**Название:** Санкт-Петербургская общественная благотворительная организация «Общество Свт. Иоасафа»

**Сайт:** <https://joasaph.ru/> группа в ВК <https://vk.com/kitezhgrad>

**Телефон:** +7-911-089-6715

**Электронная почта:** aorum@mail.ru

**Контактное лицо:** Людмила Соколова

**Ценности практики**

• Уважение к личности родителей и детей, эмоциональная открытость и доверие в общении.

Доверие, защита и забота создают лучшие условия для компенсации детям потери естественной социальной среды.

• Быстрое и действенное реагирование на выявление признаков социально-опасного положения семей с детьми с ТБ.

• Семейно-ориентированный подход к организации сопровождения и работы с семьей.

Акцент на мотивацию родителей к изменению жизненной ситуации, приведшей к кризису.

• Непрерывность и комплексность сопровождения семей.

• Участие детей и родителей в обсуждении и принятии решений.

• Сохранение функциональной кровной семьи для ребенка.

• Командная работа специалистов.

• Привлечение к работе профессионалов, поощрение непрерывного обучения и повышения квалификации специалистов и волонтеров, применение современных методик и техник.

## **Общая информация о практике**

**Как называется практика?**

**“Детство в больнице”:** сопровождение семей с детьми, проходящими длительное стационарное лечение от туберкулеза и реабилитацию

**Где проходила реализация практики (страны, регионы, города, сёла и пр.)?**

Санкт-Петербург

**Краткое описание практики**

**Краткая аннотация практики**

Практика направлена на ресоциализацию детей, проходящих длительное лечение от туберкулеза в стационарных условиях, и улучшение благополучия их семей. Практика компенсирует потерянные больными детьми возможностей для естественной социализации. В рамках практики проводится формирование у детей социально-бытовых навыков, осуществляется всестороннее личностное развитие и повышается уровень образования. Компенсация в этих областях, а также опыт успешного проживания стрессовых ситуаций, влияют не только на актуальное состояние детей, но и являются вкладом в их будущее, когда они выпишутся из больницы.

Для полноценной поддержки детей в рамках практики необходимо повысить потенциал их семьей, у которых кризисное состояние усугубляется в связи с болезнью ребенка. В практике большое внимание уделено мотивированию семей на поиск выхода из кризисной ситуации при помощи специалистов. Мероприятия по социальному сопровождению кризисных семей проводятся с применением технологий ведения случая и повышения родительских компетенций. Совместное участие детей со своими родителями в творческих и развивающих занятиях значительно улучшают внутрисемейные отношения.

Осуществление мероприятий практики позволяет детям пройти длительное и сложное лечение с минимальными социальными и психологическими потерями, быстрее восстановить жизненные силы, сократить период адаптации после выписки из стационара и успешно включиться в образовательную среду и социум.

**Основные благополучатели практики**

Все непосредственно вовлеченные в реализацию практики группы благополучателей:

Медицинский персонал больницы, где дети проходят лечение от туберкулеза (далее - ТБ)

Ближайшее окружение детей, больных ТБ (родственники, друзья, соседи по палате, одноклассники, учителя)

Волонтеры, принимающие участие в реализации практики

Конечные благополучатели практики:

* Дети, проходящие длительное стационарное лечение от туберкулеза и реабилитацию, из кризисных кровных семей (далее – Дети с ТБ) – более 20 детей
* Родители детей, проходящих длительное стационарное лечение от туберкулеза и реабилитацию, из кризисных кровных семей (далее – Родители детей с ТБ) – более 20 человек из 20 семей

**Проблемы и потребности благополучателей**

|  |  |
| --- | --- |
| **Целевая группа** | **Проблемы благополучателей данной целевой группы** |
| Родители детей, проходящих длительное стационарное лечение от туберкулеза и реабилитацию, из кризисных кровных семей (далее – Родители детей с ТБ) | Кризисное состояние семей, усугубленное заболеванием ребенка туберкулезом и длительным лечением.Юридическая и социальная неграмотность.Страх обращения за помощью.Низкий уровень педагогических компетенций и непонимание особенностей длительного пребывания ребенка в стационаре. Риск разрыва внутрисемейных отношений |
| Дети с ТБ (кризисные кровные семьи) | Синдром госпитализма, проявляющийся в незрелости личностного развития, искажении психофизиологической деятельности, нарушении связи с социальным миром, неуверенности в своих силах, потере социальных навыков.Снижение образовательных возможностей и возможностей для развития в связи с особенностями стационарных условий, отсутствием дошкольного образования и недостаточностью школьного. |

**Социальные результаты практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Группа благополучателей** | **Проблемы / потребности благополучателей** | **Планируемые позитивные изменения в ситуации благополучателей (социальные результаты практики)** |
| Родители детей, проходящих длительное стационарное лечение от туберкулеза и реабилитацию, из кризисных кровных семей (далее – Родители детей с ТБ) | Кризисное состояние семей, усугубленное заболеванием ребенка ТБ и длительным лечением.Юридическая и социальная неграмотность.Страх обращения за помощью.Низкий уровень педагогических компетенций и непонимание особенностей длительного пребывания ребенка в стационаре. Риск разрыва внутрисемейных отношений | Повышение благополучия семьи(достижение уровня благополучия, который семья указала в качестве конечной цели плана реабилитации) |
| Улучшение детско-родительских отношений в семьях с детьми с ТБ |
| Дети с ТБ (кризисные кровные семьи) | Синдром госпитализма, проявляющийся в незрелости личностного развития, искажении психофизиологической деятельности, нарушении связи с социальным миром, неуверенности в своих силах, потере социальных навыков.Снижение образовательных возможностей и возможностей для развития в связи с особенностями стационарных условий, отсутствием дошкольного образования и недостаточностью школьного. | Стабилизация эмоционально психологического состояния детей с ТБ |
| Повышение уровня образования и социально личностного развития детей с ТБ |

**Деятельность в рамках реализации практики**

|  |  |
| --- | --- |
| **Социальный результат** | ***За счет каких действий происходит достижение социальных результатов*** |
| **Повышение уровня благополучия семей** | происходит благодаря проведению мероприятий по:**-** раннему выявлению признаков СОП у семей, чьи дети поступили на лечение в туберкулёзное отделение Детской инфекционной больницы СПб;**-** оказанию этим семьям срочной актуальной помощи (социальной, юридической, психологической) для ослабления острого кризисного состояния;**-** проведение бесед с родителями и тренингов по их мотивированию на изменение жизненной ситуации, занятий по повышению родительских и социальных компетенций;**-** социальному сопровождению семей в соответствии с планом действий по выходу из кризиса (план реабилитации). |
| **Улучшение детско-родительских отношений** в семьях с детьми с ТБ | происходит за счет проведения раздельной и совместной работы с детьми и их родителями в индивидуальном и групповом формате:- для родителей - психологические консультации и беседы, занятия по повышению родительских компетенций;- для детей - коррекционно-развивающие тренинги и индивидуально-групповые консультации психолога;- совместно для детей и их родителей организуется участие в образовательных занятиях, подготовке и проведению праздников, сказкотерапии, сюжетно-ролевых играх, арт-терапии, интерактивных спектаклях. |
| **Стабилизация эмоционально-психологического состояния детей с ТБ** | достигается за счет проведения мероприятий: **-** быстрого удовлетворения базовых социально-бытовых нужд ребенка, особенно в момент первичного поступления ребенка в отделение больницы;- знакомство и беседа с ребенком со специалистами и волонтерами практики в момент поступления;- индивидуальные и коррекционно-развивающие занятия специалистов проекта;- участие в творческих мероприятиях и играх (иногда совместно с родителями). |
| **Повышение уровня образования и социально-личностного развития детей с ТБ** | происходит благодаря проведению мероприятий:- подготовка к школе и восполнение пробелов школьной программы;- сюжетно-ролевые игры для младших детей по освоению социально-бытовых навыков, а для подростков – тренинги по развитию навыков коммуникации, стабилизации эмоционально психологического состояния, личностного роста;- арт-терапия;- индивидуальные психологические консультации для помощи детям и подросткам по личным вопросам, которые их волнуют. |
| **Готовность детей к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения от ТБ (долгосрочный результат)** | происходит за счет выполнения всех мероприятий практики и достижения их непосредственных результатов |

**Механизм воздействия практики: за счет чего достигаются изменения в ситуации благополучателей?**

Повышение уровня благополучия семей является эффективным благодаря проведению мероприятий по раннему выявлению признаков СОП у семей, чьи дети поступили на лечение в туберкулёзное отделение Детской инфекционной больницы СПб. Особенностью стационарного режима являются условия, при которых скрытые признаки СОП становятся явными (ребенка редко навещают близкие, не обеспечивают сменной одеждой, дополнительным питанием, приходят к детям с характерными изменениями в поведении при алкоголизме). Срочная помощь, оказанная семье на ранней стадии кризиса, помогает снять остроту его проявления. Если же семья нуждается в длительном сопровождении, то оно осуществляется в соответствии с планом действий по выходу из кризиса (план реабилитации). План реабилитации разрабатывается представителями кризисных семей. Специалисты помогают откорректировать план, сделать его реальным и эффективным. В результате реализации плана должен быть достигнут тот уровень благополучия, который выбрала для себя сама семья. В связи с этим в практике благополучие понимается с точки зрения семьи. Обычно план реабилитации составляется на 6 месяцев.

Вовлеченность родителей в преодоление кризисной ситуации повышает воздействие практики и происходит на всех этапах ее прохождения. Вовлеченность родителей достигается благодаря проведению бесед и тренингов по их мотивированию на изменение жизненной ситуации, занятий по повышению родительских и социальных компетенций, участию в совместных с детьми арт-терапевтических занятиях, сюжетно-ролевых играх и сказкотерапии.

Улучшение детско-родительских отношений в семьях с детьми с ТБ происходит за счет проведения как раздельной, так и совместной работы с детьми и их родителями в индивидуальном и групповом формате. Работа с детьми по повышению уровня образования проводится по индивидуальным маршрутам, составленным на основе актуальных данных.

Практика компенсирует потерю естественной социальной среды ребенка, помещенного на длительное время в изоляцию из-за лечения ТБ. Специалисты создают в лечебном отделении доверительную обстановку, в которой дети чувствуют себя более защищенно. Работа, направленная на стабилизацию эмоционально-психологического состояния детей с ТБ, начинается в тот момент, когда ребенок поступает в отделение: специалисты знакомятся и беседуют с ребенком и его представителями, обеспечивают необходимой одеждой и обувью, санитарно-гигиеническими принадлежностями, дополнительным питанием. В дальнейшем дети привыкают к приходам и помощи специалистов, испытывают положительные эмоции от каждого контакта с ними, ждут любые занятия и мероприятия, чтобы иметь возможность пообщаться и поделиться своими новостями о лечении. Поэтому большую ценность представляет ежедневная работа специалистов для непрерывного сопровождения детей.

Готовность детей к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения от ТБ (долгосрочный результат) происходит в случае достижения всех ключевых результатов практики, причём по достижении 3х результатов можно говорить о достаточной готовности к включению в социум, 4х результатов — высокой готовности. В отношении 2х результатов — тоже можно говорить о готовности, но только базовой, например, повышение благосостояния семьи и улучшение детско-родительских отношений может быть хорошей почвой для включения в социум, но пока ещё не может полностью гарантировать высокую готовность.

**Показатели социальных результатов практики**

|  |  |
| --- | --- |
| **Социальный результат** | **Показатель** |
|
| Повышение благополучия семьи(достижение уровня благополучия, который семья указала в качестве конечной цели плана реабилитации) | Количество семей из 20-ти семей с детьми с ТБ, выполнивших план реабилитации |
| Улучшение детско-родительских отношений в семьях с детьми с ТБ | Количество родителей из не менее 20-ти семей с детьми с ТБ, улучшивших детско-родительские отношения  |
| Стабилизация эмоционально психологического состояния детей с ТБ  | Количество детей из не менее 20-ти детей с ТБ, улучшивших эмоционально психологическое состояние |
| Повышение уровня образования и социально личностного развития детей с ТБ | Количество детей из не менее 20-ти детей с ТБ, повысивших уровень социальных навыков |
| Количество детей из не менее 20-ти детей с ТБ, повысивших уровень образования и личностного развития |
| .Готовность детей к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения от ТБ | Количество детей из не менее 20-ти детей с ТБ, достигших достаточного уровня готовности к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения от ТБ |

**Регламентированность практики**

**В каких материалах представлено полное описание практики?**

В разделе «Методические материалы» на сайте организации <https://joasaph.ru/metodicheskie/> :

Методические рекомендации по оказанию психосоциальной помощи детям с туберкулёзом и нарушениями опорно-двигательного аппарата <https://drive.google.com/file/d/0BzoX6rSTMwc2Wm1Pb2tvem5xNUpCc0hxd3prbjZMYWZPTjBF/view?resourcekey=0-uESYEjpAsegvsfJhhiTCBw>

Три инновационные методики по арт-терапии для работы с детьми с ОВЗ <https://joasaph.ru/wp-content/uploads/2021/01/%D0%A2%D1%80%D0%B8-%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B8-%D0%BF%D0%BE-%D0%B0%D1%80%D1%82-%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D0%B8.pdf>

Изотова М.Х., Румянцев А.А. Мульт-терапия как средство инклюзии детей и молодежи с ОВЗ, СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», 2020

<http://xn--e1aavcpgf3a5d4a.xn--p1ai/node/205>

Материалы для родителей:

Арт-терапия: презентация

Памятка родителям. Если у ребенка диагностировали туберкулёз

Искусство любить: как воспитывать детей без насилия

Родителям о профилактике эмоционального выгорания

Как психологически поддержать своего ребёнка, если у него серьёзные проблемы со здоровьем

**Какой минимальной базовой и дополнительной профессиональной подготовкой должны обладать исполнители практики?**

Квалификационные требования к специалистам, осуществляющим реализацию практики: наличие высшего образования (специальность – психология, педагогика, социальная работа), опыт работы с семьями, оказавшимися в трудной жизненной ситуации. Специалисты должны обладать навыками проведения арт-терапии.

**Имеется ли методическое обеспечение профессиональных образовательных программ для специалистов?**

На сайте организации <https://joasaph.ru/metodicheskie/> представлены методические материалы и другая литература по теме практики.

Специалисты участвовали в международных программах стажировок по работе с детьми из кризисных семей и их родителями (Франция, Германия)

Специалисты проходили стажировку по изучению практики «Сохраним семью для ребенка - использование групповых форм в реабилитационной работе с кризисными кровными семьями» в Котовской школе-интернате для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

**Обоснованность практики**

**Каким образом практика обоснована с точки зрения интересов и потребностей благополучателей?**

Родители детей с ТБ Социальные проблемы семей с детьми с ТБ

 Конкретизация потребностей благополучателей определяются в ходе непосредственного взаимодействия специалиста с семьей и составления реабилитационного плана.

Родители детей с ТБ Психолого-педагогические — несформированность практических навыков и компетенций, необходимых для адаптации ребенка с ТБ Проведение диагностического (первичного) и мониторингового (промежуточного) собеседований. Сбор обратной связи.

Дети с ТБ Психологические – развитие синдрома госпитализа Проведение диагностического (первичного) и мониторингового (промежуточного) собеседований

Дети с ТБ Психологические — отсутствие устойчивых эмоциональных связей с родителями Проведение диагностического (первичного) и мониторингового (промежуточного) собеседований. Сбор обратной связи.

Дети с ТБ Педагогические – низкий уровень школьной успеваемости Проведение диагностического (первичного) и мониторингового (промежуточного) собеседований

Дети с ТБ Социальные – низкий уровень развития социально-бытовых навыков Проведение диагностического (первичного) и мониторингового (промежуточного) собеседований

**Какие есть данные, подтверждающие обоснованность применения практики с точки зрения профессионального опыта и экспертизы?**

Проведение один раз в год Круглого стола с обсуждением результатов практики и выработки рекомендаций. На заседания Круглого стола приглашаются авторитетные представитель профсообщества.

**Какие научные теории, результаты научных или прикладных исследований подтверждают обоснованность применения практики для благополучателей практики?**

Научные теории, результаты научных или прикладных исследований, подтверждающие обоснованность применения практики для благополучателей, представлены в Приложении 1.

**Данные о достижении социальных результатов**

## **и влиянии практики**

**Социальный результат 1**

Повышение благополучия семьи (достижение уровня благополучия, который семья указала в качестве конечной цели плана реабилитации) Только РЦ «Китеж-град»

* **Имеются ли данные о позитивных изменениях ситуации благополучателей с точки зрения достижения указанного социального результата?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Август 2019 – Январь 2020** | **2020 - 2021** |
| *Количество семей, выполнивших план реабилитации (РЦ «Китеж-град»)* | 5 (из 6)  | 7 (из 9) |

* **Каким образом были получены сведения о достижении данного социального результата? Какие материалы могут их подтвердить?**

*1.Описание того, как, когда и сколько раз проводился сбор данных. Использовалась ли одна группа, состоящая только из участников Практики? Либо были использованы группы сравнения или контрольные группы?*

Сбор данных проводится 2 раза с 1 семьей на входе в проект и на выходе из проекта (примерно 1 раз в полгода).

В замере участвовала одна группа, состоящая из участников Практики.

Данных по контрольной группе не существует, т.к. в данный момент СПб существует 1 отделение для детей с ТБ, где проводится работа нашей организации. Несмотря на то, что профилактика социального сиротства имеет исторические корни в помощи оставленным в больнице детям, на данный момент мы не знаем о других организациях и исследованиях с похожей и/или совпадающей практикой.

*2. Кто из благополучателей стал источником данных (выборка)? Если не все участники стали источником данных, то по какому принципу были выбраны те, кто вошли, отличаются ли они от тех участников, которые не вошли в выборку. Сколько участников приняли участие?*

Сбор данных проводился в отношении семей, закончивших лечение в больнице и посещающих мероприятия в РЦ «Китеж-град». Из-за жестких карантинных ограничений в течение 2020 года работа с семьями в больнице была возможна только через онлайн-технологии. Возможности для реализации практики были ограничены. Всего за 2 периода работой было охвачено 15 и 18 семей из них 6 и 9, участвовавших в мероприятиях РЦ «Китеж-град». Родителей всего было 21 и 26, РЦ «Китеж-град» 10 и 17 соответственно. Детей в семьях было охвачено 26 и 34, в РЦ «Китеж-град» 12 и 16. Из участников мероприятий РЦ «Китеж-град» в период 2020-2021 гг. 3 семьи, включающие 4 родителей и 4 детей участвовали только в онлайн мероприятиях из-за эпидемиологической обстановки.

*3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?*

Используемые инструменты:

1. Личные дела семей, участников практики
2. Результаты мониторинга реабилитационного плана семей
3. Сводные отчеты специалистов практики

С родителями проводилась беседа об их совместном и индивидуальном понимании факта исполнения реабилитационного плана. Итоговый результат получен на основании согласования понимания этого результата семьи и специалистов практики. Сбор данных проводился психологом с участием педагога и специалиста по СР и фиксировался в личном деле семьи. Итоговые выводы о результатах сбора данных представлены в сводных отчетах специалиста по социальной работе.

*4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?*

Координатор проекта фиксирует данные о результатах в сводной таблице на основании отчета специалиста по социальной работе.

* **Как долго сохраняется достигнутый социальный результат после окончания реализации практики? Какова устойчивость результата?**

Результат является среднесрочным и сохраняется в течение 3-6 месяцев после выписки из больницы. Субъективная оценка их благополучия и компетентность в социальных вопросах сохраняются в течение этого времени. Ребенок и родители удовлетворены совместной жизнью дома, отсутствию/снижению конфликтов и повышению взаимопонимания. Информация о состоянии ребенка и его семьи получена на основании бесед по телефону, общению в мессенджерах и при личных встречах с ребенком и/или членами его семьи.

* **В случае, если социальный результат является отложенным по времени (проявляется уже после реализации практики), каков срок его наступления? Как вы об этом узнаёте или узнали?**

Долгосрочный социальный результат, достигнутый к моменту завершения практики, сохраняется еще в течение года и более примерно в 20% известных нам случаев. Сбор информации целенаправленно не осуществлялся и не фиксировался. Представленные данные основаны на воспоминаниях специалистов о беседах по телефону, общению в мессенджерах или личных встречах с ребенком и/или членами его семьи, которые выражали благодарность специалистам за действенную помощь.

Деятельность организации по социальному сопровождению детей с ТБ осуществляется с 2005 года, а сопровождение их семей – с 2011. Для нас особенно ценно, когда мы можем узнать о положительных изменениях в жизни семей, обратившихся за помощью в течении последних 10 лет. В организации соблюдается традиция - на праздник, посвященный Всемирному дню борьбы с ТБ «День Белой ромашки», устраивать встречу бывших пациентов ТБ-больницы / воспитанников РЦ организации с ребятами, проходящими ныне лечение в больнице. Ребята рассказывают свои истории успеха после выписки из больницы, мотивируя болеющих преодолевать трудности длительного пути к выздоровлению и подготовке к здоровой жизни. Также семьи бывших воспитанников приходят в РЦ организации и делятся успехами в своей «жизни после ТБ», участвуют в мероприятиях организации на добровольной основе. Благодаря контактам с семьями специалисты могут наблюдать за жизнью тех детей и членов их семей, что активно пользуются социальными сетями, и видеть основные позитивные изменения в их жизни: получение образования, смена работы и пр.

**Социальный результат 2**

Улучшение детско-родительских отношений в семьях с детьми с ТБ

* **Имеются ли данные о позитивных изменениях ситуации благополучателей с точки зрения достижения указанного социального результата?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Август 2019 – Январь 2020** | **2020 - 2021** |
| *Количество родителей с детьми с ТБ, улучшивших детско-родительские отношения* | 15 (из 26), семей 9 из 15 | 12 (из 34), семей 7 из 18 |

* **Каким образом были получены сведения о достижении данного социального результата? Какие материалы могут их подтвердить?**

*1.Описание того, как, когда и сколько раз проводился сбор данных. Использовалась ли одна группа, состоящая только из участников Практики? Либо были использованы группы сравнения или контрольные группы?*

Сбор данных по первому показателю проводится 2 раза с 1 семьей на входе в проект и на выходе из проекта (примерно 1 раз в полгода).

В замере участвовала одна группа, состоящая из участников Практики.

Данных по контрольной группе не существует, т.к. в данный момент СПб существует 1 отделение для детей с ТБ, где проводится работа нашей организации. Несмотря на то, что профилактика социального сиротства имеет исторические корни в помощи оставленным в больнице детям, на данный момент мы не знаем о других организациях и исследованиях с похожей и/или совпадающей практикой.

*2. Кто из благополучателей стал источником данных (выборка)? Если не все участники стали источником данных, то по какому принципу были выбраны те, кто вошли, отличаются ли они от тех участников, которые не вошли в выборку. Сколько участников приняли участие?*

В оба периода сбор данных по первому показателю проводился в отношении семей, участвовавших в мероприятиях РЦ «Китеж-град». По второму показателю у всех семей, участвовавших в проекте. Из-за жестких карантинных ограничений в течение 2020 года работа с семьями в больнице была возможна только через онлайн-технологии. Возможности для реализации практики были ограничены. Всего за 2 периода работой было охвачено 15 и 18 семей из них 6 и 9, участвовавших в мероприятиях РЦ «Китеж-град». Родителей всего было 21 и 26, РЦ «Китеж-град» 10 и 17 соответственно. Из участников мероприятий РЦ «Китеж-град» в период 2020-2021 гг. 3 семьи, включающие 4 родителей и 4 детей участвовали только в онлайн мероприятиях из-за эпидемиологической обстановки.

*3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?*

Используемые инструменты:

1. Проективные методики представлены в Приложении 4.

2. "Определение воспитательских умений родителей. В. В. Ткачева" с родителями/опекунами

3. Наблюдение, беседа

Инструменты для сбора данных о детях и их состоянии использовались исходя из возрастных и физических возможностей ребенка. С родителями проводилось тестирование и беседа о взаимоотношениях в семье. Сбор данных проводились психологом с участием педагога и специалиста по СР фиксировались в личном деле семьи. Итоговые выводы о результатах сбора данных представлены в сводных отчетах психолога.

*4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?*

Координатор проекта фиксирует данные о результатах в сводной таблице на основании отчета психолога.

* **Как долго сохраняется достигнутый социальный результат после окончания реализации практики? Какова устойчивость результата?**

Результат является среднесрочным и сохраняется в течение 3-6 месяцев после выписки из больницы. И ребенок, и родители показывают удовлетворенность совместной жизнью дома, отсутствию/снижению конфликтов и повышению взаимопонимания. Информация о состоянии ребенка и его семьи получена на основании бесед по телефону, общению в мессенджерах и при личных встречах с ребенком и/или членами его семьи.

* **В случае, если социальный результат является отложенным по времени (проявляется уже после реализации практики), каков срок его наступления? Как вы об этом узнаёте или узнали?**

См. результат 1

**Социальный результат 3**

Стабилизация эмоционально психологического состояния детей с ТБ

* **Имеются ли данные о позитивных изменениях ситуации благополучателей с точки зрения достижения указанного социального результата?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Август 2019 – Январь 2020** | **2020 - 2021** |
| Количество детей, стабилизировавших эмоционально психологическое состояние | 14 детей (из 26) | 12 детей (из 34) |

* **Каким образом были получены сведения о достижении данного социального результата? Какие материалы могут их подтвердить?**

*1.Описание того, как, когда и сколько раз проводился сбор данных. Использовалась ли одна группа, состоящая только из участников Практики? Либо были использованы группы сравнения или контрольные группы?*

Сбор данных по первому показателю проводится 2 раза с 1 семьей на входе в проект и на выходе из проекта (примерно 1 раз в полгода).

В замере участвовала одна группа, состоящая из участников Практики.

Данных по контрольной группе не существует, т.к. в данный момент СПб существует 1 отделение для детей с ТБ, где проводится работа нашей организации. Несмотря на то, что профилактика социального сиротства имеет исторические корни в помощи оставленным в больнице детям, на данный момент мы не знаем о других организациях и исследованиях с похожей и/или совпадающей практикой.

*2. Кто из благополучателей стал источником данных (выборка)? Если не все участники стали источником данных, то по какому принципу были выбраны те, кто вошли, отличаются ли они от тех участников, которые не вошли в выборку. Сколько участников приняли участие?*

В первый период (август 2019 – январь 2020) сбор данных проводился в отношении всех семей, участвовавших в проекте и в больнице, и в РЦ «Китеж-град». Из-за жестких карантинных ограничений в течение 2020 года работа с семьями в больнице была возможна только через онлайн-технологии. Возможности для реализации практики были ограничены. Поэтому во второй период за 2020 – 2021 гг. в показателях учитывались только дети, посещавшие РЦ «Китеж-град». Всего за 2 периода работой было охвачено 15 и 18 семей из них 6 и 9, участвовавших в мероприятиях РЦ «Китеж-град». Родителей всего было 21 и 26, РЦ «Китеж-град» 10 и 17 соответственно. Детей в семьях было охвачено 26 и 34, в РЦ «Китеж-град» 12 и 16. Из участников мероприятий РЦ «Китеж-град» в период 2020-2021 г.г. 3 семьи, включающие 4 родителей и 4 детей участвовали только в онлайн мероприятиях из-за эпидемиологической обстановки. В 3 показателе учитываются только школьники.

*3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?*

Методы сбора данных: Наблюдение, беседа, задание, игра.

Инструменты для сбора данных о детях и их состоянии использовались исходя из возрастных и физических возможностей ребенка.

Сбор данных проводились педагогом с участием психолога и специалиста по СР фиксировались в личном деле семьи. Итоговые выводы о результатах сбора данных представлены в сводных отчетах педагога.

*4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?*

Координатор проекта фиксирует данные о результатах в сводной таблице на основании отчета педагога.

* **Как долго сохраняется достигнутый социальный результат после окончания реализации практики? Какова устойчивость результата?**

Результат является среднесрочным и сохраняется в течение 3-6 месяцев после выписки из больницы. За это время они успешно адаптируются дома и в социальной среде. Информация о состоянии ребенка и его семьи получена на основании бесед по телефону, общению в мессенджерах и при личных встречах с ребенком и/или членами его семьи.

* **В случае, если социальный результат является отложенным по времени (проявляется уже после реализации практики), каков срок его наступления? Как вы об этом узнаёте или узнали?**

См. результат 1

**Социальный результат 4**

Повышение уровня образования и социально личностного развития детей с ТБ

* **Имеются ли данные о позитивных изменениях ситуации благополучателей с точки зрения достижения указанного социального результата?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Август 2019 – Январь 2020** | **2020 - 2021** |
| Количество детей, повысивших уровень социальных навыков | 20 детей (из 26) | 10 детей (из 34) |
| Количество детей, повысивших уровень образования и личностного развития. | 6 детей из 8 школьников | 10 детей из 13 школьников |

* **Каким образом были получены сведения о достижении данного социального результата? Какие материалы могут их подтвердить?**

*1.Описание того, как, когда и сколько раз проводился сбор данных. Использовалась ли одна группа, состоящая только из участников Практики? Либо были использованы группы сравнения или контрольные группы?*

Сбор данных проводится 2 раза с 1 семьей на входе в проект и на выходе из проекта (примерно 1 раз в полгода).

В замере участвовала одна группа, состоящая из участников Практики.

Данных по контрольной группе не существует, т.к. в данный момент СПб существует 1 отделение для детей с ТБ, где проводится работа нашей организации. Несмотря на то, что профилактика социального сиротства имеет исторические корни в помощи оставленным в больнице детям, на данный момент мы не знаем о других организациях и исследованиях с похожей и/или совпадающей практикой.

*2. Кто из благополучателей стал источником данных (выборка)? Если не все участники стали источником данных, то по какому принципу были выбраны те, кто вошли, отличаются ли они от тех участников, которые не вошли в выборку. Сколько участников приняли участие?*

В первый период (август 2019 – январь 2020) сбор данных проводился в отношении всех семей, участвовавших в проекте и в больнице, и в РЦ «Китеж-град». Из-за жестких карантинных ограничений в течение 2020 года работа с семьями в больнице была возможна только через онлайн-технологии. Возможности для реализации практики были ограничены. Поэтому во второй период за 2020 – 2021 гг. в показателях учитывались только дети, посещавшие РЦ «Китеж-град». Всего за 2 периода работой было охвачено 15 и 18 семей из них 6 и 9, участвовавших в мероприятиях РЦ «Китеж-град». Родителей всего было 21 и 26, РЦ «Китеж-град» 10 и 17 соответственно. Детей в семьях было охвачено 26 и 34, в РЦ «Китеж-град» 12 и 16. Из участников мероприятий РЦ «Китеж-град» в период 2020-2021 гг. 3 семьи, включающие 4 родителей и 4 детей участвовали только в онлайн мероприятиях из-за эпидемиологической обстановки. В 3 показателе учитываются только школьники.

*3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?*

Методы сбора данных: Наблюдение, беседа, задание, игра.

Инструменты для сбора данных о детях и их состоянии использовались исходя из возрастных и физических возможностей ребенка.

Сбор данных проводились педагогом с участием психолога и специалиста по СР фиксировались в личном деле семьи. Итоговые выводы о результатах сбора данных представлены в сводных отчетах педагога.

*4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?*

Координатор проекта фиксирует данные о результатах в сводной таблице на основании отчета педагога.

* **Как долго сохраняется достигнутый социальный результат после окончания реализации практики? Какова устойчивость результата?**

Результат является среднесрочным и сохранятся в течение 3-6 месяцев после выписки из больницы. За это время дети включаются в образовательный процесс согласно возрасту, они чувствуют себя увереннее в своих школьных знаниях, так как восполнили возможные пробелы благодаря помощи специалистов. Дети готовы активнее проявлять себя на уроках/ занятиях в детском саду и пробовать новые виды внешкольной деятельности (хобби, кружки и пр.). Информация о состоянии ребенка и его семьи получена на основании бесед по телефону, общению в мессенджерах и при личных встречах с ребенком и/или членами его семьи.

* **В случае, если социальный результат является отложенным по времени (проявляется уже после реализации практики), каков срок его наступления? Как вы об этом узнаёте или узнали?**

См. результат 1

**Социальный результат 5**

Готовность детей к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения от ТБ (долгосрочный)

* **Имеются ли данные о позитивных изменениях ситуации благополучателей с точки зрения достижения указанного социального результата?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Август 2019 – Январь 2020** | **2020 - 2021** |
| Количество детей, достигших достаточного уровня готовности к включению в образовательную среду и социум после завершения длительного стационарного лечения от ТБ | 5 детей (из 26) | 6 детей (из 34) |

* **Каким образом были получены сведения о достижении данного социального результата? Какие материалы могут их подтвердить?**

*1.Описание того, как, когда и сколько раз проводился сбор данных. Использовалась ли одна группа, состоящая только из участников Практики? Либо были использованы группы сравнения или контрольные группы?*

Сбор данных проводится 2 раза с 1 семьей на входе в проект и на выходе из проекта (примерно 1 раз в полгода).

В замере участвовала одна группа, состоящая из участников Практики.

Данных по контрольной группе не существует, т.к. в данный момент СПб существует 1 отделение для детей с ТБ, где проводится работа нашей организации. Несмотря на то, что профилактика социального сиротства имеет исторические корни в помощи оставленным в больнице детям, на данный момент мы не знаем о других организациях и исследованиях с похожей и/или совпадающей практикой.

*2. Кто из благополучателей стал источником данных (выборка)? Если не все участники стали источником данных, то по какому принципу были выбраны те, кто вошли, отличаются ли они от тех участников, которые не вошли в выборку. Сколько участников приняли участие?*

Сбор данных проводился в отношении семей, закончивших лечение в больнице и посещающих мероприятия в РЦ «Китеж-град». Из-за жестких карантинных ограничений в течение 2020 года работа с семьями в больнице была возможна только через онлайн-технологии. Возможности для реализации практики были ограничены. Всего за 2 периода работой было охвачено 15 и 18 семей из них 6 и 9, участвовавших в мероприятиях РЦ «Китеж-град». Родителей всего было 21 и 26, РЦ «Китеж-град» 10 и 17 соответственно. Детей в семьях было охвачено 26 и 34, в РЦ «Китеж-град» 12 и 16. Из участников мероприятий РЦ «Китеж-град» в период 2020-2021 гг. 3 семьи, включающие 4 родителей и 4 детей участвовали только в онлайн мероприятиях из-за эпидемиологической обстановки.

*3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?*

Показатель рассчитывается на основании анализа значений показателей четырех ключевых результатов. Долгосрочный результат считается достигнутым, если ребенок и его семья достигли 3-х или 4-х ключевых результатов практики, (причём по достижении 3-х результатов можно говорить о достаточной готовности к включению в социум, 4-х результатов — высокой готовности. В отношении 2-х результатов — говорить только о базовой готовности, и результат не считается достигнутым).

*4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?*

Анализ данных и расчет показателя проводился специалистом по СС на основании данных практики по достижению 4-х ключевых результатов.

* **Как долго сохраняется достигнутый социальный результат после окончания реализации практики? Какова устойчивость результата?**

Результат является долгосрочным и в полной мере достигается, когда ребенок после окончания лечения в течение первого года осваивается в жизни дома: возвращается в школу/детский сад, начинает посещать кружки и/или дополнительные занятия. Ребенок справляется с образовательной нагрузкой, завел новых друзей и/или возобновил общение со старыми. Его коммуникативные навыки после пребывания в больнице не только не пострадали, а стали лучше – ребенок знает, как налаживать контакт со сверстниками и умеет справляться с конфликтными ситуациями. В адаптации ему помогают родители, прошедшие обучение в практике. Благодаря изменениям в детско-родительских отношениях ребенок ощущает поддержку и принятие своей семьей, что позволяет ему чувствовать себя увереннее и переносить этот позитивный опыт на другие сферы своей жизни. Например, выбрать после окончания школы то учебное заведение, в котором ему будет действительно интересно продолжить образование. Информация о состоянии ребенка и его семьи получена на основании бесед по телефону, общению в мессенджерах и при личных встречах с ребенком и/или членами его семьи.

* **В случае, если социальный результат является отложенным по времени (проявляется уже после реализации практики), каков срок его наступления? Как вы об этом узнаёте или узнали?**

См. результат 1

**Как благополучатели относятся к социальным результатам, достигнутым с помощью практики?**

Члены семей позитивно реагируют на оказываемую помощь, рады поддержке и понимают важность проводимых мероприятий и предлагаемой помощи.

Родители относятся позитивно к большинству мероприятий практики позитивно, т.к. видят прямой эффект и понимают необходимость и полезность оказываемой им помощи, особенно направленную непосредственно на детей.

Дети рады участвовать в мероприятиях практики как в условиях больницы, так и в РЦ «Китеж-град», т.к. все мероприятия, проводимые с ними, несут во многом индивидуальный характер и ориентированы на их нужды и потребности в данный конкретный момент.

Медицинский персонал оценивает нашу практику как важную и значимую, оказывает поддержку и помогает наладить контакты с семьями, рекомендует родителям обращаться к нашим сотрудникам и оказывает помощь в в организации и проведении мероприятий.

Ближайшее окружение детей и семей в основном относится к практике позитивно. Узнавая о нас и нашей деятельности, многие согласны сотрудничать.

Волонтеры, принимающие участие в мероприятиях практики, оценивают практику и ее элементы как полезные и важные. Они рады быть частью помощи особенным детям в сложный для них период. Многие впервые узнают о длительности лечения детей и связанных с этим сложностях.

**Наблюдались ли в ходе реализации практики негативные, нежелательные эффекты (результаты) для благополучателей?**

В ходе реализации практики наблюдались следующие нежелательные эффекты для благополучателей:

- участие в мероприятиях только ради материальной помощи, формирование иждивенческой установки по отношению к специалистам, «позиция жертвы»;

- использование ресурсов организации без моментального улучшения уровня жизни семьи, фрустрация родителей по этому поводу.

**Список приложений**

1. Обоснование применения практики с точки зрения научных знаний (п.4.3)
2. Образец отчета психолога
3. Образец отчета педагога
4. Описание используемых в практике проективных методик
5. Форма для сбора обратной связи от благополучателей
6. Образец описания случая
7. Формы анкет для детей и родителей
8. «Дерево результатов»