими отклонениями воспитание становится источником постоянной фрустрации, что может привести к развитию стресса. Сложность ситуации усугубляется тем, что один из родителей, в связи с диагнозом ребенка, не всегда имеет возможности заниматься трудовой деятельностью, что может привести к финансовым трудностям в обеспечении необходимого лечения, реабилитации и ухода. Поэтому основными

потребностями семей, воспитывающих ребёнка с РАС, являются медицинское и социальное обслуживание и сопровождение.

Эффективное оказание социальной помощи семьям детей с РАС требует организации согласованной работы различных ведомств, поскольку социальное сопровождение направлено на снижение трудностей ребенка во всех сферах социального взаимодействия. Одной из таких сфер является оказание комплексной помощи семье по восприятию собственного ребенка таким, какой он есть, формирование осведомленности о ресурсах сообщества для удовлетворения образовательных и социальных потребностей, содействие в решении проблем адаптации и интеграции в общество. Особую актуальность применения технологии социального сопровождения семей обеспечивает плановое, длительное решение вопросов семьи, воспитывающей ребенка с РАС, с учётом его индивидуальных потребностей [11, с.88].

Таким образом, эффективное социальное сопровождение семьи, где растёт ребенок с РАС, становится неотъемлемым компонентом для его успешной интеграции в общество. Эти аспекты являются ключевыми факторами для обеспечения полноценной жизнедеятельности ребенка и его семьи в процессе взросления, а также в процессе освоения различных социальных областей.

В данных методических рекомендациях представлены результаты обобщения опыта сопровождения семей, в которых растут дети с РАС. Рекомендации предназначены для социальных работников, оказывающих помощь на уровне первичной медико-социальной помощи (ПМСП), а также будут полезны родителям детей с РАС.

1. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Активно развиваются исследования теории и технологии социальной работы с лицами с инвалидностью, среди которых ведущее место отводится публикациям В.И. Альперович, Н.И. Вшанова, Л.К. Грачева, В.В. Колкова, А.С. Сорвиной, Е.А. Сигиды, Н.П. Шукиной и др.

В методологическом плане важными являются труды по проблемам социальной помощи лицам с инвалидностью как социально-уязвимой категории населения таких учёных, как С.А. Беличева, В.Г. Бочарова, Л.Г. Гусякова.

Теоретико-методологическая база исследования проблем социальной работы с родителями детей с РАС изложена в трудах таких ученых как: Е.Р. Баенская, К. Гилберг, М.М. Либлинг, Б.Д. Карвасарский, С.А. Морозов, С.С. Морозова, О.С. Никольская, Т. Питерс, Л. Каннер и др.

Критерии диагностики аутизма представлены в работах Л. Каннер, М. Раттер и Л. Винг и отражены во многих международных документах, которые отражают понимание РАС как группы психических заболеваний, характеризующихся искажением процесса развития и дефицита коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями [2].

Диагностический статистический справочник (ДСС) Американской ассоциации психиатров (ААП), Международная классификация болезней (МКБ) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) 2013 года описывают следующие четкие и надежные критерии диагностики РАС, а Американская Психиатрическая Ассоциация (American

Psychiatric Association) к расстройству аутистического спектра относит:

- аутизм (синдром Каннера);
- детское дезинтегративное расстройство;
- неспецифическое первазивное нарушение развития;
- синдром Аспергера [8,2].

В DSM-5 приведены Критерии диагностики состоят из трех частей. Во-первых, устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии, проявляющиеся сейчас или в прошлом; во-вторых, ограниченность или повторяемость структуры поведения, интересов или деятельности; в-третьих, степень нарушений социального взаимодействия и ограниченных, повторяющихся моделей поведения. Международная классификация болезней в 10-м пересмотре включила аутизм в класс «Психические расстройства и расстройства поведения», блок «Расстройства психологического развития» (см. рисунок 1) [8].

С учетом разнообразия подходов к оценке детей с диагнозом «Расстройство аутистического спектра (РАС)», основными инструментами в этой области могут быть нейропсихологические, психолингвистические, поведенческие и психоаналитические методики, охватывающие детальную оценку всех сфер, что связано с всеобъемлющим характером данного расстройства.

Исходя из вышеуказанного, при разработке персонализированной коррекционно-образовательной программы у специалистов по социальной работе могут возникать трудности, связанные с отсутствием единого подхода к коррекции и обучению детей с РАС. В настоящее время, государство активно внедряет практику оказания помощи на основе комплексных многоуровневых программ абилитации и реабилитации, социализации и помощи в

решении различных проблем детей с РАС, их родителей и опекунов. По этой причине социальный работник является одним из связующих звеном между семьей и ресурсами сообщества.



Рисунок 1. Международная классификация болезней РАС

Таким образом, семья и социальный работник тесно связаны в контексте обеспечения поддержки и помощи детям с РАС и их семьям. Семья же, в свою очередь, является институтом, трансформирующимся, прогрессирующим под влиянием экономических, социальных, политических, культурных факторов. Именно способность к изменениям и определяет семью как одну из важных сфер социального воздействия и как главный объект социальной работы [18, с.124].

Современное состояние института семьи многие исследователи характеризуют термином «кризисное», связывая эту оценку с процессами изменения брачно-семейных отношений в сторону автономизации семьи, увеличением числа разводов, снижением рождаемости. При этом социальная структура быта остаётся одной из важных форм социализации, выступая в качестве среды, оптимизирующей адаптацию ребенка, тем более ребенка с особыми потребностями [14].

Н.Г. Корельская и В. Г.Гончарова предлагают следующее определение семьи с ребенком с инвалидностью: «это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой определяются не только личностными характеристиками всех ее членов и характером взаимоотношений между ними, но у большей занятостью решением проблем ребенка, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, частым отсутствием работы у матери, но главное - специфическим положением в семье ребенка с инвалидностью, которое обусловлено его болезнью» [10, 6].

Изменения в структуре семье и ее деформация могут быть вызваны не только внешними факторами, воздействующими на нее, но и возникать в связи с рождением ребенка с ограниченными возможностями. Е.А. Полоухина связывает эти изменения с повышением психологической нагрузки, воздействующей на членов семьи, более жесткой иерархичностью семейной организации, изменением отношений внутри родительской пары, ограниченностью микроокружения и снижением общего экономического статуса семьи.

Наличие ребенка с РАС влияет как на семейную и внесемейную структуру, так и на уровень стресса родителей и сиблингов: постоянная тревога за ребенка с РАС, чувство растерянности, подавленности,

безднадежности могут провоцировать ослабление семейных отношений, вплоть до распада семьи. Внимание родителей переключено на ребенка с РАС, при этом другим детям может уделяться меньше внимания, за счет чего может произойти спад успеваемости, уменьшение возможностей роста, развития и культурного досуга [12, с.143-148].

Выделяют четыре фазы развития данного стрессового состояния у родителей с диагнозом детей РАС (см. таблица 1).

Таблица 1. Родители ребенка с РАС: диагноз и четыре фазы тяжелого стрессового состояния

Фаза	Описание восприятия диагноза ребенка с РАС у родителей как тяжелого стрессового состояния
1	2
<p>Первая фаза: Шок</p>	<p>Состояние растерянности родителей, возникновением чувства собственной неполноценности, беспомощности, страха, агрессии и отрицания.</p> <p>Поиск «виновного» в наличии диагноза РАС.</p> <p>Переживание кризисной ситуации, сопряженной с эмоциональным и интеллектуальным стрессом.</p> <p>Изменение «картины мира», представлений о себе, супруге, «идеальной семье», перспективном будущем.</p> <p>Отрицание/ негативизм поставленного диагноза либо развитие неадекватно позитивного отношения к РАС.</p> <p>Формирование и проявление комплекса защитных реакций родителей, в зависимости от личностных особенностей.</p> <p>В частных случаях – проявление агрессии к новорожденному, критичное отношение к его непохожести на других детей.</p> <p>Формирование и проявление чувства вины у матери в связи с рождением ребенка с РАС.</p>

1	2
<p>Вторая фаза: Частичное осознание дефекта ребенка</p>	<p>Возникновение и проживание чувства хронической печали и скорби по желанному здоровому ребенку. Формирование чувства ответственности за ребенка, осознание масштабности собственных действий. Проявление чувства беспомощности в вопросах воспитания и ухода за ребенком с РАС, поиск ответов у специалистов.</p>
<p>Третья фаза: Развитие социально-психологической адаптации всех членов семьи</p>	<p>Появление чувства смирения с наличием инвалидности ребенка, с диагнозом РАС. Формирование принятия ситуации и изменение образа жизни семьи с учетом наличия в семье ребенка с РАС. Социально - психологическая адаптация всех членов семьи к изменившимся условиям жизни.</p>
<p>Четвертая фаза: Позитивный заряд</p>	<p>Фаза стабилизации семейной структуры. Принятие диагноза и ситуации, формирование позитивного отношения и реализация потенциала ребенка с РАС и остальных членов семьи. Четвертая фаза в семейных системах является одной из самых редко достижимых.</p>

Таким образом, в условиях семейного кризиса члены семьи проходят через определенные этапы, начиная с нарастания напряжения и заканчивая мобилизацией внутренних и внешних ресурсов. В случае, если предпринятые меры не приносят результатов, возникает дезорганизация личности родителей. Это сопровождается увеличением уровня тревоги, появлением депрессивных состояний и ощущением беспомощности и отчаяния. В результате одни из них пытаются избежать аутичного ребенка, а другие сокращают контакты с посторонними людьми до минимума.

При этом одни из них пытаются отдалиться от аутичного ребенка, а другие – до минимума сокращают контакты с посторонними. Однако часто, узнав о состоянии ребенка, близкие люди также испытывают психологический диссонанс. Некоторые из них стараются избегать встреч с родителями ребенка, опасаясь неудачного взаимодействия и боясь проявлять свои эмоции. В силу недостатка уверенности в том, как лучше оказать поддержку, они предпочитают молчать, делая вид, что не замечают трудности. Такое поведение только усугубляет тяжелое положение, с которым сталкиваются родители данного ребенка. В этом случае поддержка со стороны родственников, друзей и социальных работников играет ключевую роль [4, с.19].

Таким образом, ситуация приводит к постепенному сокращению круга родственников до полной изоляции. Родители стараются защитить себя и своего ребенка от подобных негативных проявлений, создавая различные барьеры, как на физическом, так и на психологическом уровне. Однако, такая изоляция семьи неблагоприятно влияет на развитие коммуникативных и социальных навыков у ребенка с РАС, что делает его менее приспособленным к общественной жизни и более зависимым от родителей.

Л.М. Шипициной выделен ряд закономерностей, характеризующих семьи, детей с РАС:

1. Повышенная нервно-психическая и физическая нагрузка, усталость, тревога, неуверенность в будущем ребенка с РАС, нарушение собственной временной перспективы, постоянное чувство напряжения;
2. Проявляющееся чувство раздражения, горечи и неудовлетворенности из-за несоответствия ожиданий от ребенка и его личностных проявлений и поведения,

частые психотравмирующие ситуации, связанные с физическим и психическим здоровьем ребенка;

3. Искажение внутрисемейных взаимоотношений в системах «супруги - родители», «супруги - дети», вызванных появлением ребенка с РАС и изменением/снижением статуса семьи. Тревога по поводу вопросов сохранения семьи: опасение, что пара супругов распадется;

4. Изменение в социальном окружении семьи, сужение круга общения из-за желания родителей скрыть факт нарушения развития у ребенка, появление новых социальных контактов с социальными институтами, взаимодействующими с ребенком с РАС;

5. Родители детей с РАС часто сталкиваются с непониманием общества, которое не ценит их усилия в воспитании и лечении [4, 17].

По Н.Г. Корельской семьям детей с РАС так же характерны следующие проявления (см. рисунок 2) [5]:



Рисунок 2. Особенности семей детей с РАС по Н.Г. Корельской

Сиблинги в семье могут оказаться в тени, не получая достаточного внимания. Кроме того, из-за страха перед повторением трагического опыта, родители ребенка с ограниченными возможностями откладывают свое решение о продолжении репродуктивной функции. Таким образом, в семье происходят изменения, затрагивающие психологическое, социальное и физическое благополучие (см. рисунок 3).

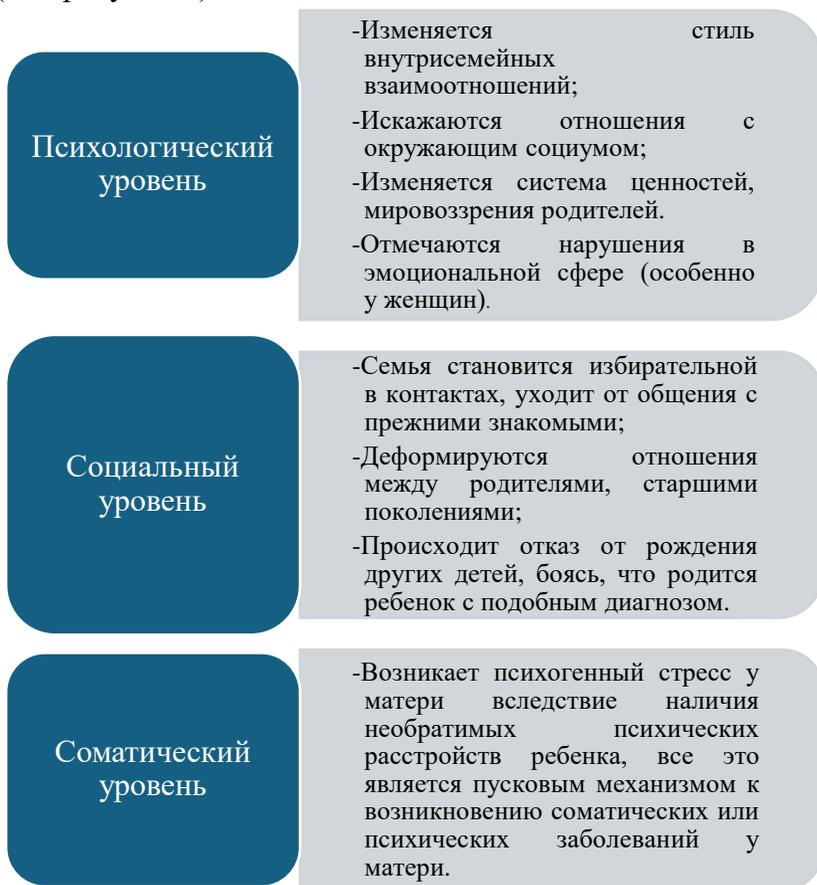


Рисунок 3. Уровни внутрисемейных отношений семьи с ребенком РАС

Существует несколько типов реакций на появление ребенка с ограниченными возможностями, причем конструктивные реакции встречаются значительно реже. Обычно конструктивный подход к инвалидности ребенка приходит к родителям лишь спустя продолжительный период негативных переживаний.

Ситуация «особенного» материнства продляет период внеуродовой деятельности для женщин, поскольку потребности ребенка с РАС требуют дополнительных временных затрат. Материальные затраты так же возрастают, поэтому ответственность за удовлетворение материальных потребностей ложиться на плечи отца. Стрессогенная ситуация ведет к нарушению сексуально-эротической функции семьи, отягощаясь боязнью повторения ситуации и рождения второго/последующего ребенка с РАС [6, с. 194].

Сложность установления контакта с детьми с РАС, проблемы ухода, организации обучения и досуга – нарушают и воспитательную функцию семьи, поскольку состояние ребенка с РАС может восприниматься как препятствие, мешающее удовлетворению потребности в родительстве.

И. Б. Карвасарская отмечает: «Аутизм ребенка можно воспринимать как «крест», как наказание, а можно как стимул к собственному развитию... Можно всю жизнь страдать, можно смириться и принять ситуацию как неизменную, можно не оставлять усилий. И этот выбор каждый родитель делает сам» [5].

Нами составлена схема «Типы семей по реакции родителей на появление ребенка с РАС» (см. рисунок 4).

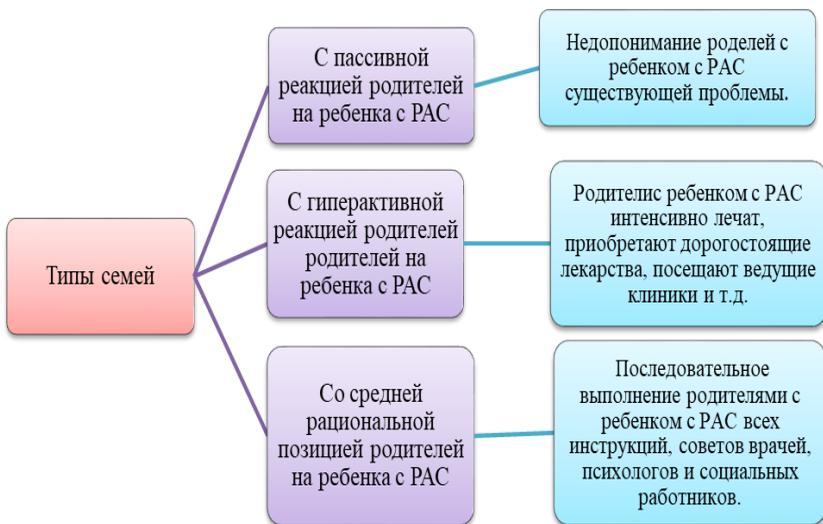


Рисунок 4. Типы семей по реакции родителей на появление ребенка с РАС

Исходя из рисунка 4, в которой описаны типы реакций семей на появления ребенка с особенностями здоровья и развития, социальный работник должен учитывать позиции всех типов семей и опираться на позиции третьего типа семьи, со средней рационализацией позиции родителей ребенка с РАС [6, с.116].

Семья представляет собой наименее ограничивающее и наиболее поддерживающее социальное окружение для ребенка. Однако наличие инвалидности у ребенка может привести к созданию более строгой обстановки в семье, необходимой для удовлетворения потребностей всех ее членов, более того в сочетании с другими факторами, может изменить самоопределение семьи, ограничивая возможности в области заработка, отдыха и социальной активности. Поддержка и понимание, предоставляемые

семьей, играют решающую роль в формировании полноценной жизни ребенка с РАС, способствуя его успешной интеграции в общество.

Таким образом, укрепление роли семьи и обеспечение ей необходимых ресурсов становятся приоритетными задачами для создания благоприятного и поддерживающего окружения для детей с ограниченными возможностями.

Таблица 2 позволит рассмотреть периоды жизни ребенка с РАС и трудности, с которыми сталкивается семья (по А.Р. Turnbull и Н.Р. Turnbull).

№	Периоды жизни ребенка с РАС	Психологические трудности семьи с РАС
1	2	3
1.	Рождение ребенка с РАС	Психологическое принятие/непринятие диагноза РАС, получение информации о сущности диагноза РАС, информирование других членов семьи и социума, изменение социальных отношений, изменение внутренней «картины мира» родителей.
2.	Дошкольный/ школьный возраст	Выбор траектории обучения, формы организации процесса учения и досуга. Решение вопросов социальных контактов с образовательными организациями, со сверстниками, организация взаимодействий с обществом.
3.	Подростковый возраст	Столкновение с пробуждающейся сексуальностью подростка, решение вопросов социальной изоляции, трудностей в обучении. Принятие хронической природы расстройства, планирование дальнейшего жизненного пути, занятости и социальных связей подростка с РАС.

1	2	3
4.	Окончание учебного заведения	Решение вопросов, связанных с проживанием повзрослевшего ребенка и его социализацией. Планирование и реализация планов по дальнейшему трудоустройству, переживание дефицита возможностей, связанного с особенностями развития. Проживание продолжающейся семейной ответственности и кризиса «идеального» семейного сценария молодого человека с РАС.
5.	Постродительский период	Изменение структуры отношений в системах «родитель-родитель», «родитель - повзрослевший ребенок», особенно в случае, когда ребенок успешно «выпущен» из семьи. Трансформация функций семьи. Изменение социальных контактов, искажение взаимоотношений с социумом, изменение взаимодействия со специалистами по месту проживания ребенка.

Таким образом, в случае рождения ребенка с РАС семья сталкивается с необходимостью решения проблем, не возникавших ранее и связанных с резкой сменой образа жизни семьи, изменением ее статуса. Организация социальной помощи в решении этих проблем должна быть/стать одним из приоритетных направлений социальной работы в Казахстане, поскольку затрагивает одну из наиболее уязвимых групп населения. Следует особо подчеркнуть, что данная работа должна быть комплексной и включать социальную, медицинскую, психолого-педагогическую реабилитацию, охватывая всю семью в целом.

2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ТРАДИЦИОННЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

2.1. Определение основных понятий и принципов социальной работы с семьями детей с расстройствами аутистического спектра

Важной частью деятельности социального работника является выбор действующих традиционных технологий и использование инновационных подходов в работе с семьями детей с РАС. Именно использование хорошо зарекомендовавших технологий и постоянное совершенствование методов социальной помощи позволяет сделать социальные услуги доступными для нуждающихся в них семей [3, с.16].

Рассмотрим классические определения, используемые для описания процесса социального взаимодействия и отраженные в нормативном документе «Социальный кодекс Республики Казахстан»:

1. *«Социальные технологии - система знаний об оптимальных способах преобразования и регулирования социальных отношений и процессов в жизнедеятельности людей, а также сама практика алгоритмического применения оптимальных способов преобразования и регулирования социальных отношений и процессов».*

2. *«Социальное сопровождение - комплекс мер, направленных на социальную адаптацию и интеграцию в общество людей, находящихся в трудной жизненной ситуации».*

3. *«Специальные социальные услуги – комплекс услуг, обеспечивающих лицу (семье) условия для преодоления оснований, объективно нарушающих жизнедеятельность*

человека и направленных на создание равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества».

4. *«Получатель специальных социальных услуг - лицо (семья), признанное нуждающимся в специальных социальных услугах».*

5. *«Субъекты, предоставляющие специальные социальные услуги, - физические и (или) юридические лица, занятые в государственном и негосударственном секторах по предоставлению специальных социальных услуг».*

6. *«Центры оказания специальных социальных услуг - организации, созданные по решению местных исполнительных органов и предоставляющие специальные социальные услуги лицам (семьям), нуждающимся в специальных социальных услугах, в условиях стационара, полустационара, временного пребывания и на дому» [23].*

В Республике Казахстан социальное сопровождение регулируется «Социальным кодексом Республики Казахстан» от 20 апреля 2023 года № 224-VIII. Согласно статье 133 вышеуказанного кодекса, социальное сопровождение предоставляется лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в том числе лицам с инвалидностью, лицам, освободившимся из мест лишения свободы и находящимся на учете в службах пробации, жертвам торговли людьми и бытового насилия.

Социальное сопровождение имеет мультидисциплинарный характер и включает в себя следующие направления (см. рисунок 5):



Рисунок 5. Направления социальной работы с семьями

Все эти направления представляют собой социальную работу с семьей, воспитывающей ребёнка с инвалидностью, как целую систему, выступая ее структурными элементами.

Направленность и структуру технологий социальной работы можно проследить на рисунок 6.

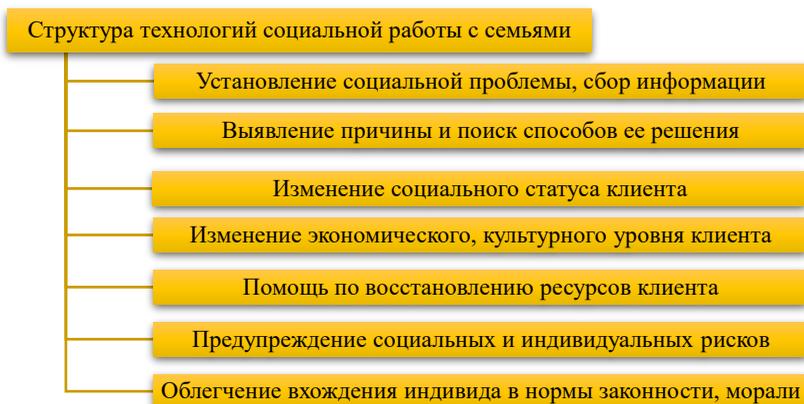


Рисунок 6. Структура технологий социальной работы с семьями

Отказ от медицинской модели социальной работы и оказания только медико-социальной помощи в настоящем времени предполагает учет социальных и психологических факторов, вызывающих негативные последствия [1, с. 305]. Технологии, представленные на схеме №6, нацелены на комплексный подход к ребенку, учитывая его индивидуальные потребности, интересы, ценности и мотивации. Они способствуют созданию условий, которые помогают мобилизовать внутренний потенциал личности для преодоления трудностей.

Основа для внедрения технологий социальной работы заключается в учете принципов, которые отражают важные закономерности и характеристики социальной работы, как явления общественного значения (см. таблицу 3) [15, с.63].

Таблица 3. Принципы социальной работы

№	Название принципа	Характеристика принципа
1	2	3
1	Принцип интеграции	<p>Цель: повышение адаптированности семьи к изменениям во внешней среде.</p> <p>Реализация: включение семьи ребенка с РАС в социальные процессы, сообщества, расширение социальных контактов и взаимодействий.</p> <p>Вид сопровождения: работа с группой для коррекции повседневных практик, применения новых способов контакта с миром, развитие коммуникативной активности.</p> <p>Итог: семья ребенка с РАС - полноправный член социума с высоким уровнем ее правовой и социальной защищенности.</p>

1	2	3
2	<p>Принцип охраны социальных прав семьи, воспитывающей ребёнка с РАС</p>	<p>Цель: противодействие любым попыткам извне нарушить важнейшие права семьи, снизить ее правовой статус (право на жизнь, охрану здоровья, образование и жилище).</p> <p>Реализация: каждой семье предоставляется индивидуальный комплект выплат и льгот, а длительность получения социальных благ зависит от уникальных обстоятельств каждой семьи.</p> <p>Вид сопровождения: взаимодействие работников социальной службы с правоохранительными органами, прокуратурой, судами и адвокатами по соблюдению и защите прав семьи, воспитывающей ребёнка с РАС. Для этого специалисты должны быть знакомы с действующим законодательством, осведомлены о механизмах защиты гражданских прав.</p> <p>Итог: права семьи ребенка с РАС полностью соблюдены, индивидуальный комплект выплат и льгот получен в полном объеме и своевременно.</p>

1	2	3
3	Принцип индивидуализации	<p>Цель: применение индивидуального подхода в оказании помощи семье, воспитывающей ребёнка с РАС.</p> <p>Реализация: предоставление социальных услуг семье ребенка с РАС должно основываться на оценке индивидуальной нуждаемости, с учетом внутренних и внешних аспектов жизни семьи: от жилищно-бытовых условий до акцентуации характера родителей ребенка с РАС.</p> <p>Вид сопровождения: адресный подход в социальном обслуживании семей детей с РАС.</p> <p>Итог: помощь семье ребенка с РАС оказана с учетом уникальности каждого случая (состояния здоровья, уровня и качества жизни семьи, приоритетов потребностей и т.д.).</p>

Социальные работники руководствуются вышеуказанными принципами при предоставлении социальных услуг семье, у которой есть ребёнок с РАС. Именно эти принципы лежат в основе логики деятельности социальных работников по поддержанию гуманитарного потенциала общества.

2.2. Технология социальной диагностики в работе с семьями детей с расстройствами аутистического спектра

Социальная диагностика – «интегративная технология, включающая в себя совокупность методов, приемов и предполагающая способность специалиста по социальной работе распознавать личностные ресурсы ребенка, резервные возможности его социального окружения, обеспечивающие достижение успехов в

отношениях с людьми, самореализации в различных сферах» [2, с.92].

Цель социальной диагностики - установление специалистом по социальной работе объективного социального диагноза, проблемы ребенка с РАС и оформление заключения.

Социальная диагностика является методическим инструментом, позволяющим получить необходимые знания о семье ребенка с РАС, поставить социальный диагноз проблемы, выбрать эффективные технологии социального воздействия, позволяющие разрешить имеющиеся у семьи трудности.

Социальная диагностика изучает деятельность и поведение ребенка с РАС в повседневной жизни, причины его трудной жизненной ситуации и выявляет изменения в ней в процессе оказания социальных услуг.

Выделяют несколько способов проведения социальной диагностики семьи ребенка с РАС (см. рисунок 7) [19, с. 96].



Рисунок 7. Способы проведения социальной диагностики семьи ребенка с РАС

Описание семьи включает анализ психологической обстановки и экономических условий, которые влияют на развитие и активность ребенка с РАС. Среди методов социальной диагностики, направленных на выявление социальных навыков и умений, используются наблюдение, анкетирование, интервью, тестирование, изучение жилищных условий, анализ документов и другие. В свою очередь выделяются виды наблюдений:

- Эпизодическое или систематическое наблюдение - подразумевает изучение жизни семьи ребенка с РАС в естественной среде.

- Клиническое наблюдение - ставит своей целью долгосрочное изучение жизни ребенка с РАС в процессе различных видов деятельности (учебной, игровой, трудовой и прочих [19, с.90].

Ниже предлагаем рассмотреть методы психодиагностики семьи ребенка с РАС (см. таблица 4):

Таблица 4. Методы психодиагностики семьи с ребенком РАС и их эффективность

№	Метод	Цель применения	Использование данных диагностики
1	2	3	4
1.	Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей (М-CHAT-R/F; Robins, Fein, Barton).М-CHAT-R/F	Задача заключается в раннем выявлении риска развития РАС у детей с целью оказания необходимой ранней помощи. Для детей младшего возраста (от 16 до 30 месяцев).	Представляет собой вопросник из 20 вопросов, на которые отвечает родитель или другой человек, хорошо знающий ребенка. С помощью специального ключа подсчитывается количество ответов, указывающих на риск РАС, каждый из которых соответствует 1 баллу.

1	2	3	4
2.	Рейтинговая шкала аутизма у детей – CARS (Childhood Autism Rating Scale, Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K.).	Для детей 2 - 4 лет. Целью является подтверждение или опровержение диагноза РАС.	Каждый пункт оценивается по четырехбалльной шкале в соответствии с критерием адекватности / неадекватности поведенческих проявлений. Диапазон от 15 до 30 указывает на отсутствие аутизма. Интервал от 31 до 36 говорит о риске РАС.
3.	Тест CASD2 – Скрининговая шкала расстройств аутистического спектра (Checklist for Autism Spectrum Disorder, Susan Dickerson Mayes, PhD).	Надежный скрининговый метод для выявления риска развития РАС у детей и подростков в возрасте от 1 до 16 лет.	Родителям или другим взрослым предлагается отметить симптомы, которые типичны для ребенка в настоящее время или были типичны в прошлом. CASD может применяться в качестве основы для интервью.

Инструменты для диагностика РАС у детей в разные периоды раннего детства включены в приложения к данным методическим рекомендациям (Приложение 2).

Процедуры, проводимые в рамках социальной диагностики, необходимы для определения сильных и слабых сторон ситуации, в которой находится ребенок с

РАС. На основании социального диагноза разрабатываются мероприятия, направленные на социальную реабилитацию ребенка и его семьи. При этом важно понимать, что социальная реабилитация детей с инвалидностью имеет статус повышенной сложности в современной социальной работе, а результат применяемых вмешательств во многом зависит от участия взрослых членов семьи. Это участие может оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие [13, с.116]. Именно взрослые несут ответственность за то, чтобы домашняя среда была ориентирована на максимальное развитие ребенка.

Ключевую роль в сохранении внутренних ресурсов родителей, понимании их потребностей и оказании необходимой поддержки играет именно социальный работник. Все вмешательства, оказываемые в отношении ребенка, должны направляться в том числе и на взрослых, особенно это касается матери. Поскольку именно взрослый формирует условия для развития и интеграции ребенка с РАС в общество [19, с. 59].

2.3. Технология социальной абилитации и реабилитации в работе с семьями детей с расстройствами аутистического спектра

С концептуальной точки зрения абилитация и реабилитация – это целая система вмешательств, направленных на формирование максимально возможного уровня адаптированности лица с инвалидностью к самостоятельной жизни. Сюда включаются интервенции со стороны медицинских работников, психологов, социальных работников [18, с.39]. Эти мероприятия необходимо начинать как на стадии постановки ребенку диагноза РАС, так и в дальнейшем, когда семья такого ребенка неизбежно будет переживать кризис, изменение ее структуры, разрушение связей с ближайшим окружением.

Необходимо понимать, что как абилитация, так и реабилитация будет носить продолжительный характер и направляться не только на формирование, но и закрепление навыков самообслуживания, гигиенического ухода за собой, общения, а также подготовку к учебной и профессиональной деятельности. Многолетний опыт работы с детьми с РАС показывает, что основные проблемы, включая агрессивное поведение и истерики возможно решить. Главным условием этого является как можно более раннее включение ребенка с РАС в научно-обоснованные специальные педагогические программы [2, с. 39]. Важным результатом работы с ребенком в рамках данных программ станет улучшение качества жизни всей семьи.

Поскольку любая семья является системой, то родители ребенка с РАС также нуждаются в поддержке со стороны специалистов. Здесь работа должна быть направлена на формирование копинг-стратегий преодоления стресса, страха и гнева, умений понимать потребности ребенка. Очень важным становится и включение в терапевтические группы родителей детей с РАС.

Первоочередной задачей для работы с семьей, в которой растет ребенок с РАС, становится разъяснение родителям и другим членам семьи самой природы аутизма. Именно это станет базой, на основе которой родители смогут выстраивать конструктивное взаимодействие с ребенком. Речь идет о программах, результативность которых доказана на мировом уровне. Например, CST (Caregiver Support Training), эта и похожие программы предоставляются центрами оказания специальных социальных услуг. В Астане это «Орда», «Асыл Мирас» и др.

Контент обучающих программ для родителей в ситуации, когда в семье растет ребенок с РАС, включает в себя те знания, которые помогают преодолеть возможное отчаяние и изоляцию, реалистично планировать будущее, а также находить информацию о социальной помощи и формировать поддерживающую сеть с другими похожими семьями. Хорошо организованное обучение также сформирует навыки критического мышления для оценки небезопасных методов коррекции РАС у ребенка.

Родителям важно понимать, что на разных этапах развития ребенка с РАС содержание программ обучения будет меняться. Это касается таких важных событий как начало школьной жизни, половое созревание, вхождение во взрослую жизнь. К. Бирс (К. Bearss) и ее коллегами была разработана типология программ, направленных на обучение родителей, воспитывающих ребенка с РАС (см. таблицу 5) [2].

Таблица 5. Программы обучения для родителей

Программа	Содержание программы
1	2
Информирование и ориентация	Эти программы направлены на предоставление информации об имеющихся в месте проживания семьи услугах и позволяют определить наиболее доступные из них. Информирование предполагает ориентирование родителей по доступным программам медицинской, педагогической, социальной помощи, а также о ресурсах поддерживающих сообществ и родительских группах. Помимо указанного, сюда же включается консультирование по возможным льготам и выплатам для ребенка.

1	2
Просветительские	Программы просвещения направлены на формирование знаний об особенностях и понимание личности ребенка с РАС. Родителей учат видеть сильные и слабые стороны ребенка с РАС, вооружают конструктивными стратегиями взаимодействия с таким ребенком в разных условиях и ситуациях. Важно, чтобы информация поступала от профессионалов. Кроме того, участие в этих программах также формирует родительские поддерживающие сети, дает возможность делиться полезным опытом.
Психологическое сопровождение	Направлено на получение консультаций и поддержки со стороны психолога, сохранение психического здоровья и способности эффективно общаться с окружающими.
Группы поддержки	Это сообщества, где родители делятся опытом родительства ребенка с РАС, коммуницируют и поддерживают друг друга. Работа групп поддержки органично включается в содержание технологий социальной реабилитации, а их создание входит в задачи социального работника.
Тренинги родительства	Эти тренинги необходимы для освоения практических стратегий и навыков работы с детьми с РАС.

В приложении 3 учебно-методических рекомендаций «Картирование ресурсов сообществ, оказывающих услуги семьям с детьми РАС (г. Астана)», указаны организации и центры, работающие с семьями детей с РАС.

2.4. Технология социальной адаптации в работе с семьями детей с расстройствами аутистического спектра

В целом необходимо отметить, что понятие «адаптация» является сквозным для всех наук о человеке. Мероприятия по социальной адаптации играют ключевую

роль в социальной работе. Их задача заключается в формировании тех поведенческих моделей, которые позволят оставаться в рамках социальных взаимодействий и быть продуктивными в них, несмотря на негативные влияния.

Социальная работа нацелена на усиление внутреннего потенциала человека, находящегося в трудной жизненной ситуации, формирование у него самостоятельности в жизни, а также «подключение для этого социально-экономических, социокультурных, психолого-педагогических и медико-социальных мероприятий» [20, с.84]. Таким образом, результатом социальной адаптации является формирование индивида, способного быть участником общественной жизни во всех ее одобряемых проявлениях: коммуникативные навыки, социальная компетентность, умение решать конфликты и справляться с различными ситуациями в повседневной жизни.

Для лучшего понимания специфики социальной адаптации как технологии социальной работы сравним ее с социальной реабилитацией. Так, вмешательства по социальной реабилитации несут в себе восстановление или улучшение социальных навыков и функций, которые были утрачены или нарушены. Основные методы социальной реабилитации – это лечение в рамках системы здравоохранения, психотерапевтическая помощь, возвращение к занятости, образовательные мероприятия. То есть речь идет о возвращении к «нормальной» жизни, которой человек жил до наступления негативного события.

Культура и социальное устройство общества, к сожалению, пока воспроизводит разделение социальных групп по признаку здоровья. Именно поэтому существуют такие группы, как здоровые дети и дети с инвалидностью, социальная эксклюзия и социальная инклюзия, типичный

ребенок и ребенок с особыми образовательными потребностями. На уровне всех социальных институтов продолжает практиковаться социальное исключение или сегрегации детей с инвалидностью [21, с.99]. Социальному работнику, как и любому специалисту, вовлеченному в работу с ребенком с РАС, необходимо смотреть «ясными глазами» на существующие социальные практики, это позволяет лучше понимать потребности семей, в которых растут дети с РАС.

Ниже, на рисунке 8 обозначены барьеры, которые являются препятствиями для реализации идей инклюзивного общества в отношении детей [21, с.101].

Основная трудность, с которой приходится жить семье ребенка с РАС, касается области межличностных отношений. Формирование навыков, необходимых для жизни в обществе и связанных с коммуникацией является вызовом не только для самого ребенка, но и для его родителей. В этой ситуации родители детей с РАС должны быть в постоянном доступе к информации о расстройстве, поскольку именно информированность позволяет достигать наилучшей эффективности в поддержке ребенка. Знания о природе РАС также лежат в основе принятия диагноза ребенка, понимания его личности.

В число мероприятий по социальной адаптации ребенка РАС с фокусом на его родителей должно быть включено обучение методам общения с ребенком, управление и коррекция поведения (включая режим дня, питание, отдых) формирование понятной и поддерживающей среды с наличием пространств для обучения, а также таких инструментов, как социальные истории, пиктограммы и расписания. Родителям придется научиться планировать будущее ребенка, включая его самостоятельную жизнь.

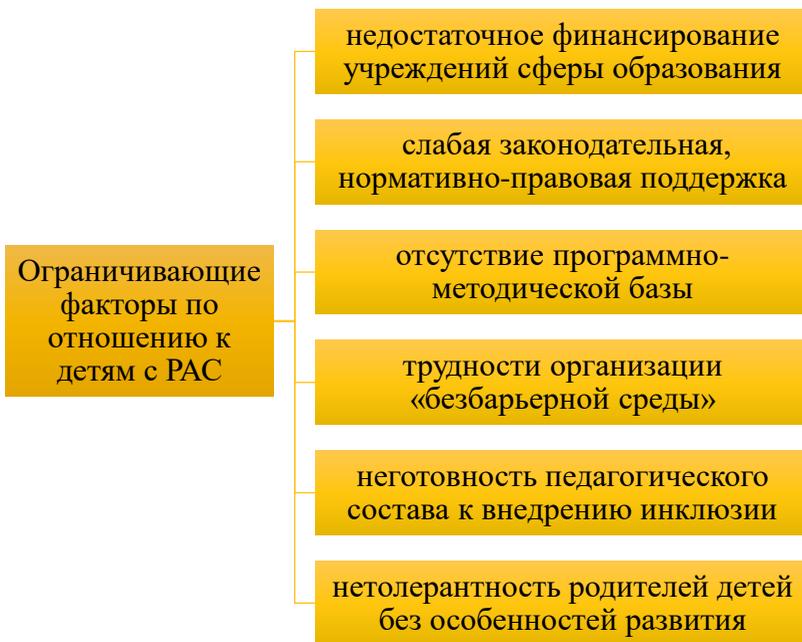


Рисунок 8. Значимые, ограничивающие факторы по отношению к детям с РАС (А. Галахова)

Социальный работник является тем специалистом, который понимает важность наличия социальных сетей, включающих других родителей, специалистов и общественных организаций. Мировая практика имеет множество доказательств эффективности групп самопомощи для родителей детей с РАС, где можно получить советы, информацию и эмоциональную поддержку. В современной практике работы с семьями детей с РАС подчёркивается необходимость для родителей обращать внимание на свое собственное физическое и эмоциональное благополучие. Родители должны иметь собственное пространство для досуга, ухода за собой и общения с друзьями и семьей.

Таким образом, социальная адаптация родителей включает в себя постоянное обучение и понимание уникальных потребностей и характера их ребенка с РАС. Социальная адаптация требует времени, терпения и постоянной работы, она может быть успешной только с поддержкой специалистов и ресурсами сообщества.

2.5. Технология социального сопровождения семей детей с расстройствами аутистического спектра: кейс-менеджмент и универсальная прогрессивная модель патронажа

Родители играют ключевую роль в процессе социализации детей с расстройством аутистического спектра (РАС). Но их влияние может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на развитие ребенка. Поскольку социальная работа направлена на реализацию государственной социальной политики, включая поддержку детей с ограниченными возможностями, то очень важно ориентироваться на передовой опыт в этой сфере. Главное отличие современных подходов заключается не в кратковременных вмешательствах, а в системном долгосрочном воздействии на все проблемы, возникающие в семье с появлением ребенка с РАС.

Детское развитие даже в ситуации полного здоровья представляет собой достаточно сложный процесс, когда же речь идет о ребенке с РАС то число и глубина проблем процессов развития возрастают. Ребенок является важной частью семейной системы, поэтому все проблемы, которые он испытывает, отражаются на всей семье. Интеграция детей с аутизмом в общество невозможна без включения всей семьи, каждого ее члена. В последние годы все большее распространение получает технология социального сопровождения семьи или кейс-менеджмент.

В рамках такого подхода внимание уделяется длительной и систематической поддержке, в центре которой находится ребенок с РАС.

В определении социального сопровождения в отношении семей, воспитывающих ребёнка с РАС, акцент сделан на «оказание содействия родителям, опекунам, попечителям, иным законным представителям несовершеннолетних детей в получении профессиональной медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи через привлечение ресурсов организаций, предоставляющих такую помощь, на основе межведомственного взаимодействия» [11 с.46].

С опорой на методологию кейс-менеджмента при поддержке международных организаций в казахстанском здравоохранении была внедрена технология патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста (0-5 лет) в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В данной модели социальный работник является ключевой фигурой, входящей в контакт с семьей уже на этапе выявления социальных рисков и потребностей. В отличие от сотрудников социальной службы местных исполнительных органов и социальных педагогов организаций образования, социальные работники системы ПМСП становятся первыми специалистами, наделёнными функцией оценки социального статуса и определения потребностей.

Система общественного здравоохранения одной из первых включила в состав специалистов социальных работников, создав тем самым комплексную медико-социальную модель оказания услуг, связанных со здоровьем. От профессионализма и степени развитости компетенций социального работника зависит, окажется ли семья или отдельный ее член в трудной жизненной ситуации.

Социальное сопровождение органично включается в рекомендации универсальной прогрессивной модели патронажа (далее УПМП). В рамках УПМП социальный работник включен в процесс оказания услуг в рамках патронажа и работы с семьями и детьми с учетом его уникальных компетенций по оценке потребностей и разработке индивидуальных планов развития клиентов в сложных жизненных ситуациях. Именно эти компетенции важны в отношении детей с РАС, поскольку универсальный пакет услуг ориентирован на детей до 5 лет, с целью раннего вмешательства и реабилитации.

Социальный работник в системе УПМП работает также с такими рисками в отношении детей с РАС, как отказы от них, ненадлежащие условия их проживания, насилие или пренебрежение со стороны родителей. В условиях Казахстана эти меры разработаны на основе сотрудничества национальных экспертов ЮНИСЕФ в области раннего развития детей, социальной работы и сестринского дела, с участием Объединения юридических лиц «Союз медицинских колледжей Казахстана» и Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК.

С целью информирования профессионального сообщества и родителей детей с РАС, отметим, что все рекомендации были предложены в рамках проекта МЗ РК по разработке и внедрению новой модели управления сестринской службой в клинических базах высших колледжей. Рекомендации направлены на оказание методологической поддержки руководителям и преподавателям медицинских колледжей РК по внедрению информационных модулей ЮНИСЕФ по УПМП обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста в образовательные программы по специальности

«Сестринское дело» на разных уровнях образования (см. таблицу 6) [9].

Таким образом, технология социального сопровождения семьи и УППП дополняют друг друга, обеспечивая комплексную и целенаправленную помощь как ребенку с ограниченными возможностями, так и всей его семье, способствуя их интеграции и успешной адаптации в обществе.

Таблица 6. Универсальная прогрессивная модель патронажа

Тип услуг	Получатели услуг	Время проведения	Кто осуществляет визит на дому
1	2	3	4
Универсальный пакет	Все беременные	До 12 недель беременности или при первой явке 32 недели беременности	Медицинская сестра, осуществляющая патронаж
	Все новорожденные и дети до 3-х лет	1) Первые 3 дня после выписки из родильного дома 2) 7 дней жизни 3) 1-2 месяца 4) 3 месяца 5) 6 месяцев 6) 12 месяцев 7) 18 месяцев 8) 24 месяца 9) 36 месяцев	Медицинская сестра, осуществляющая патронаж

1	2	3	4
Прогрессивный пакет	Беременные из группы риска	В соответствии с индивидуальным планом	Медицинская сестра, осуществляющая патронаж, социальный работник, психолог при необходимости
	Новорожденные и дети до 5 лет из группы риска	В соответствии с индивидуальным планом	Медицинская сестра, осуществляющая патронаж, социальный работник, ВОП/педиатр, психолог при необходимости – определяется индивидуальными потребностями ребенка

Таким образом, социальное сопровождение в настоящее время является одной из основных технологий социальной работы. В оригинале звучит как «client management» или «case management», дословно «ведение клиента» или «ведение случая» и именно в этом определении – кейс-менеджмент – все больше входит в словарь современного социального работника. Кейс-менеджмент или индивидуальная работа с клиентом с целью оказания ему поддержки сфокусирован на выявительный характер работы, когда социальная служба в лице специалиста сама приходит к семье, в которой растет ребенок с особыми потребностями, в том числе и с РАС. Необходимая помощь оказывается на основе заключенных соглашений (договоров) о взаимодействии (сотрудничестве), гражданско-правовых договоров с организациями социального обслуживания населения и гражданином, признанном нуждающимся в социальном

обслуживании [20, с.50]. Современные исследователи выделяют до шести этапов цикла социального сопровождения.

Этап 1. Привлечение и прием клиента в программу.

При начальном взаимодействии с клиентом социальный работник ставит перед собой две основные задачи:

1. определить, подходит ли клиент к категории тех, кому предназначены услуги;
2. предоставить информацию о доступных услугах.

Этап 2. Оценка ситуации и потребностей клиента.

Оценка - организованный диалог, который позволяет специалисту получить полное представление о жизненной ситуации клиента, особенно в отношении решения его проблем или удовлетворения его потребностей. В процессе оценки специалист определяет комплекс проблем, требующих решения в ходе социального сопровождения, а также возможные пути их решения. Затем специалист предлагает клиенту заключить контракт на оказание услуг и совместно с ним разрабатывает план развития семьи.

Этап 3. Разработка индивидуального плана действий для клиента, включая доступ к ресурсам и определение обязательств. План должен учитывать выявленные потребности и цели, а также содержать шаги и ожидаемые результаты. Здесь совместно с семьей прописываются цели и задачи, то есть действия необходимые для достижения результатов. Для закрепления отношений между клиентом и консультантом используется договор об участии в программе, который объясняет обязательства каждой стороны. Соглашение, подписанное бенефициаром, позволяет распределить ответственности и стимулировать к положительным изменениям. Структура плана включает имя клиента,

потребности, дату выявления, план действий, ответственного сотрудника и дату завершения этапа сопровождения.

Этап 4. Процесс сопровождения. После разработки плана работы с семьей закрепленный специалист по сопровождению немедленно приступает к его выполнению, координируя различные действия. Он оказывает необходимую помощь клиенту, его семье и другим заинтересованным лицам, связываясь с соответствующими специалистами и организациями. Если план работы не отвечает потребностям клиента, он может быть изменен после согласования с бенефициаром и зафиксирован.

Этап 5. Координация услуг и контроль качества. Одним из ключевых аспектов программы социального сопровождения является эффективная система направления клиентов в специализированные службы для решения их индивидуальных проблем и потребностей. Для обеспечения успешной координации и контроля (мониторинга) за использованием услуг необходимо, чтобы социальные работники имели полную информацию о поставщиках услуг, включая контактные данные, перечень услуг, условия предоставления, часы работы и прочее. Регулярное картирование медицинских и социальных служб и организаций на территории также является важной практикой для обеспечения их соответствия заявленным целям.

Этап 6. Выход из программы. При разработке индивидуального плана сопровождения семьи указываются временные рамки для его выполнения, учитывая потребности и задачи. Так как социальное сопровождение является временной программой, необходимой для приобретения клиентом навыков самостоятельного решения возникающих проблем. Поэтому важно при завершении договора об участии, важно обеспечить семью

доступ к ресурсам личностным, так и сообщества для дальнейшего благополучия семьи в целом (см. рисунок 9).



Рисунок 9. Цикл социального сопровождения семьи ребенка с РАС

При формировании любых планов по индивидуальному сопровождению специалист должен понимать индикаторы или показатели эффективности мероприятий. В рамках данных рекомендаций предлагается ориентироваться на следующие критерии:

1. Уровень удовлетворенности семей мероприятиями по преодолению проблем в рамках индивидуальной

программы социального сопровождения. Это может быть общая шкала, где семьи оценивают свой уровень удовлетворенности результатами и качеством мероприятий. Семьи могут оценивать, насколько мероприятия помогли им в решении их проблем и достижении поставленных целей. Можно включить шкалу оценки уровня поддержки и понимания со стороны специалиста, поскольку реакция семей на поддержку и понимание со стороны специалистов также может влиять на их удовлетворенность и т.д.

2. Статистические показатели, отражающие снижение количества отказов от детей с РАС; уменьшение числа случаев лишения родительских прав; снижение количества семей из групп риска; уменьшение эпизодов насилия, жестокого обращения или нарушения прав и законных интересов детей.

Социальное сопровождение может осуществляться через различные формы, включая как традиционные методы (консультирование, патронаж, собрания), так и нетрадиционные подходы (клубы, круглые столы, квесты, ток-шоу). Ниже представлены примеры форм социального сопровождения семей, где воспитываются дети с РАС (см. таблица 7).

Комплекс социального сопровождения может включать различные виды услуг.

1. Медицинская помощь и сопровождение для детей с РАС, а также консультирование родителей по мероприятиям в отношении ребенка.

2. Консультирование со стороны психолога, групповая и индивидуальная терапия для взрослых членов семьи ребенка с РАС, тренинги и работа терапевтических сообществ.

Таблица 7. Формы социального сопровождения

№	Формы социального сопровождения	Описание содержания формы социального сопровождения
1	2	3
1.	Традиционные	<ul style="list-style-type: none"> - Социальная помощь, предоставление услуг и реабилитация, ориентированные на удовлетворение потребностей личности и решению конкретных проблем. - Социальное воспитание через создание и проведение мероприятий для приобретения знаний и формирования социально-положительных ценностных ориентаций. - Психологическая, социальная и юридическая поддержка для профессиональной помощи в решении разнообразных проблем. - Консультирование, направленное на выявление ключевых направлений для преодоления сложных жизненных обстоятельств. - Сохранение, поддержание и защита здоровья семьи или личности с целью достижения поставленных целей и раскрытия внутреннего потенциала.

1	2	3
2.	Нетрадиционные	<ul style="list-style-type: none"> - Предназначены для ознакомления родителей с особенностями возрастного и психологического развития детей. - Целью данных форм является предоставление родителям рациональных методов и приемов воспитания с целью развития практических навыков. - Среди таких форм можно выделить клубы, «КВН», «Педагогическую гостиную», «Круглый стол», квесты и «Ток-шоу». - Эти формы построены по принципу телевизионных и развлекательных программ, игр, направленных на установление неформальных контактов с родителями и привлечение их внимания.

3. Педагогические услуги, адресованные непосредственно ребенку с РАС, а также направленные на укрепление родительских навыков, детско-родительских отношений.

4. Юридические услуги по оформлению документов, получению льгот и выплат, юридическому консультированию и пр. (см Таблицу 8).

5. Социальные услуги, в рамках которых предусмотрено получение материальной помощи, компенсаций, льгот и пособий, трудоустройство членов семьи и др. [11, с.98].

Таблица 8. Социальный кодекс РК, ст. 177. Размер пособий по инвалидности

Возраст	Группа	Размер
Детям до 7 лет	Общая	1,61 ПМ (69 885 тенге).
Детям от 7 до 18 лет с инвалидностью	I группы	2,2 ПМ (95 495 тенге);
	II группы	1,83 ПМ (79 435 тенге);
	III группы	1,61 ПМ (69 885 тенге).

Данные размеры пособия по инвалидности представлены с учетом прожиточного минимума в 2024 году; государство также оказывает поддержку родителям, воспитывающих ребенка с инвалидностью или лицам, осуществляющим уход, выплачивая пособие в размере 1,61 ПМ (69 885 тенге). Эти выплаты нацелены на снижение финансовых трудностей и обеспечение необходимых условий для удовлетворения базовых потребностей ребенка.

Однако, важно понимать, что помимо материальной поддержки, семьям детей с РАС, также необходимо оказывать комплексное социальное сопровождение. В этом контексте социальный работник играет ключевую роль, консультируя клиентов и предлагая оптимальные действия, учитывая их индивидуальные особенности и потребности.

Социальное сопровождение включает не только консультации, но и организацию доступа к социальным услугам, помощь в оформлении документов на получение государственных выплат и льгот, а также координацию медицинской и реабилитационной помощи. Этот подход позволяет обеспечить полноценную поддержку семей и лиц с инвалидностью, тем самым облегчая процесс их интеграции в общество и повышая качество их жизни.

В ходе социального сопровождения социальный работник консультирует клиента и предлагает оптимальные действия, учитывая его индивидуальные особенности. Он помогает предотвратить неэффективные и негативные шаги, а также предсказывает возможные последствия действий. При необходимости клиент может проходить обучение для самостоятельного применения предложенных подходов. Основная цель социального сопровождения - использование скрытых резервов клиента для решения проблем и его обучение самостоятельному преодолению трудностей. В ходе процесса специалист отслеживает

события и реагирует на них, преследуя различные цели, такие как выход из кризисной ситуации или гармонизация отношений в семье.

Таким образом, «социальное сопровождение — это комплекс мер для поддержки активной жизнедеятельности клиента, развития его способностей и предотвращения негативных последствий и социальных проблем. Это также включает мобилизацию резервов, обучение новым навыкам и способность к самостоятельному решению проблем» [17, с.198].

На качество социального сопровождения семей с детьми влияет целый комплекс факторов (см. рисунок 10).

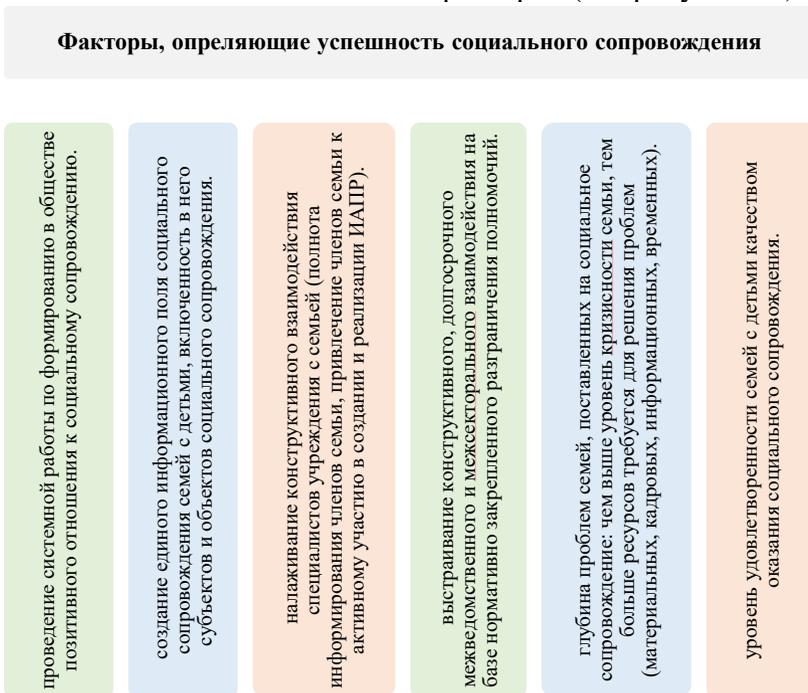


Рисунок 10. Факторы социального сопровождения

Целью всех усилий специалистов, задействованных в социальном сопровождении ребенка с РАС, является его социализация. Социализация – это процесс, в основе которого лежит коммуникация и взаимодействие ребенка вначале с самым близким взрослым, затем с детьми и ближайшим окружением. Дети с нейротипичным развитием активно осваивают социальные роли, формируют представления о мире, впитывают необходимые знания и навыки в детском саду и школе [7, с.178-182].

Дети с РАС не испытывают потребности в общении и взаимодействии с окружающими. Причем речь идет не только о незнакомых людях, но и о близком окружении. Именно это является барьером в их социализации, когда социальная среда лишена личностного значения. Кроме того, нежелание общаться сочетается с ограниченной познавательной активностью, особенностями умственной и эмоционально-волевой деятельности. Наличие подобных нарушений коммуникативных, социальных, поведенческих и адаптивных навыков, а также различная степень их выраженности и множество комбинаций становится фактором, который создает трудности в социализации. Отсутствие опыта эмоционального контакта мешает таким детям распознавать желания, чувства, эмоции и реакции других людей. Дети с РАС также испытывают затруднения в понимании разнообразия людей и их внутреннего мира, а также в соотношении своего поведения с поведением окружающих.

При работе с ребенком с РАС и его семьей для развития социальных навыков важно учитывать его индивидуальные особенности и потенциал. Ключевую роль в этом процессе играет семья. Она создает основу для совместной деятельности и вовлечения ребенка в общение и занятия. Согласно отечественной психологической школе, через активную деятельность ребенок становится

субъектом своего развития, формируя собственную личность. Общение согласно А.А. Леонтьеву внутри семьи рассматривается как вид деятельности, который играет ключевую роль в трансформации ребенка из объекта в субъект [7, с.246-254].

На темпы развития ребенка оказывают влияние такие факторы, как этап развития семьи, традиции взаимоотношений между ее членами, широта социальных связей. Наличие семейных проблем неизбежно будет сказываться на ребенке с РАС, нарушая процесс его социализации и усиливая тревожность и страхи. Здесь работают такие же закономерности, как и у нейротипичных детей, когда перемены в отношениях членов семьи между собой и к самому ребенку стоят в центре влияния на социализацию и формирование его индивидуальности. Таким образом, окружающая среда, или так называемый «средовой фактор» играет ведущую роль в процессе социализации детей с РАС.

Главным посредником в передаче социальных навыков для детей с РАС традиционно является мать. Общение с ней превращается в инструмент социализации, предоставляя ему возможность взаимодействия с окружающими как уникальной индивидуальности. Мать не только служит примером поведения, но также активно поощряет и поддерживает выражение индивидуальных черт ребенка. Помимо этого, важными являются также взаимоотношения с членами семьи в домашней обстановке, а также взаимодействие со сверстниками.

Исследования подтверждают, что активное участие родителей, особенно матери, в коррекционно-развивающей работе напрямую связано с более успешным развитием детей. Феномен родительского соучастия в силу его эффективности все чаще становится объектом изучения психологов и педагогов. Результаты исследований говорят

о том, что благодаря значительному вкладу родителей в обучение детей с РАС, у последних более успешно развиваются когнитивные, речевые, коммуникативные и социальные навыки.

Хотя в исследовании Е.Н. Васильевой показаны негативные аспекты воспитательного воздействия матери на детей с задержками умственного развития. Показано, что ведущей характеристикой воспитания и отношения матерей является «уклонение от конфликта», когда основное содержание общения сводится к вопросам и указаниям. То есть это в большей степени отстраненный тип взаимодействия, где для мамы такого ребенка свойственно не вникать в его трудности, не замечать их.

А.А. Реан и другие исследователи отмечают, что чувствительность матери к потребностям ребенка и готовность их удовлетворить оказывают прямое влияние на формирование эмоциональной привязанности между матерью и ребенком. Эмоциональное общение матери с ребенком влияет на развитие его психики и способствует формированию положительного или негативного отношения к миру, людям, жизненным ситуациям, к себе. Эмоциональная доступность, готовность матери к эмоциональному взаимодействию, эмоциональной поддержке, забота с нежностью и любовью, понимание, одобрение вне зависимости от ситуации взаимодействия являются жизненно-необходимыми составляющими коррекционно-воспитательной работы с ребенком с РАС, его здоровья и благополучия.

Но наличие симбиотической связи между матерью и ребенком может стать препятствием для полноценной социализации. В такой системе взаимодействия ребенок склонен просто копировать поведение матери, что впоследствии усложняет осознанный контакт и понимание социальных ситуаций. Возникают новые шаблоны и

стереотипы поведения, которые могут затруднить развитие коммуникативных навыков и социализации. Поэтому важно внедрение новых ситуаций взаимодействия, способствующих расширению спектра поведенческих реакций [14].

Исследование Г.А. Егоровой показывает, что качество «родительских позиций» прямо влияет на успешность социализации детей с задержкой умственного развития. Общение, с позиции Г.А. Егоровой, связано с конструктивными родительскими позициями и характерными для них проявлениями: «сбалансированным уровнем опеки, позитивным восприятием ребенка, направленностью на сотрудничество с ним, равным эмоционально-положительным отношением». Таким образом, если рассматривать процесс социализации в рамках микросоциума, то можно увидеть специфическую последовательность понимания элементов социализации детей с РАС (см. рисунок 11).

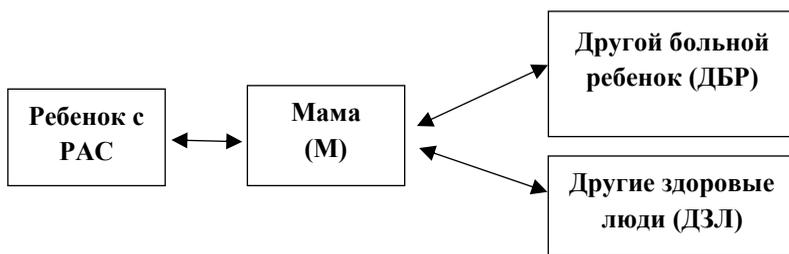


Рисунок 11. Схема усвоения элементов социализации

Взаимодействие матери (М) с другим больным ребенком (ДБР) помогает ребенку с аутизмом (РАС) преодолевать свои страхи и развиваться. Несмотря на изначальное безразличие к окружающим, ребенок все равно нуждается в контакте и эмоциональном взаимодействии. Поддержка со стороны близких может сделать процесс

выхода из «своего мира» менее болезненным. Однако процесс социальной адаптации таких детей требует динамичного развития, начиная с усвоения базовых элементов социализации в эмоционально благоприятных условиях. Новые формы контактов можно вводить только после того, как у ребенка появится потребность в общении, и взрослый станет положительным объектом внимания.[12].

Отношение матери к другим детям с ОВЗ (ДБР) служит примером для формирования отношений с другими людьми для аутичного ребенка. Важность проекции отношений на себя заключается в разрушении симбиоза между матерью и ребенком. Взаимодействие с нейротипичными людьми является примером реальных отношений для ребенка с РАС. Постепенно ребенок начнет осознавать социальную реальность и развивать способность соотносить свои интересы с интересами других людей. Этот процесс является важным для когнитивного развития ребенка с РАС и позволяет ему приобретать навыки эмоционального интеллекта. Поддержка атмосферы внимания, терпения и доброты со стороны семьи важна для создания развивающей среды. Отсутствие полноценного общения с родителями может препятствовать социальному и познавательному развитию ребенка [12].

Исходя из вышеуказанного вытекают следующие выводы:

- Со временем дети с РАС могут почувствовать себя увереннее и спокойнее в обществе, что приводит к ослаблению связи с матерью.
- Дефицит полноценного общения с родителями приводит к остановке динамики социализации и затрудняет переход на следующую стадию социального и познавательного развития.
- Инициатором общения с детьми с РАС должен быть взрослый, который создает благоприятные условия для

появления у ребенка желания к общению, принимая его безусловно.

В ходе развития семьи процесс воспитания детей с акцентом на адекватный уровень контроля, требования к зрелому поведению и доброжелательное отношение родителей, способствуют формированию целостной личности у детей. По мнению С.А. Печерской, «транслируемые правила и соблюдаемый порядок делают ребенка уверенным, не ставят под сомнение его консервативность, создают безопасное для ребенка пространство и блокируют приступы самоагрессии» [10]. Эта задача тесно связана с общей коррекцией, которая включает в себя знакомство с окружающим миром, развитие мышления и речи, игровую активность и социальную адаптацию [16].

Включение ребенка с РАС в совместную деятельность с родителями способствует его коммуникационному опыту и лучшему пониманию окружающего мира. Участие в триадических контактах, особенно с эмоциональной поддержкой, позволяет ему развивать навыки более сложных взаимодействий. Роль семьи в социализации заключается в создании стабильной эмоциональной среды, что обеспечивает ребенку ощущение безопасности и предсказуемости во внешнем мире [14].

Таким образом, поддержка родителей необходима для развития и социализации ребенка с РАС. Можно выделить три этапа этого процесса: 1) сначала ребенок наблюдает (пассивный участник), 2) затем начинает зеркально отражать действия взрослых (смешанный участник), 3) как результат становится автором собственных эмоций и действий (активный участник). Именно совместная деятельность с родителями развивает у ребенка способность сотрудничать, принимать чужую точку зрения и решать задачи вместе с другими (см. рисунок 12).

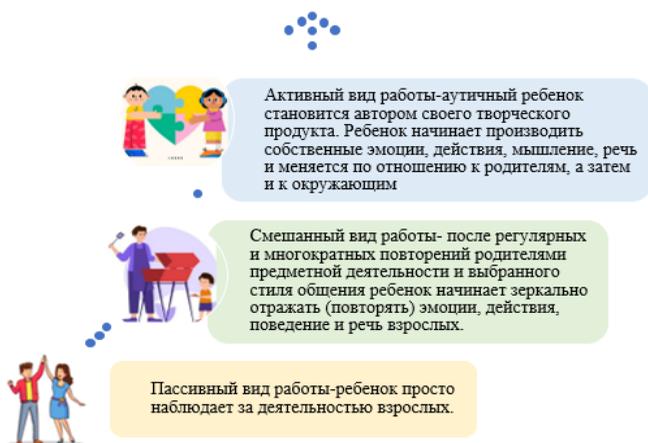


Рисунок 12. Этапы социализации ребенка с РАС

Социальная поддержка семьи, в которой воспитывается ребенок с РАС, играет ключевую роль в его успешной интеграции в общество, получении социальных статусов и выполнении соответствующих ролей. Этот процесс становится необходимым условием для полноценной жизни ребенка и его семьи по мере взросления и освоения различных социальных требований. Социальная работа в данном контексте включает в себя анализ проблем семьи (в том числе психологических, бытовых, правовых) и разработку плана мероприятий для их решения. Социальный работник должен информировать семью о возможных путях решения проблемы, выступать посредником между семьей и институтами, а также следить за выполнением индивидуального плана.

Своей координацией процесса социального сопровождения социальный работник способствует

достижению лучших результатов в процессе поддержки родителей, воспитывающих детей с особыми потребностями. Рассматривая в качестве клиента семью, имеющего ребенка с РАС, важно отметить, что на каждом этапе развития ребенка, прохождением им жизненного пути, социальное сопровождение будет представлять собой все тот же повторяющийся цикл. Крайне важно как можно более раннее начало социального сопровождения семей с детьми с РАС. Помимо решения основных проблем развития ребенка с РАС, ранее вмешательство позволит избежать возникновение вторичных проблем или уменьшить их объем. Система ранней интервенции включает в себя партнерские отношения между социальным работником и семьей, активизацию ресурсов семьи и разработку индивидуальной программы.

На социальных работниках лежит функция в оказании содействия семье в понимании того, как оказывать позитивное влияние на социальные навыки ребенка. Это возможно через индивидуальные или групповые занятия, направленные на развитие коммуникации, сотрудничества, эмпатии и соблюдения правил. Социальные работники помогают семье найти подходящие программы и ресурсы для ребенка - школы и терапевтические программы, которые способствуют развитию социальных навыков. Кроме того, социальные работники могут помочь семье установить контакт с другими людьми и семьями, которые имеют опыт воспитания детей с аутизмом. Этот шаг необходим для преодоления возможного отчаяния и изоляции семьи.

В свою очередь продуктивное общение требует соблюдения этических норм, особенно при работе с родителями и детьми с РАС. Неосознанное нарушение этики может нанести еще больше вреда и нарушить установление партнерских отношений. Важно

придерживаться правил общения, адаптированных под каждую конкретную ситуацию и дополненных опытом специалистов (см. таблицу 9):

Взаимодействие социального работника с родителем, имеющего ребенка с РАС, играет ключевую роль в обеспечении поддержки и благополучия всей семьи. В приложение 1 раскрыты информационные технологии работы с родителями, имеющих детей с РАС, приведены дополнительные материалы сайта о правах данных категорий семей, и в рамках социальных консультаций социальный работник должен обсуждать и комментировать материалы таких блогов.

Потребность в услугах для семей с детьми с РАС возникает рано, когда замечаются особенности развития ребенка. Проектирование социальных услуг должно учитывать потребности семьи и ребенка, а также цель и суть услуги, которая должна удовлетворить определенные запросы клиента («потребностный» подход в социальной работе). Понимание особенностей и потребностей ребенка с РАС, а также эмпатия к родителям, помогают создать доверительные отношения и сотрудничество между ними и социальным работником.

Чрезвычайно важно предоставить родителям информацию о доступных ресурсах и услугах, обеспечить поддержку в разработке индивидуального плана коррекции и обучения для их ребенка, а также оказывать поддержку в повседневных ситуациях. Таким образом, социальный работник становится экспертом в работе с детьми с РАС через обучение в специализированных программах, практический опыт и развитие коммуникативных навыков.

Таблица 9. Примеры этичного взаимодействия социального работника с родителем ребенка с РАС

Этичное взаимодействие социального работника с родителями, имеющими ребенка с РАС	Неэтичное взаимодействие социального работника с родителями, имеющими ребенка с РАС
1	2
1. В разговоре с родителями называть ребенка по имени	1. Говорить: «ваш ребенок»
2. Обращаться к родителям по имени и отчеству или по имени, предварительно попросив разрешения	2. Обращаться: «мамочка»
3. Обсуждать проблемы ребенка только с родителями	3. Обсуждать проблемы ребенка в присутствии других людей
4. Использовать выражения: <ul style="list-style-type: none"> • ментальные проблемы; • недостаточный уровень интеллектуального развития. 	4. Употреблять термин «умственно отсталый»
5. Если необходимо сравнение с детьми без ОВЗ, лучше употреблять выражения: <ul style="list-style-type: none"> • дети с типичным развитием (нейротипичным); • при типичном развитии обычно дети... 	5. Использовать выражения «здоровые, нормальные дети»
6. Использовать выражения: <ul style="list-style-type: none"> • нетипичное развитие, • особый ребенок, • ребенок с особенностями развития. 	6. Использовать выражения: «больные, ненормальные дети»
7. Если ребенок маленький, сказать: «Как хорошо, что вы так рано заметили проблемы и обратились за помощью».	7. Если ребенок большой, вообще не касаться этой темы Говорить: «Вы очень поздно обратились»; «Где вы были раньше?» и т.п.

1	2
8. Употреблять слово «пока» «Ваня пока не может...», «Пока у Сауле не получается ...»	8. Просто констатировать отсутствие навыка
9. Если ребенок по каким—то причинам не может заниматься в конкретной группе, сказать: «Эта группа не подходит для Пети»	9. Говорить: «Айдар не подходит для этой группы»
10. Если приходится обсуждать проблему получения инвалидности при том, что родители не слишком хотят это делать, сказать: «Вы в праве не оформлять инвалидность, но она даст вам ряд финансовых преимуществ. Если будет прогресс, инвалидность можно снять».	10. Задавать вопрос «Почему вы до сих пор не оформили инвалидность? Все оформляют»

3. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В наше время забота о здоровье населения является приоритетной задачей для медицинских учреждений. В связи с этим, в организациях, оказывающих первичную медико-социальную помощь, активно действуют отделения «Профилактики и социально-психологической помощи», включающие в свой состав штатного социального работника. В сентябре 2023 года вошел в силу профессиональный стандарт «Социальный работник в области здравоохранения», утвержденному приказом МЗ РК от 23.08.2023 № 146, в котором четко указан функционал и роль социального работника в медицинской сфере (См. Приложение 5).

Социальный работник в организации ПМСП является неотъемлемой частью команды, обеспечивающей комплексную медико-социальную помощь пациентам. Их деятельность направлена на диагностику социальной ситуации, решение социальных и психологических проблем, улучшение качества жизни пациентов и их адаптацию к различным жизненным ситуациям. Ответственность и профессионализм социального работника в поликлинике играют важную роль в обеспечении успешного функционирования системы здравоохранения и удовлетворения социальных потребностей пациентов.

Согласно существующей практике автора данной методической рекомендации, в настоящее время в ПМСП г. Астаны, на учете находятся 60 детей с инвалидностью, из них 17 детей с РАС. В нашей работе мы изучали модель социального сопровождения семей, воспитывающих детей

с РАС на базе ПМСП. В приложении 4 представлен план свободного интервью с семьями, имеющих детей с диагнозом РАС, который дает полную картину о семье: установление контакта, жилье, работа, доход, факторы семьи и окружения, история семьи, функционирование семьи, расширенная семья, ресурсы социума и общины, включая образовательные, социальная интеграция семьи, ресурсы общины.

Согласно возрастной периодизации жизни человека по Г.Б. Ананьеву подростковый возраст соответствует периоду от 12-16 лет. Мы проанализировали кейсы детей с РАС в возрасте от 12-16 лет.

Кейс №1.

Кейс №1. Респондент №1 Ежн.

Респондент №1 Ежн. вербально не контактный (не разговаривает, произносит звуки), не агрессивный, не идет на контакт с окружающими, если вступает, то очень осторожно. Тактильный контакт проявляет избирательно. Однообразное поведение со склонностью к стереотипному поведению, характерны примитивные движения, неофобия. Наблюдается мутизм (полная утрата речи). Избирательность в еде.

Решение кейса №1. Респондент №1 Ежн

На основе консультативного листа социального работника чаще его называют «Лист приема социального работника», мы составили характеристику на респондента №1 Ежн. Травмирующим фактором для него выступает сдача анализов. В жилищно-бытовых условиях респондента №1 Ежн. отмечается, что они соответствуют общим санитарно-гигиеническим нормам, семья проживает в собственной квартире. В характеристике социального окружения указано, что он учится в школе-лицее, в инклюзивном классе. Ребенка сопровождает тьютор, посещает логопеда. Навыки самообслуживания родителями привиты, но требуют контроля со стороны родителей. Респондент №1 Ежн. одевается без посторонней помощи, соблюдает личную гигиену, самостоятельно кушает. Социальная характеристика семьи составлена на основе изучения документов, посещения семьи, личных бесед с членами семьи.

Респондент №1 Ежн. живет в полной семье. Есть старшая сестра (на 1.5 года старше). Родители ребенка с РАС образованные люди, регулярно посещают участкового врача, консультируются, проходят реабилитацию в различных центрах, соответствующих диагнозу ребенка. Родители с 2-х лет ребенка активно занимались реабилитацией, ездили в медицинские центры России и Китая.

Планируемые действия по кейсу №1. Респондент №1 Ежн.

План социального сопровождения социального работника включает следующие обязательные действия, к которым относится запись на приём к участковому врачу, мониторинг, консультирование, сопровождение, закрепление за медицинским учреждением, оказывающим социальное обслуживание на дому.

Таблица 10. «Сильные и слабые стороны респондента №1 Ежн»

Слабые стороны кейса респондента №1 Ежн.	Сильные стороны кейса респондента №1 Ежн.
1	2
Вербально не контактный .	Не агрессивный.
Не идет на контакт с окружающими, если вступает в него то очень осторожно.	Тактильный контакт проявляет избирательно.
Неофобия - боязнь нового.	Однообразное поведение со склонностью к стереотипному поведению, характерны примитивные движения.
Он перестал кушать «3 дня не ел», родители предлагали любимые блюда, но он отказывался.	Избирательность в еде, самостоятельно кушает.
Травмирующим фактором для него выступает сдача анализов.	Регулярно проходят медицинский осмотр и реабилитацию.
Имеются трудности в обучении, по причине отсутствия речи.	Он учиться в школе-лицей в инклюзивном классе.

1	2
Не разговаривает, произносит только звуки, наблюдается мутизм речи (полная утрата).	Ребенка сопровождает тьютор, посещает логопеда.
Навыки самообслуживания требуют контроля со стороны родителей.	Навыки самообслуживания родителями привиты, одевается без посторонней помощи, соблюдает личную гигиену.

Мероприятия *социального работника* по оказанию социальной помощи ребенку с РАС в условиях ПМСП, представлены в таблице 11

Таблица 11. Мероприятия по оказанию социальной помощи ребенку с РАС в условиях ПМСП Ежн.

Дата	Мероприятия по оказанию социальной помощи ребенку с РАС в условиях ПМСП	Результат социального сопровождения ребенка с РАС в условиях ПМСП
1	2	3
10.02.2023	Проведена ознакомительная беседа с семьей и ребенком.	Установлен контакт с ребёнком с РАС, входе сопровождения по поликлинике (сдача анализов, УЗИ, ЭКГ.) Причина обращения респондента №1 Ежн. в том, что он перестал кушать, «уже 3 дня не ел», родители предлагали любимые блюда, но он отказывался. Обучен жесту, когда что-то болит, он показывает два пальца на пульсе, это условный сигнал о плохом самочувствии.

1	2	3
15.02.2023	Сопровождение по поликлинике.	Сопровождали на УЗИ ОБП. Ребенком получено соответствующее обследование согласно плану лечения.
17.02.2023	Сопровождение и мониторинг.	Сопровождение на приём к участковому врачу. Респондент №1 Ежн. начал кушать. Врач связывает ранее возникшую проблему с желчным пузырём, по-видимому, его беспокоила изжога, прописана соответствующая процедура лечения.

Далее мы представляем шаги по социальному сопровождению в условиях ПМСП респондента №2 Ерд. с диагнозом РАС.

Кейс №2.

Кейс №2. Респондент №2 Ерд.

Респондент №2 Ерд. вербальный, разговаривает, не агрессивный, идет на контакт с окружающими. Есть тревожность, боится оставаться один. Однообразное поведение со склонностью к стереотипичному (рассказывает историю и повторяет периодически). Отвечает на вопросы односложными предложениями. Но если спросить про то, что ему в данное время интересно, включается в односторонний диалог. Навыки самообслуживания родителем привиты (но необходим контроль родителем.)

Решение кейса №2. Респондент №2 Ерд.

На основе консультативного листа социального работника ПМСП, «Лист приема социального работника», мы составили характеристику на респондента №2 Ерд. Ребенок часто вспоминает болезненные процессы, связанные с травмирующим фактором- сдача анализов из вены, и именно на этой процедуре он пребывает в состоянии тревожности и страха. В характеристике социального окружения указано, что он учится в школе в 7 инклюзивном классе. Ребенка на занятия сопровождает кто-то из членов семьи (бабушка,

мама, папа), так же посещает дополнительные занятия в центре обслуживания на дому, занимается плаванием. Респондент №2 Ерд. проживает в полной семье, является старшим ребенком, есть две младшие сестры и брат. Родители ребенка с РАС выполняют все необходимые медико-коррекционные мероприятия.

Планируемые действия по кейсу №2. Респондент №2 Ерд.

План социального сопровождения социальным работником включает: запись на приём к участковому врачу, мониторинг, сопровождение, консультирование, закрепление за медицинским-образовательным учреждением, оказывающим социальное обслуживание на дому.

Таблица 12. «Сильные и слабые стороны респондента №2 Ерд.»

Слабые стороны кейса респондента №2 Ерд.	Сильные стороны кейса респондента №2 Ерд.
1	2
Травмирующим фактором для ребенка является процедура сдачи анализов из вены, и именно на этой процедуре он пребывает в состоянии тревожности и страха. После он часто вспоминает это как болезненный процесс.	Регулярно проходят медицинские осмотры.
Ребенка на занятия в инклюзивный класс сопровождает кто -то из членов семьи (бабушка, мама, папа).	Он учиться в школе в 7 инклюзивном классе. Посещает занятия по плаванию.
Есть проявление тревожности, бояться оставаться один.	Респондент №2 Ерд. проживает в полной семье, является старшим ребенком, есть две младшие сестры и брат.
Отвечает на вопросы односложными предложениями. Но если спросить про то, что ему в данное время интересно, включается в односторонний диалог.	Вербальный, разговаривает, идет на контакт с окружающими, не агрессивный.

1	2
Однообразное поведение со склонностью к стереотипному поведению (рассказывает историю и повторяет периодически).	Быстрое усвоение новой информации.
Навыки самообслуживания требуют контроля со стороны родителей	Необходимая часть навыков самообслуживания родителями привиты.

Мероприятия *социального работника* по оказанию социальной помощи респонденту №2 Ерд. с РАС в условиях ПМСП, представлены в таблице 13.

Таблица 13. Мероприятия по оказанию социальной помощи ребенку с РАС в условиях ПМСП Ерд.

Дата	Мероприятия по оказанию социальной помощи ребенку с РАС в условиях ПМСП	Результат социального сопровождения ребенка с РАС в условиях ПМСП
1	2	3
10.02.2023	Проведена ознакомительная беседа с семьей и ребенком.	Получены первичные данные о семье, установлен контакт с ребёнком с РАС. Ознакомлены с социальными услугами социального работника в поликлинике.
24.05.2023	Сопровождение по поликлинике.	Обеспечен доступ к получению медицинских услуг, с целью обследования здоровья ребенка. Пройдено УЗИ печени, почек, также сдали анализы (ОАК, биохимия, мазок из зева).

1	2	3
30.05.2023		Получено направление к гастроэнтерологу для ребенка. Социальным работником оказана поддержка родителю как воспитывающего ребенка с инвалидностью, произведена запись на прием к участковому врачу.
02.06.23	Сопровождение в поликлинике.	Получена справка об эпид.окружении респондента №2 Ерд. и переданы результаты анализов (ОАК, биохимия, мазок из зева) родителю.
06.06. по 17.06.2023	Поддержка родителя.	Сопровождению ребенка с РАС в поликлинике, пока мама принимает прописанное лечение у лора.
22.06.2023	Реабилитация в РЦ «Адал Ниет».	Социальный работник согласовал с РЦ «Адал Ниет», который сообщил следующие условия: центр принимает детей на дневной и круглосуточный стационар, но для этого родителю необходимо позвонить лично и зарегистрироваться в листе ожидания. врачу.
07.07.2023	Консультирование	Предоставлена информация и контакты реабилитационного центра родителю. Социальный работник предоставил консультацию по прохождению реабилитации в НДЦР.
01.08.2023	Сопровождение по поликлинике	Организация доступа к медицинским услугам.

1	2	3
12.12.2023	Реабилитация	Ребенок с РАС прошел обследование в поликлинике для получения справки №027 в бассейн, который он посещает по субботам.
23.12.2023	Сопровождение по поликлинике.	Социальный работник сопровождал ребенка с РАС на прием к участковому врачу для получения направлений с целью прохождения узких специалистов, указанных в справке «Медицинская карта» (Приложение 2 к Стандарту оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях услуг на дому).
27.12.2023	Мониторинг	Респондент №2 Ерд. простудился, открыта медицинская справка для предъявления в школу. социальным работником произведен мониторинг самочувствия ребенка, состояние стабильное, разрешено посещение занятий в школе.

Кейс №3.

Кейс №3. Респондент №3 Ирг.

Респондент №3 Ирг. активный, контактный, вербальный, отвечает на простые вопросы, навыки самообслуживания привиты. Тактильный контакт проявляет избирательно.

Решение кейса №3. Респондент №3 Ирг.

На основе листа приема социального работника ПМСП мы составили характеристику на респондента №3 Ирг. Травмирующим фактором для респондента №3 Ирг. выступает сдача анализов. В характеристике социального окружения указано, что он учится в

школе в 4 классе, посещает частный спортивный центр для общей физической подготовки. На занятие отводит сама мама. Навыки самообслуживания у респондента №3 Ирг. привиты родителями, самостоятельно одевается, ест, соблюдает личную гигиену. Респондент №3 Ирг. проживает в полной семье, является единственным ребенком. Родители ребенка с РАС регулярно посещают участкового врача, консультируются, организуют реабилитацию.

Планируемые действия по кейсу №3. Респондент №3 Ирг.

План социального сопровождения в ПМСП социальным работником включает: запись на приём к участковому врачу, мониторинг, сопровождение, консультирование, закрепление за медицинским-образовательным учреждением, оказывающим социальное обслуживание на дому.

Таблица 14. «Сильные и слабые стороны респондента №3 Ирг.»

Слабые стороны кейса респондента №3 Ирг.	Сильные стороны кейса респондента №3 Ирг.
1	2
Травмирующим фактором для ребенка выступает сдача анализов.	Активный, контактный, вербальный, отвечает на простые вопросы, навыки самообслуживания привиты. Тактильный контакт проявляет избирательно.
На занятия в школу и тренировки мама водит сама.	Он учиться в школе, в 4 классе, посещает частный спортивный центр для общей физической подготовки.
Более сложные навыки самообслуживания требуют контроля со стороны родителей	Навыки самообслуживания у респондента №3 Ирг. привиты родителями, самостоятельно одевается, ест, соблюдает личную гигиену.

1	2
Отсутствие примера взаимоотношений мама-ребенок (здоровый).	Респондент №3 Ирг. проживает в полной семье, является единственным ребенком.

Мероприятия социального работника по оказанию социальной помощи респонденту №3 Ирг. с РАС в условиях ПМСП, представлены в таблице 15.

Таблица 15. Мероприятия по оказанию социальной помощи ребенку с РАС в условиях ПМСП Ирг.

Дата	Мероприятия по оказанию социальной помощи ребенку с РАС в условиях ПМСП	Результат социального сопровождения ребенка с РАС в условиях ПМСП
1	2	3
28.05.2022	Ознакомительная беседа.	Проведена ознакомительная беседа, установление контакта с ребёнком с РАС и родителем, сопровождение по поликлинике.
04.07.2022	Оказание поддержки родителю.	У родителя возникла трудность с записью к узкому специалисту. Социальным работником произведена запись к травматологу-ортопеду на 05.07. в 15*15, по причине искривления шейных позвонков, направление предварительно было получено от участкового врача.

1	2	3
05.07.2022	Сопровождение по поликлинике.	Сопровождение на прием к травматологу.
07.07.2022	Мониторинг	Родитель приглашен на повторный прием к участковому врачу, так как необходимо операционное вмешательство, проведена беседа с мамой о дальнейших этапах обследования.
08.08.2022	Мониторинг	Респондент №3 Ирг. поставлен участковым врачом в лист ожидания на госпитализацию (операция). Операция назначена на 23.08., родитель проинформирован о необходимости сдачи анализов и процедурах соответствующего обследования.
11.08.2022	Сопровождение	Социальным работником произведено согласование графика прохождения обследования. Получены направления на анализы для госпитализации.
12.08.2022	Сопровождение	У родителя возникли барьеры в поликлинике с записью на УЗИ сердца к кардиологу. Социальный работник согласовала с участковым врачом, и респондента №3 Ирг. перенаправили в другую организацию на УЗИ сердца на 17.08. в 13:30 (при себе иметь выписку о лечении, свидетельство о рождении ребенка).

1	2	3
16.08.2022	Мониторинг	Мониторинг прохождения обследования: пройдено ЭКГ, анализы не сданы, так как респондента №3 Ирг. болел накануне.
17.08.2022	Сопровождение	Организовано сопровождение по поликлинике для сдачи анализов.
22.08.2022	Мониторинг	Родителем получен выписной лист для госпитализации респондента №3 Ирг., а также результаты всех анализов.
23.08.2022	Мониторинг (день госпитализации на операцию)	Осуществлен мониторинг, проведена беседа с мамой ребенка с РАС, которая сообщила, что больница приняла ребенка, определила в палату и в данное время они ожидают осмотра врача.
24.08.2022	Мониторинг	Произведен мониторинг, в ходе которого родитель сообщил об успешности проведенной операции.
01.09.2022	Сопровождение	Сопровождение респондента №3 Ирг. на послеоперационный прием у врача, произведена запись на перевязку 02.09. в 17*00. С 05.09 по 15.09 социальный работник осуществлял сопровождение на перевязку.
27.12.2022	Мониторинг	Был проведен мониторинг состояния здоровья ребенка с РАС. Самочувствие хорошее, проходят реабилитацию в центре.
10.01.2023	Консультирование	Предоставлены контакты реабилитационных центров, оказывающих услуги ЛФК и массаж. (после операции)

2. Знакомство: первичная информация о семье и деятельности социального работника в условиях ПМСП;

3. Этап оценочных процедур: проведение «Свободного интервью с семьей, имеющих детей с РАС» (см. приложение 4) и соответствующих диагностик с детьми РАС;

4. Разработка плана социального сопровождения социальным работником ПМСП (мероприятия, обследования, реабилитация);

5. Реализация индивидуального плана работы с детьми РАС;

6. Мониторинг оказания услуг в условиях ПМСП;

7. Выход: прикрепление семьи в другую поликлинику.

Социальный работник во время сопровождения родителей оказывает поддержку, выявляет их представления о трудностях, обеспечивает обратную связь и определяет проблемное поле семьи. Проблемы рассматриваются в контексте эмоционального баланса в семье и вопросов обучения, воспитания и развития ребенка. В результате консультирования определяются направления помощи. Исходя из вышесказанного выделим основные аспекты при взаимодействии с семьей ребенка с РАС:

- Анализ семейной динамики: рассматривается семейная история для объективного понимания ситуации, обеспечивается обратная связь и поддержка семьи.

- Определение проблемного поля: устанавливаются реалистичные цели, альтернативы и оценивается готовность к изменениям.

- Направления помощи: включают обучение по заболеванию, эффективному взаимодействию с ребенком, изменение стиля общения, а также работу с эмоциональным фоном родителей и актуализации ресурсов семьи.

В ходе взаимодействия со семьей, воспитывающей ребенка с РАС, социальный работник ПМСП осуществляет

широкий спектр действий, начиная от оценки семейной динамики и определения проблемного поля, и заканчивая разработкой индивидуального плана социального сопровождения. Основной упор делается на консультирование и поддержку семьи, а также на оценку готовности родителей к сотрудничеству и их мотивацию. Важным аспектом является также анализ ресурсов, доступных семье. Такой комплексный подход способствует созданию условий для эффективного социального сопровождения и поддержки семей, воспитывающих детей с РАС, и способствует более успешной адаптации их в обществе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социальное сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с РАС, играет ключевую роль в их интеграции в общество и обеспечении полноценного развития. Диагностика и классификация РАС является основой для эффективной поддержки. Однако, появление ребёнка с РАС в семье создаёт серьёзные психологические нагрузки и требует специального внимания к потребностям всей семьи. Работа с семьей, воспитывающей ребенка с РАС, требует раннего вмешательства. Это ключевой принцип, который способствует развитию ребенка и своевременной социализации. Социальное сопровождение на разных этапах жизни ребенка формирует повторяющийся цикл, обеспечивая ему возможность обучения, коммуникации и социального развития. Система ранней интервенции включает в себя партнерские отношения между социальным работником и семьей, активизацию ресурсов семьи и разработку индивидуальной программы. Это помогает достичь эффективных результатов в реабилитации ребенка с ограниченными возможностями. Важной задачей специалистов по социальной работе является использование как проверенных традиционных, так и инновационных технологий для работы с семьями, имеющих социальные потребности, что делает социальное обслуживание более доступным. Использование технологий социальной работы с людьми с ограниченными возможностями позволяет сделать социальное обслуживание более доступным для каждого нуждающегося в нем.

Социальные технологии играют ключевую роль в работе с семьями, у которых есть дети с РАС. Они представляют собой систему знаний и практических методов, направленных на выявление, анализ и решение

социальных проблем данной категории семей. Эти технологии помогают не только улучшить качество жизни ребенка с РАС, но и поддерживают всю семью, помогая им адаптироваться к новой ситуации, находить ресурсы и справляться с вызовами, с которыми они сталкиваются. Нами были рассмотрены следующие технологии:

- Социальная диагностика - помогает выявить причины проблемы у ребенка с РАС и определить его ресурсы и потенциальные возможности.

- Социальная реабилитация родителей - фокусируется на поддержке и помощи родителям в приспособлении к особенностям жизни с ребенком с РАС, включая психологическую поддержку и обучение навыкам взаимодействия.

- Социальная адаптация семьи - направлена на интеграцию ребенка с РАС в общество и помощь семье в решении межличностных проблем.

- Социальное сопровождение - обеспечивает поддержку, ресурсы и помощь в различных аспектах жизни, что является критически важным для семей, воспитывающих детей с диагнозом РАС.

В ходе социального сопровождения социальный работник использует технологию «case management», и создает особые условия для реализации поставленных задач. Специалист помогает клиенту избежать непродуктивных действий, предлагая лучшие альтернативы и возможности для развития, а также прогнозируя возможные последствия выбранных шагов. Социальный работник должен учитывать индивидуальные психологические и физические особенности клиента при формулировании рекомендаций. Основываясь на полученной информации о клиенте, разрабатывается индивидуальный план работы, который включает в себя цели, сформированные совместно с семьей. Задачами

индивидуального плана будут являться действия и мероприятия для преодоления текущих трудностей. Однако одной из ключевых целей социального сопровождения является идентификация и мобилизация внутренних ресурсов клиента для эффективного решения поставленных задач. В процессе сопровождения социальным работником отслеживаются события и шаги по реализации плана, также важной задачей как специалиста, является обучение клиента навыкам самостоятельного преодоления трудностей в будущем.

Социальное сопровождение — это комплекс мер, направленных на социальную адаптацию и интеграцию в общество людей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В Республике Казахстан социальное сопровождение регулируется Социальным кодексом Республики Казахстан от 20 апреля 2023 года № 224-VIII. Согласно статье 133 этого кодекса, социальное сопровождение предоставляется лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в том числе инвалидам, лицам, освободившимся из мест лишения свободы и находящимся на учете в службах пробации, жертвам торговли людьми и бытового насилия. Основные показатели результатов социального сопровождения семей, воспитывающих ребёнка с инвалидностью:

- удовлетворенность семьей с детьми, решению существовавших проблем по итогам выполнения индивидуальной программы социального сопровождения;
- уменьшение количества отказов от детей с инвалидностью;
- уменьшение количества лишения родительских прав;
- снижение количества семей, находящихся в социально опасном положении;

- снижение количества семей, где имели место насилие, жестокое обращение, нарушения прав и законных интересов детей;

- уменьшение количества возвратов детей из приемных и замещающих семей в государственные учреждения для детей-сирот и детей, оказавшихся без попечения родителей;

- снижение количества семей с детьми, находящихся в кризисной ситуации.

Основопологающей целью социального сопровождения является открытие и использование скрытых, подсознательных резервов самого клиента для решения поставленных задач, а также обучение клиента самостоятельно преодолевать трудные жизненные ситуации в дальнейшем. В данном пособии нами предложен алгоритм работы социального работника с семьей ребенка РАС в условиях ПМСП, который включает себя следующие этапы:

- Включение в число получателей услуг ПМСП: приглашение на первичный прием;

- Знакомство: первичная информация о семье и деятельности социального работника в условиях ПМСП;

- Этап оценочных процедур: проведение «Свободного интервью с семьей, имеющих детей с РАС» (см. приложение 4) и соответствующих диагностик с детьми РАС;

- Разработка плана социального сопровождения социальным работником ПМСП (мероприятия, обследования, реабилитация);

- Реализация индивидуального плана работы с детьми РАС;

- Мониторинг оказания услуг в условиях ПМСП;

- Выход семьи из сопровождения: прикрепление семьи в другую поликлинику.

Комплексное социальное сопровождение семей, у которых есть дети с РАС, играет важную роль в помощи этим семьям. Работа социальных работников направлена на адаптацию, реабилитацию, поддержку социального статуса и улучшение качества жизни таких семей. Это способствует укреплению отношений в обществе, восстановлению здоровья и созданию условий для самореализации как в семейной, так и в широкой социальной среде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агафонова А.Н. Менлибаев К.Н., Туганбекова К.М., Черная Г.Г. Социальная работа: теория и технологии.- Астана: Издательство «Парасат-Алемі».2005-320стр., (стр.101-115).

2. Боброва А.В., Довбня С.В., Морозова Т.Ю., Сотова Е.Н. Реализация программ поддержки родителей дошкольников с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2022. № 1. Том 20. С. 37-46.

3. Дайджест. [Рукопись] Методические рекомендации по организации работы с семьями, воспитывающими детей с РАС./Департамент образования и молодежной политики Ханты-Манс.авт.округа–Югры, Бюджет. учреждение высшего образования ХМАОЮгры, «Сургут.гос.пед.ун-т». – Сургут: РИО СурГПУ, 2019- с.64

4. Керре Н.О. Особенности социального окружения детей с аутизмом. -М.,2010. С.20

5. Корельская Н.Г. Карта социальной реабилитации как форма отслеживания динамики коррекции и развития ребенка. – М.,2016. №5. С. 67

6. Корельская Н.Г. «Особенная» семья - «особенный» ребенок: Книга для родителей детей с отклонениями в развитии. М.: Советский спорт, 2003. 314 с.

7. Леонтьев А.А. Психология общения. М.: Смысл, 2007. 368 с.

8. Международная классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). [Электронный ресурс]. URL: <http://med.rnx.ru/db/db-mkb10/diagnosis2857.html> .

9. Методические рекомендации для внедрения в образовательные программы колледжей / Шалхарова Ж.С., Байгожина З.А., Акимниязова Н.Д., Татибекова А.М., Нурмагамбетова Ж.А., Мокрова И.И., Кулушев Ж.К.,

Саханова Л.Х., Рахимжанова Р.Р., Ташкенбаева В., Ходжакулова У.А., Блялова А.А. - Астана, 2018 - 35 с

10. Печерская С.А. Аутичный ребенок: сложный путь взаимодействия // Вестник университета Российской академии образования. 2014. №5. С. 48.

11. Пивоварова А. Р. Социальное сопровождение как технология работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями / А. Р. Пивоварова // XIV Международная конференция «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования», 17-18 марта 2011 г., Екатеринбург. - Ч. 2. - Екатеринбург: УрГУ, 2011. - С. 87-92.

12. Полухина Е. А. Особенности семенного микроклимата в семьях с детьми – инвалидами// Вестник Санкт-Петербургского университета, сер. 12. 2008. вып.3.С.143 – 148.

13. Поликова А под ред., Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями. -М.: КТМУ 2016. 316 с.

14. Реуцкая О.А. Другой мир «особого» ребенка: помощь, уход, развитие. Книга для родителей. Ростов-на-Дону: Издательский центр «МарТ»; Феникс, 2011. 159 с.

15. Романычев И. С. «Деятельностные принципы социальной работы». Журнал Философские и социологические науки №6-2017, М. с.62-66

16. Рудик О.С. Как помочь аутичному ребенку. М.: ВЛАДОС, 2014. 207с.

17. Холостова Е. И. [и др.]; Теория социальной работы: Учебник для магистров / Под общ. ред. Е. И. Холостовой, Е. Г. Студёновой. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. - 474 с.

18. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. - М.: Издательско-торговая корпорация

«Дашков и К^о», 2006. - 240 с.

19. Холостова Е.И. Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие.- М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2005.

20. Черницкая А. А. Технологии социальной работы: Учебник. Ростовн/Д: Феникс, 2016. 258 с.

21. Ярская-Смирнова Е.Р., Антонова Е.П., Кузнецова-Маренко И.Б.- Образование для всех: политика и практика инклюзии. Сборник научных статей и научно-методических материалов. - Саратов: Научная книга,2008.-340с.

22. О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан (www.gov.kz)

23. социальный кодекс республики казахстан - ипс «әділет» (zan.kz)

24. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. <https://bala.stat.gov.kz/chislennost-detej-invalidov-ot-0-do-17-let-vklyuchitelno/>

25. Кудрет Петр, Informburo «Аутизм выявили у 12 тысяч детей в Казахстане» 27.03.2023 г. <https://informburo.kz/novosti/autizm-vyyavili-u-12-tysyacdetei-v-kazaxstane>

Приложение 1.

Кейс «Записки ошалелой матери»: случай из материала блога

В материалах блога под названием «Записки ошалелой матери» в статье «Что положено от государства ребёнку с аутизмом в 2023 году?» от 2 ноября 2023 года, автором подчеркивается, что не единожды обсуждалась эта тема, в связи с тем, что автора интересует вопрос о выплатах и индексации. В своих рекомендациях автор подчеркивает, «сам по себе, диагноз «аутизм» много денег не несет, ничего, кроме того, что родителям придется где-то найти станок для печати денег, высокооплачиваемую работу и вторую работу».

Автор - мама дочери с диагнозом аутизм. Папа не бежал, узнав диагноз РАС. Дочери уже 16 лет. Это не история успеха. Нет инструкций, руководства как вылечить или как заниматься с такими детьми. Просто родитель пишет о своих буднях, наблюдениях и рассуждениях, а также отвечает на вопросы родителей детей с диагнозом РАС.

Ребенку с РАС положен детский сад, лучше коррекционный сад при условии, если ПМПК даст заключение. Опять-таки ребенку с диагнозом РАС нужна школа или коррекционная школа, если ПМПК даст соответствующее заключение. Необходимость медицинского обслуживания детей с РАС в поликлинике не подвергается сомнению. И это все, что ему могут дать родители за свой счет.

Если же родители решили оформить ребенку с РАС инвалидность, то список специальных социальных услуг расширяется. Ребенку с аутизмом положено:

1. Все те медико-социальные услуги, что и другому ребенку-инвалиду в соответствии с ИАПР лица с инвалидностью для этого конкретного ребенка с РАС.

2. Если это прописано в ИАПР, то предусмотрены дополнительные виды социально-медицинской помощи по сопутствующим заболеваниям (например, дочь автора блога, получила от государства реклинатор-корректор осанки, так как у ребенка еще и кифоз (искривление позвоночника)).

Автор блога также просит проследить за тем, чтобы при оформлении инвалидности в ИАПР были прописаны следующие медико-социальные услуги:

1. занятия в реабилитационном центре;
2. санаторно-курортное лечение.
3. консультации- логопеда, дефектолога, психолога;
4. обучение в коррекционной школе.

Указанный перечень психологических, образовательных, медико-социальных услуг, рекомендуется ПМПК и, на основании этого, делается заключение, что ребенку с инвалидностью рекомендуется реабилитация. В ИАПР всегда можно внести изменения через бюро МСЭ.

Впервые автор блога оформлял дочери инвалидность в 2014, затем в 2016, а затем с 2018-ом году, и по результатам этого оформления дали инвалидность до 18-ти лет. Так что, считает автор, у семьи с ребенком РАС есть еще два года спокойной жизни по накатанной дорожке. Но родитель уже думает, что делать к 18-ти годам. Это связано с оформлением недееспособности ребенка с РАС. Так на пример в комментариях блога одна из подписчиц прокомментировала оформление недееспособности своего ребенка, в следующем кейсе.

Кейс: Роза Ветров

Родительница лишила своего старшего ребенка с РАС дееспособности. Юридически закрепила то, что и так было понятно - что обслуживать себя он не может, смысла своих поступков не понимает, отвечать за свои действия не может. Маме нужна была первая группа инвалидности для сына, и она с ее слов, выгрызла с кровью на зубах. Хотели тихим сапом дать вторую группу инвалидности, заочно, не получилось, тогда она добилась очного освидетельствования, специально не дала ему успокоительные, и ребенок с РАС показал себя перед комиссией во всей красе...

Далее в комментариях к блогу обращается внимание подписчиков, что есть следующие льготы для ребенка с РАС.

Кейс: Елена Воронцова

Ребенок с РАС ещё освобождается от транспортного налога, и налога на недвижимость (если у ребенка с инвалидностью есть доля в этой недвижимости).

Исходя из материала блога «Записки ошалелой матери» и комментариев подписчиков, можно сделать вывод о том, что семьи, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), сталкиваются с финансовыми и организационными трудностями. В статье отмечается, что диагноз "аутизм" сам по себе не приносит семье дополнительных финансовых возможностей, и родителям часто приходится искать дополнительные источники дохода. Автор блога подчеркивает, что детям с РАС полагаются определенные социальные льготы, такие как обучение в коррекционной школе, реабилитационные мероприятия, медико-

социальные услуги. Оформление инвалидности расширяет доступ к специальным социальным услугам, включая санаторно-курортное лечение и консультации логопеда, дефектолога, психолога.

Также в блоге отмечается, что родители обращают внимание на необходимость внесения в ИАПР медико-социальных услуг, таких как занятия в реабилитационном центре, санаторно-курортное лечение и обучение в коррекционной школе, социальном обслуживании на дому и технические средства реабилитации. В комментариях подчеркивается, что дети с РАС освобождаются от транспортного налога и налога на недвижимость.

Приложение 2.

Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детстве

Проявления аутизма могут быть заметны у грудных детей, однако научное сообщество пока не пришло к консенсусу относительно того, насколько точно можно определить эти признаки как расстройства аутистического спектра (РАС). С возрастом симптомы аутизма обычно становятся более очевидными, часто проявляясь ближе к 2–3 годам. На этом этапе возможна более уверенная диагностика аутизма. При взрослении ребенка симптомы аутизма, как правило, уменьшаются или становятся менее выраженными, но в большинстве случаев они сохраняются в какой-то степени.

В таблицах №1.0.-1.4. представлены сопоставительные характеристики развития у типичных детей и у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Таблица 1.0. Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детстве: норма и РАС (3 месяца)

Норма в развитии детей (3 месяца)	Признаки РАС (3 месяца)
1	2
Моторное развитие детей	
<p>Может лежать на животе несколько минут, опираясь на предплечья и хорошо удерживая голову. Тянется за предметом, но, как правило, промахивается. Если посадить и потянуть за ручки вперёд, голова откидывается или не откидывается назад, покачивается, сохраняется изгиб спины. В вертикальном положении ноги подкашиваются в коленях, рефлекс опоры и ходьбы выявляются с трудом. Сжимает и разжимает кулаки. Держит несколько секунд бутылочку, но не фиксирует на ней внимания.</p>	<p>Неуверенная опора на предплечья. Плохо удерживает голову в положении лежа на животе. Одновременное движение головки и плечевого пояса (в горизонтальной плоскости: то в одну, то в другую сторону). Периодами одновременное подтягивание ног к животу, биение обеими ножками по поверхности постели. В кистях рук, в трёх крайних пальцах периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные (непроизвольные движения).</p>
Слух	
<p>Поворот головы к источнику звука.</p>	<p>Отсутствие или недостаточная реакция на слуховые раздражители.</p>
Зрение	
<p>Взгляд внимательный. Фиксирует взгляд с расстояния 20–25 см. Следит за объектом несколько секунд. Наблюдает за движением рук. Рассматривает мелкие объекты на расстоянии более 25–30 см.</p>	<p>«Взгляд в себя», «в никуда», отсутствуют фиксация взгляда на лице человека, глазное слежение.</p>

1	2
Социальное поведение и понимание	
<p>Комплекс оживления на говорящее лицо. Смеётся, когда с ним играют. Узнаёт мать.</p> <p>Распознаёт знакомые повторяющиеся ситуации (кормление, купание). Выказывает неудовольствие, когда оставляют одного.</p>	<p>Тенденция к принятию эмбриональной позы. Плач, сменяющийся состояниями безучастности, вялости.</p> <p>Зажмуривание и отстранение от прильнувшей к нему матери. Не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним, негативизм к тактильному контакту (особенно при передевании). Отсутствие взаимодействия, когда мать держит его на руках.</p>

Таблица 1.1. Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детстве: *норма и РАС*
(6 месяцев)

Норма в развитии детей (6 месяцев)	Признаки РАС (6 месяцев)
1	2
Моторное развитие детей	
<p>Передвигается по манежу, переставляя руки, или ползает. Переворачивается с живота на спину, повторяет одно и то же действие с предметами. В положении стоя подпрыгивает вверх-вниз. Садится с минимальной поддержкой.</p>	<p>Нет попыток взять игрушку или предмет и манипулировать ими: недостаточное стремление к деятельности, недостаточно успешна и сама деятельность. Имеющиеся элементы деятельности стереотипны и лишены элементов целенаправленности. Часто раскачиваются на коленях, не ползают.</p>
Тонкая моторика	
<p>Всё хватает, тянет в рот. Перемещает предметы из одной руки в другую, держит бутылочку.</p>	<p>Не может ухватить игрушку. Если вложить игрушку в руку, целенаправленных манипуляций не осуществляет.</p>

1	2
Слух	
<p>Локализует звук справа и слева, реагирует на источник звука, находящийся под углом 45°, поворачивает голову в сторону источника звука. Поворачивает голову к источнику звука.</p>	<p>Не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения. У некоторых гиперсензитивность к отдельным звукам. Отвержение слухового восприятия, отсутствие готовности к прислушиванию.</p>
Зрение	
<p>Прослеживает взгляд взрослого, следит за объектом на расстоянии до 1 м по дуге 180°, следит за шариком Ø6 мм на расстоянии 3 м.</p>	<p>У многих зрительная гиперсензитивность, испуг при включении света.</p>
Речь	
<p>Гулит, используя согласные.</p>	<p>У многих нет гуления («агу»), достаточно чётких фонем, не появляются первые слоги. Сохраняется низкий горловой, похожий на утробный, крик; отсутствует плач.</p>
Социальное поведение, коммуникация и игра	
<p>При виде матери беспокоится или оживляется. Тянет руки, когда хочет, чтобы его взяли на руки. Отмечаются первые попытки подражания. Хорошо ест из ложки. Любит играть с бумагой и другими шуршащими предметами. Улыбается отражению в зеркале. Играет «ку-ку», при этом смеётся. К незнакомым людям дружелобен, при приближении знакомых радуется.</p>	<p>Задержка узнавания лица матери. Не дифференцирует мать. Не протягивает ручки к взрослому, как бы прося взять на руки. Не пытается подражать. Не различает живое и неживое (протодиакризис). Возможна фиксация взгляда на лице матери (но не «глаза в глаза»). Своих и чужих дифференцирует плохо и без выраженной эмоциональной реакции, то же — в отношении «позы готовности».</p>

Таблица 1.2. Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детстве: *норма и РАС (12 месяцев)*

Норма в развитии детей (12 месяцев)	Признаки РАС (12 месяцев)
1	2
Двигательное развитие	
Садится самостоятельно из положения лёжа. Ползает на четвереньках. Пытается вставать. Самостоятельно приседает и встаёт. Ходит, держась за руку, или самостоятельно. Указывает на объект указательным пальцем. Поднимает шарик Ø3мм пинцетным захватом большого и указательного пальцев.	Большинство ходит, держась за руку взрослого, долго не переходит к самостоятельной ходьбе. Походка «деревянная», порывистая, некоординированная. Часто ходьба на цыпочках. Ходьба и бег часто появляются фактически одновременно. Мышечный тонус чаще снижен, реже изменён по гипертоническому типу. Актуальный уровень развития моторики в сравнении с 6 мес. растёт медленно, увеличивается разрыв с возрастной нормой.
Слух	
Поворачивается, когда слышит собственное имя. Дифференцирует тон голоса. Локализует источник звука по вертикали.	На собственное имя часто не реагирует. У части детей гиперсензитивность к звукам, некоторые не реагируют на звук, несмотря на отсутствие нарушений слуха.
Зрение	
Видит и следит за шариком Ø3 мм, поднимающимся на высоту 3 м. Сравнивает (подбирает в пару) два разных объекта.	Фиксирует взгляд на объектах спокойной, монотонной динамикой: текущая вода, сыплющийся песок и т. п. Глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»). Настойчивый поиск определённых зрительных ощущений.

1	2
Речь	
<p>Лепет, имитирующий структуру предложений. Подражание звукам. Первые слова («мама», «папа», «баба», «дай», «на» и т.д., реже названия предметов). Понимает отдельные слова, инструкции, сопровождаемые жестами, простую обращённую речь.</p>	<p>Мутизм или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом. «Мама» (папа, баба), «дай» без обращения. Избирательное отношение к словам. Задержка понимания обращённой речи, избирательная реакция на речь.</p>
Социальное поведение и игра	
<p>Имитирует звуки и движения (например, хлопает в ладоши). Пьёт из чашки, ест пальцами, ищет спрятанную игрушку. Указывает на объект, который хочет получить. Обращает внимание на лицо говорящего. Аффективно реагирует на непонимание взрослыми своих желаний, выражает несогласие с ситуацией. Демонстрирует совместное внимание, исследовательское поведение. Беспokoится, когда подходят незнакомые. Выполняет простейшие бытовые действия (ест ложкой, пытается причёсываться). Играет с водой, мелкими предметами, проявляет интерес к простым механизмам, устройствам.</p>	<p>Отношения с матерью иногда по типу «симбиоза», некоторые «не видят» мать. Обследует людей как неодушевлённые предметы. Детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним. Не указывает пальцем на интересующий объект. Не пытается разделить свои впечатления, эмоции с другими. Примитивные манипуляции с неигровыми предметами или использование игрушек не по назначению. О витальных потребностях может сигнализировать, но без обращения. Задержка формирования навыков опрятности.</p>

Таблица 1.3. Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детстве: *норма и РАС (18 месяцев)*

Норма в развитии детей (18 месяцев)	Признаки РАС (18 месяцев)
1	2
Двигательное развитие	
<p>Ходит, слегка расставляя ноги в стороны, при ходьбе руки держит близко к туловищу (из осторожности). Бегаёт. Перестает бросать игрушки на пол с расчётом, что поднимут и вернут, перестает брать игрушки в рот. Поднимает шарик Ø3 мм точным пинцетным захватом. Ест ложкой, пьёт из чашки самостоятельно. Различает детали на картинках. Хорошо определяет источник и локализацию звуков.</p>	<p>Ходит либо крайне осторожно, либо порывисто, импульсивно. Становятся более выраженными стереотипии: серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью. Двигательные стереотипии носят вычурный характер. Постукивания двумя первыми пальцами, три остальных прижаты к ладони. Более высокий уровень ловкости в привычной обстановке, чем в непривычной. Попытки развития навыков общей и тонкой моторики недостаточно успешны и неравномерны по результату. У части детей — явное предпочтение использования периферического зрения. Контакт «глаза в глаза» малодоступен. Многие не любят яркого света, некоторые не боятся темноты, любят быть в тёмной комнате. У многих сохраняется стремление к обнюхиванию и облизыванию.</p>

1	2
Речевое развитие	
<p>Различает по назначению и названию многие предметы. Выполняет простые инструкции, показывает части тела. Использует в речи 20 и более слов.</p>	<p>Речевое развитие искажено и нарушено в разной степени: мутизм; отдельные слова, слабо соотносимые с предметом; эхолалии; слова-штампы, фразы-штампы; запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов. В речи отсутствует обращение. Понимание обращённой речи отстаёт от нормы, но иногда маскируется ассоциативными реакциями. Отставание формирования речевого слуха.</p>
Коммуникативное развитие	
<p>Указывает на объект, выражая интерес, привлекая внимание к нему, просит о помощи, использует жест, мимическую экспрессию.</p>	<p>Вместо обращения за помощью — констатация потребностей. Речь, жесты, мимика, поздние реакции в целях общения не употребляются или употребляются очень мало и не вполне адекватно. Иногда воспроизведение стихов, песен без осмысления содержания. У некоторых развиваются симбиотические отношения с матерью, у части детей — «не замечает», «не видит» мать.</p>

1	2
Социальное поведение и игра	
<p>Копирует действия взрослых, любит сидеть на коленях и чем-нибудь заниматься (например, рассматривать книги). Эмоционально зависим от взрослых. Осмысленно играет с игрушками, в играх есть социо-имитативные и сюжетные элементы.</p>	<p>Отвержение помощи при обучении и в быту или, наоборот, чрезмерная зависимость от неё; стремление к постоянству в окружающем. Неразвито двигательное подражание. Запаздывание формирования бытовых навыков, навыков самообслуживания и опрятности. Диссоциация в применении навыков в спонтанной и произвольной ситуациях. Игра примитивная, стереотипная, манипулятивная, лишённая подражательности и элементов сюжета, часто используются не игровые предметы.</p>

Таблица 1.4. Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детстве: норма и РАС

(24 месяца)

Норма в развитии детей (24 месяца)	Признаки РАС (24 месяца)
1	2
Двигательное сенсорное развитие, действия с предметами	
<p>Бегают, может бить по мячу ногой, поднимается и спускается по ступенькам, держась за руку или за перила. Пробует ловить мяч. Строит башню из 6–7 кубиков, рисует карандашом или фломастером круговые каракули. Может узнавать и называть изображённые на картинках предметы, выполняет простые команды. Выявляется право/леворукость.</p>	<p>В части случаев регресс в двигательной сфере. Практически всегда отставание от уровня возрастной нормы. В произвольных движениях мешковатость, неуклюжесть, хотя в спонтанной двигательной активности нередко пластичность в сочетании с дисметричностью. Много стереотипных манипуляций с предметами: постукивания, верчения, перекалывания из руки в руку и др. В сенсорном развитии - то же, что и в 18 мес., иногда обострение нетипичных проявлений и страхов, связанных с сенсорным восприятием. Отчётливые трудности формирования целостного сенсорного образа (фиксация внимания на деталях).</p>
Речевое развитие	
<p>Использует не менее 50 слов. Распознаёт и называет части тела и часто встречающиеся объекты. В речи появляются фразы из двух-трех слов.</p>	<p>У части детей регресс в речевом развитии вплоть до мутизма. В других случаях — слова-штампы, фразы-штампы, комментирующие фразы, короткие и часто аграмматичные, редко «нормально» развитая некоммуникативная «взрослая» речь, интонационно обеднённая.</p>

1	2
Коммуникативное развитие	
<p>Обращается за помощью, задаёт вопросы об окружающем.</p> <p>Узнаёт и называет близких людей на фотографии. В общении использует не только речь, но и жест, мимику.</p>	<p>Основное: недоразвитие и / или нарушение коммуникативной функции жестов, мимики, других невербальных средств общения. Многие не узнают на фотографиях близких и себя.</p>
Социальное поведение, коммуникация и игра	
<p>Играет в подражательные социально-имитативные игры игрушками (например, заварить чай, налить его в чашки и напоить чаем кукол), иногда в игре есть элементарный сюжет. Играет чаще вблизи других детей, чем с ними. Требует внимания родителей, эмоционально зависим от них, негативно реагирует на невыполнение просьб и требований. Частично может одеваться и раздеваться, владеет навыками опрятности.</p>	<p>Отношение к контакту с другими людьми амбивалентное, контакты детьми игнорируются, либо отмечается страх детей. Даже с близкими общение в основном формальное и ограниченное. Реакция на словесное обращение, в том числе на обращение по имени, часто отсутствует. Нет совместного внимания (трудно привлечь внимание к определённому объекту, сам кинтересующим его объектам привлечь внимание других не стремится). В части случаев приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков. Стремление к самостоятельности отсутствует или ослаблено и (или) искажено.</p>

При диагностике также учитываются часто встречающиеся проблемы поведения при аутизме: нарушения моторики, повышенная чувствительность, особенности восприятия, самопричинение вреда (вырывание волос, стук головой, царапание), а также нарушение чувства опасности. Ребенок может не

распознавать опасные ситуации, стремиться к риску и игнорировать правила безопасности, даже при наличии негативного опыта.

Приложение 3.

Картирование ресурсов сообществ, оказывающих услуги семьям с детьми РАС (г. Астана)

№	Наименование организации	Адрес	Контакты	Сайт
1	2	3	4	5
1	Медико-социальная экспертиза.	Кравцова 18,	24-82-97 взрослые 24-82-77-дети	Контакты (www.gov.kz)
2	РЦ «Адал Ниет»	Московская, 17	+77752206599	adal_niet_astana страница инстаграм
3	ОФ «Бакытты Шанырак» (поддержка семей, имеющих детей с инвалидностью)	улица Қобыланды Батыр, дом 7Н	+77475058005	baqytty_shanyraq страница инстаграм
4	РЦ «Жұлдызай» (ДЦП, ЗРР)	Кабанбай батыра 46/1 Сыганак 54/2	+77781592031 30-88-97	Медицинский реабилитационный центр «Жұлдызай» - Корпоративный благотворительный фонд «BI-Жұлдызай» (juldizai.kz) juldizai.fond страница инстаграм

1	2	3	4	5
5	Общество детей инвалидов (ОДИ)	Ойтоган, 18 Сарыарка 48/2	+77018114476	Odi_astana страница инстаграм
6	РЦ «Онеге»	Акжүніс 11/1	+7707 7543325 +7778 1116756	Onege.onaltu страница инстаграм
7	РЦ «Камкорлык»	Тәуелсіздік 11/1.	35 12 55, 35 11 87. 35-13-05 справочная	
8	РЦ «ОРДА»	Туран,9 Майлина Б.,21 Бокейхана 25 В, нп-1	+77779992855	Orda_autism Страница инстаграм
9	Управление социальной защиты Отдел по вопросам защиты людей с инвалидностью	Бейбытшылык, 9	+77056450671 +77056450692 55-69-90	Управление занятости и социальной защиты города Астаны (www.gov.kz)
10	Национальный центр детской реабилитации	Туран 36	+7 (7172) 51–16–12 регистратура +7 (7172) 511–555 регистратура	Nccr.kz Инстаграм страница

1	2	3	4	5
11	Общественный Фонд «Балам-ай»	ул. Желтоқсан 1, ВП 1х Токпанова, 60 Бектурова, 7 Кудайбердыулы 25/3 Сарыарка48/2 Алпамыс 10	423812, 390064 +77079157363	
12	Центр поддержки института семьи Жануя	Бейбытшылык,14	27-23-33	Otbasy-astana.kz Otbasy_astana Страница инстаграм
13	Инватакси	Б.Момышулы, 2а Ойтоган,18	+77781121055 +77021798001 +78000700143 +77021798001	
14	Общественное объединение инвалидов «Независимая жизнь «ДОС»»	Ш.Айманова 6/1	43-69-36	Cnzhdos Страница инстаграм
15	Асыл Мирас Центр поддержки детей с аутизмом	Улица Достык, 13	+7700 4348701	Bulat_utemuratov_foundation Страница инстаграм

Приложение 4.

План свободного интервью с семьей, имеющих детей с РАС

1. Установление контакта

- 1.1 Как Ваши дела?
- 1.2 Как вы себя чувствуете?
- 1.3 Как дети

2. Жилье, работа, доход

2.1 Жилье

1. Где вы живёте?
 - арендное жильё
 - собственной жильё
 - дом или квартира
 - другое
2. Сколько в вашем доме (квартире) комнат?
3. Есть ли в доме основные удобства:
 - отопление
 - водоснабжение
 - электричество
 - газ
 - туалет и ванная?

Если нет, то почему?

4. Какая бытовая техника имеется в доме?
5. Какая имеется мебель?
6. Сколько людей живет в вашем доме?
7. Имеет ли каждый из детей свою собственную кровать?

2.2 Работа

1. Работаете ли Вы или Ваш супруг/супруга?
2. Если нет, то почему?
3. Если да, то где и кем?
4. Характер работы/график работы
5. Работа достаточно стабильная ли и безопасная?

2.3 Доход

1. Получаете ли вы все положенные льготы и пособия?
2. Оказывает ли вам какую-либо поддержку кто-то из окружения?
3. Плата за жильё и коммунальные услуги вносится регулярно?
4. Удаётся ли вам жить на то, что вы зарабатываете или вы живёте в долг?
5. На что уходит основная часть доходов?
6. На что хватает/ не хватает Вашего дохода?

3. Факторы семьи и окружения

3.1 История семьи

1. В какой семье Вы жили в детстве?
 - с вашими родителями
 - в расширенной семье
 - находились на попечении
 - воспитывались в интернатном учреждении
 - другое
2. Опишите, каким было ваше детство?
3. Было ли в Вашей жизни какое-либо травмирующее событие или кризис, который так и не разрешился?

3.2 Функционирование семьи

1. Происходили ли недавно или сейчас происходят в Вашей семье какие-либо изменения или события? Например, такие как:
 - уход из семьи одного из родителей
 - уход из дома более взрослых детей
 - приезд кого-либо из родственников для проживания с вами
 - проживание вашего ребёнка в расширенной семье?

2. Есть ли у кого-то из членов семьи какая-либо проблема:

- проблемы с душевным здоровьем,
- проблемы с физическим здоровьем,
- поведенческие проблемы,
- физическая недееспособность,
- проблема с обучаемостью,
- сенсорные нарушения (нарушения органов чувств),
- употребление алкоголя/наркотиков
- другие (какие)

3. Если да, то как это влияет на Вас и других членов семьи?

4. Как часто в семье происходят конфликты / ссоры?

5. Как вы улаживаете ссоры, разногласия и различия во мнениях по поводу заботы о детях с вашим супругом или расширенной семьёй?

3.3 Расширенная семья

1. Оказывает ли Вам кто-то из членов расширенной семьи какую-либо помощь или поддержку? Например,

- практическую помощь
- эмоциональную поддержку
- финансовую помощь
- информацию и совет
- помощь в удовлетворении специальных потребностей.

4. Ресурсы социума и общины, включая образовательные

4.1. Социальная интеграция семьи

1. Ощущаете ли Вы свою семью принятой как часть общества?

2. Подвергаются ли члены семьи дискриминации/притеснениям?

3. У Вас есть друзья?

4. Вовлечена ли семья в работу местных организаций/всевозможные виды общественной деятельности?

4.2. Ресурсы общины

1. Используете ли вы ресурсы в районе вашего проживания:

- магазины и супермаркет
- библиотека
- места для проведения досуга
- медицинские учреждения
- школа
- другое

Приложение 5.

Карточки профессии «Социальный работник по уходу в области здравоохранения». Согласно Приложению 4 к профессиональному стандарту «Социальный работник в области здравоохранения», утвержденному приказом МЗ РК от 23.08.2023 № 146.

Код профессии:	-
1	2
Код группы	2635-3
Наименование профессии	Социальный работник по уходу в области здравоохранения
Квалификационный уровень по ОРК	6.1
Уровень квалификации для профессии согласно типовым квалификационным характеристикам должностей руководителей, специалистов и других служащих организаций в области здравоохранения	Высшее образование и (или) послевузовское образование по направлению подготовки "Здравоохранение" или "Педагогические науки" или "Естественные науки, математика и статистика", свидетельство о прохождении сертификационного курса или сертификат о повышении квалификации по специальности "Социальная работа", свидетельство о повышении квалификации по направлению социальной сферы или работы.

1	2		
Уровень профессионального образования	Высшее образование и (или) послевузовское образование по направлению подготовки "Здравоохранение" или "Педагогические науки" или "Естественные науки, математика и статистика".		
1	2	3	4
Трудовые функции	Обязательные трудовые функции	Трудовая функция 1	Общая диагностика социальной ситуации и потребности личности в социальных услугах.
		Трудовая функция 2	Оказание социальной поддержки пациентов и их семей.
		Трудовая функция 3	Организация работы по взаимодействию, координации и сотрудничеству с общественными организациями, государственными органами и организациями, развивает волонтерское движение.
		Трудовая функция 4	Ведение учетно-отчетной документации по социальной службе.

1	2	3	4
	Дополнительные трудовые функции	Трудовая функция 1	Постоянное профессиональное развитие.
Трудовая функция 1 Общая диагностика социальной ситуации и потребности личности в социальных услугах	Задача 1	Умения и навыки	
	Диагностика социальной ситуации и потребности личности в социальных услугах	<p>1. Сбор информации о пациенте и его социальной ситуации, включая проведение беседы, изучение медицинской и социальной документации, сведений о семье и окружении, проведения анкетирования или стандартизированных инструментов для оценки потребностей.</p> <p>2. Анализировать различные социальные факторы, влияющие на жизнь и благополучие пациента, включая экономические условия, жилищные условия, семейные и социальные связи, доступ к социальным и медицинским ресурсам, степень социальной поддержки.</p> <p>3. Определение основных потребностей пациента на основе собранной информации (в финансовой поддержке, помощи с жилищными условиями, доступе к медицинским услугам, социальной поддержке, психологической помощи, помощи в обеспечении ухода).</p>	

1	2	3
		<p>4. Оценка рисков, с которыми сталкивается пациентов (социальная изоляция, экономические трудности, нарушения в семье).</p> <p>5. Определение ресурсов пациента, которые могут помочь ему преодолеть трудности и достичь целей.</p> <p>6. Разработка плана действий, направленных на решение выявленных проблем и удовлетворение потребностей, на основе диагностики социальной ситуации и потребностей пациента.</p> <p>7. Мониторинг прогресса пациента, эффективности предоставляемых услуг и оценка изменений в социальной ситуации и потребностях пациента.</p>
		<p>Знания</p> <p>1. Нормативные правовые акты по социальной работе в области здравоохранения.</p>
	Задача 2	Умения и навыки

1	2	3
	<p>Определение пакета социальных услуг</p>	<p>1. Предоставление поддержки пациентам и их семьям, помогая справиться с психологическими, социальными и эмоциональными трудностями, связанными с заболеванием или травмой.</p>
		<p>2. Консультирование, психологическая поддержка, помощь в обращении за социальными пособиями и льготами, а также организация поддерживающих групп или программ.</p> <p>3. Адаптация пациентов к изменениям, связанным с заболеванием или инвалидностью, и восстановить свою независимость и функциональные возможности.</p> <p>4. Предоставление ресурсов и информации о реабилитационных программах, физиотерапии, адаптивных технологиях, обучении навыкам самообслуживания и возвращению на работу.</p> <p>5. Работа с семьями пациентов, помощь в преодолении семейных трудностей, связанных с заболеванием или инвалидностью.</p>

1	2	3
Трудовая функция 2 Осуществление социальной поддержки пациентов	Задача 1	Знания
	Оказание социальной поддержки пациентов и их семей	1. Информация о доступных услугах, правах пациентов, возможностях финансирования, программ обеспечения социальной поддержки и других социальных ресурсах.
		Умения и навыки
		1. Содействовать медицинскому и психологическому лечению больных, помогать адаптации пациента к новым условиям пребывания. 2. Решать вопросы социальной поддержки пациентов. 3. Информировать население о видах специальных социальных услуг. 4. Принимает участие в организации работы по формированию здорового образа жизни.
	Знания	
1. Правовые и нормативные акты и документы, методологию по социальной работе в области здравоохранения. 2. Социальные проблемы и потребности пациентов.		

1	2	3
<p>Трудовая функция 3 Взаимодействие с коллегами и другими работниками в области здравоохранения</p>	Задача 1	Умения и навыки
	<p>Осуществлять свою деятельность под руководством специалиста по социальной работе в области здравоохранения</p>	<p>1. Работать в тесном сотрудничестве с руководящим специалистом по социальной работе: 1) обмениваться информацией о пациентах; 2) координировать совместные действия для обеспечения комплексного и эффективного ухода; 3) обсуждать различные варианты ухода и принимать совместные решения, учитывая социальные, психологические и медицинские аспекты.</p> <p>Знания</p> <p>1. Нормативные правовые акты в области предоставления социальных услуг. 2. Принципы социальной работы. 3. Ресурсы и программы поддержки пациентов, предлагаемые в области социальной работы в здравоохранении.</p>
	Задача 2	Умения и навыки

1	2	3
	<p>Взаимодействие с коллегами и другими работниками в области здравоохранения</p>	<p>1. Развивает навыки эффективной коммуникации и сотрудничества с членами медицинской команды. 2. Сотрудничает с коллегами для обеспечения качественной медицинской помощи.</p> <p>Знания</p> <p>1. Нормативные правовые акты в области здравоохранения. 2. Принципы коммуникации с коллегами и другими работниками в области здравоохранения. 3. Принципы командной работы, тайм-менеджмента.</p>
<p>Трудовая функция 5 Ведение учетно-отчетной документации по социальной службе</p>	<p>Задача 1</p> <p>Осуществлять ведение учетной и отчетной документации</p>	<p>Умения и навыки</p> <p>1. Оформлять документацию по формам, видам, в объеме, порядке и сроки, установленные уполномоченным органом. 2. Использование в профессиональной деятельности информационные системы в сфере здравоохранения.</p> <p>Знания</p>

1	2	3
Дополнительная трудовая функция 1 Постоянное профессиональное развитие	Задача 1	1. Правила оформления учетно-отчетной документации по социальной службе. 2. Правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения.
	Участие в общественной и профессиональной деятельности	Умения и навыки 1. Принимать участие в работе профессиональных ассоциаций, комитетов и групп по обсуждению вопросов здравоохранения. 2. Развивать свои коммуникационные навыки, включая эффективное общение с пациентами, коллегами и другими участниками медицинской команды. 3. Проводить саморефлексию и самооценку своей работы, чтобы выявить сильные и слабые стороны и разработать планы для своего дальнейшего профессионального роста.
		Знания

1	2	3
Требования к личностным компетенциям	<ol style="list-style-type: none"> 1. Коммуникабельность. 2. Эмпатия. 3. Сотрудничество и работа в команде. 4. Стрессоустойчивость. 5. Стремление к профессиональному развитию. 6. Системное и аналитическое мышление. 7. Адаптивность и гибкость. 8. Наблюдательность, внимательность к деталям. 9. Профессионализм и этичное поведение. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возможности сетевого взаимодействия и общения с коллегами из своей профессиональной области. 2. Этические принципы и профессиональных стандартов, которые регулируют деятельность социального работника в области здравоохранения.
Связь с другими профессиями в ОРК	4.1, 4.2, 4.3	Социальный работник по уходу в области здравоохранения.
	6.2, 6.3	Специалист по социальной работе в области здравоохранения.

1	2		3
Связь с ЕТКС или КС или другими справочниками профессий	Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 "Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21856)		33. Специалист по социальной работе в области здравоохранения.
1	2	3	4
Связь с системой образования и квалификации	Уровень образования:	Специальность:	Квалификация:
	Высшее образование	6В10 Здравоохранение	6В101 Здравоохранение
		6В01 Педагогические науки	6В011 Педагогика и психология 6В012 Педагогика дошкольного воспитания и обучения,

1	2	3	<p data-bbox="1259 165 1278 188">4</p> <p data-bbox="1102 197 1434 283">6В013 Подготовка учителей без предметной специализации</p> <p data-bbox="1102 322 1434 437">6В014 Подготовка учителей с предметной специализацией общего развития</p> <p data-bbox="1102 445 1434 532">6В015 Подготовка учителей по естественнонаучным предметам</p> <p data-bbox="1102 539 1434 626">6В016 Подготовка учителей по гуманитарным предметам</p> <p data-bbox="1102 633 1434 684">6В017 Подготовка учителей по языкам и литературе</p> <p data-bbox="1102 692 1434 778">6В018 Подготовка специалистов по социальной педагогике</p> <p data-bbox="1102 786 1434 836">6В019 Специальная педагогика</p> <p data-bbox="1102 844 1434 899">6В020 Профессиональное обучение (по профилю)</p>
---	---	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1	2	3	4
		6B05 Естественные науки, математика и статистика	6B051 Биологические и смежные науки 6B052 Окружающая среда 6B053 Физические и химические науки 6B054 Математика и статистика 6B055 Геология
Условия (содержания и качества) труда	Место выполнения работы, режим рабочего времени, времени отдыха, продолжительность трудовых отпусков, условия оплаты труда и иные условия труда устанавливаются в трудовых и коллективных договорах в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан.		

Примечание:

ЕТКС – единый тарифно-квалификационный справочник;
КС – квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и других служащих, разработанный и утвержденный в соответствии с подпунктом 16-2) статьи 16 Трудового кодекса Республики Казахстан;
ОРК – отраслевая рамка квалификаций.

Согласно Приложению 5 к профессиональному стандарту «Социальный работник в области здравоохранения», утвержденному приказом МЗ РК от 23.08.2023 № 146

Код профессии:	-
1	2
Код группы	2635-3
Наименование профессии	Социальный работник по уходу в области здравоохранения
Квалификационный уровень по ОРК	6.2
Уровень квалификации для профессии согласно типовым квалификационным характеристикам должностей руководителей, специалистов и других служащих организаций в области здравоохранения	Высшее образование и (или) послевузовское образование по направлению подготовки "Здравоохранение" или "Педагогические науки" или "Естественные науки, математика и статистика", свидетельство о прохождении сертификационного курса или сертификат о повышении квалификации по специальности "Социальная работа", свидетельство о повышении квалификации по направлению социальной сферы или работы.

1	2		
Уровень профессионального образования	Высшее образование и (или) послевузовское образование по направлению подготовки "Здравоохранение" или "Педагогические науки" или "Естественные науки, математика и статистика"		
1	2	3	4
Трудовые функции	Обязательные трудовые функции	Трудовая функция 1	Проводит общую диагностику социальной ситуации и потребности личности в социальных услугах; определяет пакет социальных услуг.
		Трудовая функция 2	Оказание социальной поддержки пациентов и их семей.
		Трудовая функция 3	Организация работы по взаимодействию, координации и сотрудничеству с общественными организациями,

1	2	3	4 государственными органами и организациями, развивает волонтерское движение.
		Трудовая функция 4	Ведение учетно-отчетной документации по социальной службе.
	Дополнительные трудовые функции	Трудовая функция 1	Постоянное профессиональное развитие.
1	2	3	
Трудовая функция 1 Проводит общую диагностику социальной ситуации и потребности личности в социальных услугах; определяет пакет социальных услуг	Задача 1	Умения и навыки	
	Диагностика социальной ситуации и потребности личности в социальных услугах	1. Оценка потребностей в социально-медицинских услугах с учетом характера заболевания, медицинских показаний, физического и психического состояния получателей услуг. 2. Навыки по сбору информации о пациенте и его социальной ситуации.	

1	2	<p style="text-align: center;">3</p> <p>3. Анализ социальных факторов, влияющих на жизнь и благополучие пациента.</p> <p>4. Определение потребностей пациента.</p> <p>5. Оценка рисков, силы и ресурсов пациента.</p> <p>6. Разработка плана действий, направленных на решение выявленных проблем и удовлетворение потребностей.</p> <p>7. Мониторинг и оценка прогресса пациента, мониторинг эффективности предоставляемых услуг, регулярная оценка изменений в социальной ситуации и потребностях клиента. При необходимости, коррекция плана действий.</p> <p>8. Эффективное общение с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности.</p> <hr/> <p>Знания</p> <hr/> <p>1. Принципы эффективного общения с пациентом и его окружением в процессе профессионального ухода.</p>
---	---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1	2	3
	Задача 2	Умения и навыки
	Определение пакета социальных услуг	<p>1. Предоставление поддержки пациентам и их семьям, помогая справиться с психологическими, социальными и эмоциональными трудностями, связанными с заболеванием или травмой.</p> <p>2. Консультирование, психологическая поддержка, помощь в обращении за социальными пособиями и льготами, а также организация поддерживающих групп или программ.</p> <p>3. Адаптация пациентов к изменениям, связанным с заболеванием или инвалидностью, и восстановить свою независимость и функциональные возможности.</p> <p>4. Предоставление ресурсов и информации о реабилитационных программах, физиотерапии, адаптивных технологиях, обучении навыкам самообслуживания и возвращению на работу.</p> <p>5. Работа с семьями пациентов, помощь в преодолении семейных трудностей, связанных с заболеванием или инвалидностью.</p>

1	2	<p style="text-align: center;">3</p> <p>6. Семейные консультации, участие в организации и планировании ухода. 7. Координация услуг для поддержки семейного благополучия.</p> <p>Знания</p> <p>1. Информация о доступных услугах, правах пациентов, возможностях финансирования, программ обеспечения социальной поддержки и других социальных ресурсах.</p>
Трудовая функция 2 Оказание социальной поддержки пациентов и их семей	Задача 1	Умения и навыки
	Оказание социальной поддержки пациентов и их семей	<p>1. Содействовать медицинскому и психологическому лечению больных, помогать адаптации пациента к новым условиям пребывания. 2. Решать вопросы социальной поддержки пациентов. 3. Информировать население о видах специальных социальных услуг.</p>

1	2	<p style="text-align: center;">3</p> <p>4. Оказывает помощь в развитии умения самостоятельно решать свои проблемы, вовлекает пациентов в процесс социального оздоровления.</p> <p>5. Принимает участие в организации работы по формированию здорового образа жизни.</p>
Трудовая функция 3 Организация работы по взаимодействию, координации и сотрудничеству с общественными организациями, государственными	Задача 1	Знания
	Осуществлять свою деятельность под руководством специалиста по социальной работе в области здравоохранения	<p>1. Правовые и нормативные акты и документы, методологию по социальной работе в области здравоохранения.</p> <p>2. Социальные проблемы и потребности пациентов.</p>
		Умения и навыки
		<p>1. Работать в тесном сотрудничестве с руководящим специалистом по социальной работе:</p> <p>1) обмениваться информацией о пациентах;</p> <p>2) координировать совместные действия для обеспечения комплексного и эффективного ухода.</p> <p>2. Под руководством специалиста по социальной работе в области здравоохранения:</p>

<p>1</p> <p>органами и организациями, развивает волонтерское движение</p>	<p>2</p>	<p>3</p> <p>1) обсуждать различные варианты ухода и принимать совместные решения, учитывая социальные, психологические и медицинские аспекты;</p> <p>2) работать над решением проблем и трудностей, связанных с здоровьем и социальным благополучием пациентов.</p> <p>3) Развивать волонтерское движение.</p>
		<p>Знания</p> <p>1. Нормативные правовые акты в области предоставления социальных услуг.</p> <p>2. Принципы социальной работы.</p> <p>3. Ресурсы и программы поддержки пациентов, предлагаемые в области социальной работы в здравоохранении.</p>
	<p>Задача 2</p>	<p>Умения и навыки</p>
	<p>Взаимодействие с коллегами и другими работниками в области здравоохранения</p>	<p>1. Развивает навыки эффективной коммуникации и сотрудничества с членами медицинской команды.</p>

1	2	<p data-bbox="1145 165 1161 188">3</p> <p data-bbox="863 199 1437 255">2. Сотрудничает с коллегами для обеспечения качественной медицинской помощи.</p> <p data-bbox="863 277 943 300">Знания</p> <p data-bbox="863 333 1437 512">1. Нормативные правовые акты в области здравоохранения. 2. Принципы коммуникации с коллегами и другими работниками в области здравоохранения. 3. Принципы командной работы, тайм-менеджмента.</p>
Трудовая функция 4 Ведение учетно-отчетной документации по социальной службе	<p data-bbox="485 538 580 561">Задача 1</p> <p data-bbox="485 594 836 680">Осуществлять ведение учетной и отчетной документации</p>	<p data-bbox="863 538 1066 561">Умения и навыки</p> <p data-bbox="863 594 1437 770">1. Оформлять документацию по формам, видам, в объеме, порядке и сроки, установленные уполномоченным органом. 2. Использования в профессиональной деятельности информационные системы в сфере здравоохранения.</p> <p data-bbox="863 796 943 818">Знания</p>

1	2	3
Дополнительная трудовая функция 1 Постоянное профессиональное развитие	Задача 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Правила оформления учетно-отчетной документации по социальной службе. 2. Правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения.
	Участие в общественной и профессиональной деятельности	Умения и навыки
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Принимать участие в работе профессиональных ассоциаций, комитетов и групп по обсуждению вопросов здравоохранения. 2. Развивать свои коммуникационные навыки, включая эффективное общение с пациентами, коллегами и другими участниками медицинской команды. 3. Проводить саморефлексию и самооценку своей работы, чтобы выявить сильные и слабые стороны и разработать планы для своего дальнейшего профессионального роста.
	Знания	

1	2	3
Требования к личностным компетенциям	<p data-bbox="853 203 1449 470"> 1. Последние достижения и тенденции, новых методов профессиональной практики. 2. Возможности сетевого взаимодействия и общения с коллегами из своей профессиональной области. 3. Этические принципы и профессиональные стандарты, которые регулируют практику социального работника. </p> <p data-bbox="474 470 853 919"> 1. Коммуникабельность. 2. Эмпатия, эмоциональный интеллект. 3. Адаптивность и гибкость. 4. Сотрудничество и работа в команде. 5. Управление стрессом. 6. Самоорганизация и самомотивация. 7. Рефлексия и самоанализ. 8. Системное и аналитическое мышление. 9. Стремление к профессиональному развитию. 10. Этические стандарты. </p>	

1	2	3
Связь с другими профессиями в ОРК	4.1, 4.2, 4.3	Социальный работник по уходу в области здравоохранения.
	6.1, 6.3	Специалист по социальной работе в области здравоохранения.
Связь с ЕТКС или КС или другими справочниками профессий	Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 "Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21856).	33. Специалист по социальной работе в области здравоохранения.

1	2	3	4
Связь с системой образования и квалификации	Уровень образования:	Специальность:	Квалификация:
	Высшее образование	6В10 Здравоохранение	6В101 Здравоохранение
		6В01 Педагогические науки	6В011 Педагогика и психология 6В012 Педагогика дошкольного воспитания и обучения 6В013 Подготовка учителей без предметной специализации 6В014 Подготовка учителей с предметной специализацией общего развития 6В015 Подготовка учителей по естественнонаучным предметам 6В016 Подготовка учителей по гуманитарным предметам

1	2	3	4 6B017 Подготовка учителей по языкам и литературе 6B018 Подготовка специалистов по социальной педагогике 6B019 Специальная педагогика 6B020 Профессиональное обучение (по профилю)
		6B05 Естественные науки, математика и статистика	6B051 Биологические и смежные науки 6B052 Окружающая среда 6B053 Физические и химические науки 6B054 Математика и статистика 6B055 Геология

1	2
Условия (содержания и качества) труда	Место выполнения работы, режим рабочего времени, времени отдыха, продолжительность трудовых отпусков, условия оплаты труда и иные условия труда устанавливаются в трудовых и коллективных договорах в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан.

Согласно Приложению 6 к профессиональному стандарту «Социальный работник в области здравоохранения», утвержденному приказом МЗ РК от 23.08.2023 № 146

Код профессии:	-
1	2
Код группы	2635-3
Наименование профессии	Социальный работник по уходу в области здравоохранения.
Квалификационный уровень по ОРК	6.3
Уровень квалификации для профессии согласно типовым квалификационным характеристикам должностей руководителей, специалистов и других служащих организаций в области здравоохранения	Высшее образование и (или) послевузовское образование по направлению подготовки "Здравоохранение" или "Педагогические науки" или "Естественные науки, математика и статистика", свидетельство о прохождении сертификационного курса или сертификат о повышении квалификации по специальности "Социальная работа", свидетельство о повышении квалификации по направлению социальной сферы или работы.

1	2		
Уровень профессионального образования	Высшее образование и (или) послевузовское образование по направлению подготовки "Здравоохранение" или "Педагогические науки" или "Естественные науки, математика и статистика".		
1	2	3	4
Трудовые функции	Обязательные трудовые функции	Трудовая функция 1	Оказание наставнических и консультативных услуг в вопросах организации и осуществления социальной работы в области здравоохранения.
		Трудовая функция 2	Организация и контроль деятельности социальных работников в области здравоохранения.
	Дополнительные трудовые функции	Трудовая функция 1	Проведение экспертизы объема и качества услуг, оказываемых социальными работниками в области здравоохранения.

1	2	3	4
1	2	Трудовая функция 2	Постоянное профессиональное развитие.
1	2	3	
Трудовая функция 1 Оказание наставнических и консультативных услуг в вопросах организации и осуществления социальной работы в области здравоохранения.	Задача 1	Умения и навыки	
	Предоставление наставнических и консультационных услуг.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оказывать организационно-методическую помощь. 2. Осуществлять консультативную помощь и наставничество социальными работниками в области здравоохранения. 3. Принимать решения по спорным вопросам. 	
		Знания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Документы, регламентирующие организационно-методическую помощь социальными работниками в области здравоохранения.

1	2	3
<p>Трудовая функция 2 Организация и контроль деятельности социальных работников в области здравоохранения</p>	Задача 1	Умения и навыки
	<p>Формирование экспертных заключений</p>	<p>1. Организовывать работу структурных подразделений, оказывающих услуги по социальной работе в области здравоохранения. 2. Планировать, и прогнозировать деятельность структурных подразделений, оказывающих услуги по социальной работе в области здравоохранения.</p>
		<p>Знания</p> <p>1. Документы регламентирующие организационно – методическую деятельность социальных работников в области здравоохранения.</p>
<p>Дополнительная трудовая функция 1 Проведение экспертизы объема и качества услуг, оказываемых социальными работниками в области здравоохранения.</p>	<p>Задача 1</p> <p>Экспертиза объема и качества услуг, оказываемых социальными работниками в области здравоохранения.</p>	<p>Умения и навыки</p> <p>1. Контролировать объем и качество услуг, оказываемых социальными работниками в области здравоохранения. 2. Владеть навыками проведения мониторинга показателей деятельности социальных работников в области здравоохранения.</p>

1	2	<p data-bbox="815 165 1441 356">3. Определять факторы риска и своевременно информировать руководство организации о возникающих системных проблемах в области качества услуг, оказываемых социальными работниками в области здравоохранения.</p> <p data-bbox="815 359 1441 412">Знания</p> <p data-bbox="815 415 1441 580">1. Законодательства РК по социальной работе в области здравоохранения. 2. Методики проведения экспертизы качества услуг, оказываемых социальными работниками в области здравоохранения.</p>
Дополнительная трудовая функция 2 Постоянное профессиональное развитие	Задача 1 Развитие и внедрение новых методов и технологий	<p data-bbox="815 598 1441 636">Умения и навыки</p> <p data-bbox="815 639 1441 770">1. Изучать и внедрять новые методы в собственную практику и практику медицинских организаций. 2. Участвовать в оценке эффективности новых подходов и методов.</p>

1	2	3
		Знания
		1. Текущие тенденции и инновации, новые методы, которые появляются в области специализации работника.
Требования к личностным компетенциям	<ol style="list-style-type: none"> 1. Коммуникабельность. 2. Эмпатия, эмоциональный интеллект. 3. Лидерство. 4. Наставничество. 5. Сотрудничество и работа в команде. 6. Системное и аналитическое мышление. 7. Организационные навыки. 8. Управление стрессом. 9. Самоорганизация и эффективное управление временем. 10. Профессиональная этика. 11. Стремление к качеству. 	
Связь с другими профессиями в ОРК	4.1, 4.2, 4.3	Социальный работник по уходу в области здравоохранения.
	6.1, 6.2	Специалист по социальной работе в области здравоохранения.

1	2	3
<p>Связь с ЕТКС или КС или другими справочниками профессий</p>	<p>Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 "Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21856).</p>	<p>33. Специалист по социальной работе в области здравоохранения.</p>

1	2	3	4
Связь с системой образования и квалификации	Уровень образования:	Специальность:	Квалификация:
	Высшее образование	6В10 Здравоохранение 6В01 Педагогические науки	6В101 Здравоохранение 6В011 Педагогика и психология, 6В012 Педагогика дошкольного воспитания и обучения, 6В013 Подготовка учителей без предметной специализации 6В014 Подготовка учителей с предметной специализацией общего развития 6В015 Подготовка учителей по естественнонаучным предметам 6В016 Подготовка учителей по гуманитарным предметам

1	2	3	4 6B017 Подготовка учителей по языкам и литературе 6B018 Подготовка специалистов по социальной педагогике 6B019 Специальная педагогика 6B020 Профессиональное обучение (по профилю)
		6B05 Естественные науки, математика и статистика	6B051 Биологические и смежные науки 6B052 Окружающая среда 6B053 Физические и химические науки 6B054 Математика и статистика 6B055 Геология
Условия (содержания и качества) труда	Место выполнения работы, режим рабочего времени, времени отдыха, продолжительность трудовых отпусков, условия оплаты труда и иные условия труда устанавливаются в трудовых и коллективных договорах в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан.		

Примечание:

ЕТКС – единый тарифно-квалификационный справочник;
КС – квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и других служащих, разработанный и утвержденный в соответствии с подпунктом 16-2) статьи 16 Трудового кодекса Республики Казахстан;

ОРК – отраслевая рамка квалификаций;

РК – Республика Казахстан.

УДК 376

ББК 74.3

М54

**Урузбаева Г.Т., Мухамбетова К.А., Кожагельдиева Л. Х.,
Кошербаева Л.К.**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ
РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

ISBN 978-601-7647-35-3



ISBN 978-601-7647-35-3



