**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ДЛЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА И ПОДГОТОВКИ ПРАКТИКИ**

**К ПРОЦЕДУРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ**

(ФОРМАТ ОПИСАНИЯ ПРАКТИКИ)

**Информация об организации**

* 1. Название Региональная общественная организация «Красноярский центр лечебной педагогики»
	2. Сайт https://kras-kids.ru/
	3. Телефон +7(391)299-42-42
	4. Электронная почта krasclp@mail.ru
	5. Контактное лицо Матвеева Оксана Михайловна

**1. Общая информация о практике**

* 1. Как называется практика? «Ранняя помощь»
	2. Краткая аннотация практики.

Практика "Ранняя помощь", направлена на оказание помощи семьям, воспитывающим детей от рождения до 3 лет, имеющим особенности развития. Цель «ранней помощи» – как можно раньше выявить нарушение развития ребенка и помочь детям и их семьям предупредить возникновение нарушения или снизить тяжесть инвалидизации, если это неизбежно. Для того, чтобы достичь данной цели мы оказываем психолого-педагогическую помощь в рамках индивидуально разработанной программы ранней помощи.

Психолого-педагогическая помощь в практике «Ранняя помощь» оказывается междисциплинарной командой специалистов: психолог, педагог, логопед (специалист по ранней коммуникации), специалист по движению (физический терапевт), социальный педагог, эрготерапевт. Поскольку в программах ранней помощи оказывается помощь малышам, важна роль родителей и семьи. Родители являются партнерами и членами междисциплинарной команды. Программа включает в себя раннее сопровождение развития ребенка, повышение родительской компетентности, и поддержку родителей при рождении ребенка с особыми потребностями, снижая риск социального сиротства среди детей с нарушениями развития и создает условия оптимального развития малышей.

Индивидуальные программы составляются для каждой семьи отдельно, исходя из трудностей, которые у неё возникают, функциональных особенностей ребёнка и запроса родителей.

Индивидуальная программа может реализоваться в индивидуальной и групповой форме, в организации и на дому, в очном и дистанционном форматах, если у семьи нет возможности приезжать в центр. Срок реализации программы помощи не менее 6 месяцев, далее программа может пролонгироваться до 3-х лет, если у ребёнка остаются ограничения жизнедеятельности.

* 1. Кем, где и когда была первоначально разработана практика (*если есть информация*)?

В Российской Федерации создание системы оказания помощи детям раннего возраста в государственном масштабе находится в стадии становления. Обеспечение своевременной и комплексной помощи детям раннего возраста и их семьям предполагает организацию структур, поддерживаемых государством, обладающих достаточными ресурсами и устойчивыми межведомственными и междисциплинарными связями.

В России первая программа ранней помощи появились в Санкт-Петербурге и называлась социальной программой «Абилитация младенцев».

В настоящее время Автономная общественная организация Дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства» (ИРАВ) является основным держателем технологии. В России используется термин «раннее вмешательство», позже, с 2016 года принято общее название программ помощи детям от рождения до 3-х лет - «ранняя помощь» и эти понятия в настоящее время практически являются синонимами.

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

Санкт-Петербург: первым городом в России, в котором началась практика «Абилитация младенцев» - г. Санкт-Петербург АНО ДПО «Институт раннего вмешательства» (ИРАВ) в 90- х годах. К концу 90-х годов ИРАВ начал активно передавать свой опыт работы в технологии

«раннее вмешательство», через информационные семинары, обучение специалистов. До сего времени АНО ДПО «Институт раннего вмешательства» ведет клиническую деятельность, оказывая помощь семьям и проводит обучающие семинары для специалистов России и ближнего зарубежья (Киргизия, Белоруссия, Узбекистан)

Новгородская область: Институт раннего вмешательства участвует в проекте по созданию в Новгородской области региональной системы служб раннего вмешательства. Этот проект активно поддерживался областной администрацией.

Красноярск: в ноябре 1998 года в реабилитационном отделении детей и подростков с ограниченными возможностями подобралась группа специалистов – это психологи, логопед- дефектолог, невропатолог, социальный педагог. Все специалисты пришли в отделение из образования, опыта работы с детьми-инвалидами практически не было.

17 июня 1999г. в г. Красноярске, на общем собрании, группа специалистов, работающих в системе образования и социальной защиты, приняла решение о создании общественной организации «Красноярский центр лечебной педагогики».

В 2001-2002 годах при поддержке грантовой программы АРО была создана первая службы раннего вмешательства в городе Красноярске.

Специалисты КЦЛП обучившись поняли, что программа «Ранняя помощь» необходима и значима в Красноярском крае и является основополагающей и дающей возможность с самого рождения сопровождать семьи, имеющие детей раннего возраста с ОВЗ.

Практика реализуется по сей день, опыт работы в технологии «Ранняя помощь» так же передаётся другим командам в учреждениях министерства социальной защиты Красноярского края. В частности, при грантовой поддержке Благотворительного Фонда «Ключ», проект

«Ранняя помощь». (г. Уяр, п. Березовка, г. Назарово, г. Сосновоборск, г. Минусинск, п. Курагино, п. Ермаковский, п. Саянский, пгт. Шушенское, г. Енисейск).

* 1. Когда началась реализация практики? Когда закончилась реализация практики *(если практика больше не реализуется)*

В 2001 году команда специалистов КЦЛП обучилась в Санкт-Петербургском институте раннего вмешательства технологии «Ранняя помощь». После обучения были закуплены материалы, оборудована среда, и в г. Красноярск началась поддержка семей с детьми раннего возраста в рамках технологии. Реализация практика продолжается до сих пор.

* 1. К какому типу можно отнести вашу практику? *Инновационная (в процессе разработки), пилотная (в процессе апробации), устоявшаяся.*

Устоявшаяся.

Служба РП на базе РОО КЦЛП работает с 2001 года и ведёт свою деятельность на основании регламентирующих документов, которые являются постоянными и системными.

На данный момент практика активно вводится как в НКО, так и в учреждениях социальной защиты Красноярского края.

Был создан проект приказа Минтруда России министра М.А.Топилин в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»; с п. 12 Плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации распоряжения Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2016 г. № 2723-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». В связи с приказом были разработаны методические рекомендации по ранней помощи, стандарт оказания услуг РП и приказ положение о подразделении. Т.к это проект он на данный момент апробируется до 2020 года на двух пилотных площадках в г. Пермь и г. Екатеринбург. Поскольку в Красноярском крае оказание услуг ранней помощи началось с 2001 года, они продолжаются, с 2016 года началась апробация программ подготовки и сопровождения новых команд ранней помощи, для обеспечения доступности услуги для населения края.

* 1. Существуют ли похожие практики?

Помощь семьям в Технологии «Ранняя помощь» качественно отличается от традиционных принятых подходов к оказанию помощи семьям, ориентированных на медицинскую сторону реабилитации. Мы в свою очередь используем функциональный подход. Функциональный подход опирается на включенность ребёнка в повседневную жизнь, в то время как традиционные подходы (медицинский, дефектологический) опираются на тренировку изолированные навыков и «исправление» того, что возможно, никогда не изменится.

Медицинский подход:

Традиционно в течение многих лет в зарубежных странах и России процесс реабилитации детей, имеющих инвалидность, носил исключительно медицинский характер. Основными задачами реабилитационных мероприятий являются: постановка правильного медицинского диагноза, подбор и осуществление лечебных мероприятий. Медицинский диагноз часто ассоциируется с наличием нарушений развития ребёнка, например, церебральный паралич связывается с двигательными нарушениями, задержкой развития речи, когнитивными нарушениями и пр.

Для борьбы с нарушениями развития ребенка предлагается медицинское лечение и специальное обучение ребенка. С ребенком занимаются различные специалисты: логопеды, дефектологи, сурдо-, тифло-, олигофренопедагоги и др. Задачи их работы касаются развития у ребенка конкретных знаний и умений, например, различать и называть цвет предмета, собирать пирамидку по определенному признаку, складывать разрезную картинку.

Большинство умений носят академический характер и очень мало связаны с повседневной жизнью ребенка и семьи. При этом семьи сталкивается с большими трудностями при необходимости каждый день общаться и договариваться с ребенком, кормить, мыть и одевать его, ездить с ним в транспорте, ходить по улицам, посещать общественные места.

Реабилитационные мероприятия не касаются жизни и потребностей семьи, а направлены на преодоление «недостатков» ребенка, не учитывая и не опираясь на его сильные стороны.

Функциональный подход:

Ранняя помощь детям и их семьям основывается на функциональном подходе и представляет собой технологию предоставления детям в возрасте от рождения до 3-х лет и их семьям ряда услуг, оказываемых на междисциплинарной основе и направленных на:

-улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях,

-повышения качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателем и в семье,

-повышение компетентности родителей/воспитателей в вопросах развития и воспитания ребенка,

-включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов.

Ранняя помощь основывается, во-первых, на контекстуальной модели функционирования и ограничений жизнедеятельности, используемой в «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья».

Во-вторых, ранняя помощь определяется современным подходом, основанным на ежедневных рутинах. Это целостная система построения программы помощи ребенку и семье, основанная на изучении семейной среды, отношений, ресурсов, трудностей, беспокойств относительно повседневной жизни и использовании повседневных рутин для развития ребенка и улучшения его функционирования.

Таким образом, данный спектр услуг предоставляются только в рамках технологии «Ранняя помощь», в медицинские и социальные услуги не предусматривают данную область развития ребёнка и семьи.

1. **Краткое описание практики**
	1. *Ценности практики***:** какие ценностные основания лежат в основе вашего подхода к решению проблем и работе с благополучателями?

Основными направлениями и ценностными приоритетами в работе с семьёй является: улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС); повышение качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье; повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка; включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи. Практика направлена на повышение качества жизни детей с нарушениями развития и их семей. Оптимальное развитие маленьких детей, в том числе, детей группы биологического и социального риска.

Основные принципы работы с семьями, который придерживается каждый специалист, работающий в технологии «Ранняя помощь»:

- семейноцентрированность (специалисты предоставляющие услуги ранней помощи содействуют вовлечению родителей и других лиц, непосредственно ухаживающих за ребенком, в процесс ранней помощи, в том числе в оценочные процедуры, в составление и реализацию ИПРП, а также в оценку её эффективности);

- индивидуальность (услуги ранней помощи предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи);

- функциональная направленность (услуги ранней помощи направлены на формирование компетенций ребенка в ЕЖС);

- регулярность (услуги ранней помощи в рамках ИПРП предоставляются потребителям на регулярной основе в течение всего времени ее действия и нуждаемости семьи);

- открытость (информация об услугах ранней помощи открыта для родителей и других, непосредственно ухаживающих за детьми целевой группы лиц);

- этичности (услуги ранней помощи предоставляются потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этно-культурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов);

- командной работы (услуги ранней помощи предоставляются междисциплинарной командой специалистов из разных областей знаний о ребенке и семье);

- компетентности (услуги ранней помощи предоставляются специалистами, имеющими необходимую квалификацию и соответствующие компетенции в области ранней помощи);

- научной обоснованности (при оказании услуг ранней помощи специалисты используют научно-обоснованные методы и технологии ранней помощи)

* 1. *Благополучатели***:** Какие группы являются основными благополучателями практики? Какие особенности, характеристики благополучателей важно учитывать при реализации практики?

Семьи, воспитывающие детей раннего возраста (от рождения до 3-х лет) в т.ч:

1. дети-инвалиды в возрасте от рождения до трех лет;

2. дети в возрасте от рождения до трех лет, не имеющие статуса «ребенок-инвалид», у которых выявлено стойкое нарушение функций организма или заболевание, приводящие к нарушениям функций организма, или выявлена задержка развития;

3. дети в возрасте от рождения до трех лет, воспитывающиеся в государственных (муниципальных) учреждениях, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

4. дети в возрасте от рождения до трех лет, находящиеся в трудной жизненной ситуации, которые выявлены организациями социального обслуживания, помощи семье и детям;

5. дети в возрасте от рождения до трех лет, родители которых обеспокоены развитием и поведением ребенка.

* 1. *Проблемы и потребности благополучателей*: на решение каких проблем или удовлетворение каких потребностей благополучателей ориентирована практика?

| Группа благополучателей | Проблемы/потребности данной группы благополучателей, на решение которых направлена практика |
| --- | --- |
| Кризисные кровные семьи, воспитывающие детей раннего возраста. | №1. Нарушение детско-родительских отношений.№2. Недостаточная родительская компетентность в вопросах развития и воспитания ребёнка. №3. Риск изъятия/отказа - институализации ребенка. №4. Несвоевременное, позднее (чаще всего после 3-х лет) обращение за помощью в развитии функциональных навыков ребёнка с особыми потребностями. |
| Дети раннего возраста, включая детей, находящихся в группе риска, имеющих статус инвалидности и детей с ОВЗ |

* 1. *Социальные результаты*: что должно измениться в жизни благополучателей за счёт реализации практики (каких социальных результатов планируется / планировалось достичь)? *Приложение №1.Логическая модель практики.* <https://docs.google.com/document/d/1NhmYUBvEKK8uLdNyKqQPgJVMU9tmJHRg/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true>

| Группа благополучателей | Проблемы/потребности данной группы благополучателей, на решение которых направлена практика | Планируемые позитивные изменения в ситуации благополучателей (социальные результаты) |
| --- | --- | --- |
| Кризисные кровные семьи, воспитывающие детей раннего. | №1. Нарушение детско-родительских отношений.№2. Недостаточная родительская компетентность в вопросах развития и воспитания ребёнка. №3. Риск изъятия/отказа – институализации ребенка. №4. Несвоевременное, позднее (чаще всего после 3-х лет) обращение за помощью в развитии функциональных навыков ребёнка с особыми потребностями. | **Социальный результат №1.** У родителей повысились компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания ребёнка в естественных жизненных ситуациях.*Примечание: функциональные навыки- навыки самообслуживания, двигательные, коммуникативные, познавательные навыки в т.ч навыки игры, социальные навыки. В рамках реализации практики программа направленна не на все навыки одновременно, а исходя из запроса и потребностей семьи)* |
| Дети раннего возраста, включая детей, находящихся в группе риска, имеющих статус инвалидности и детей с ОВЗ | **Социальный результат №2.** У детей улучшились функциональные навыки в естественных жизненных ситуациях. |

* 1. *Деятельность*: Какие конкретные действия осуществляются в рамках реализации практики с целью достижения заявленных социальных результатов?

*Приложение №2*. Дерево социальных результатов.

<https://docs.google.com/presentation/d/10f-nvwTwEvcL1HjKESXPNfb15fFUwAdO/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true>

| Социальные результаты | За счет каких действий происходит достижение социальных результатов  |
| --- | --- |
| **Социальный результат №1**. У родителей повысились компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания ребёнка в естественных жизненных ситуациях. | 1. Выявление потенциально нуждающейся семьи в услугах ранней помощи, через проведение первичного приёма. С целью прояснения запросы, трудностей семьи. 2. Проведение индивидуальных и групповых детско-родительских занятий по вопросам развития и воспитания детей. (в рамках ИПРП/краткосрочного консультирования/пролонгированного консультирования)3. Проведение очных/дистанционных бесед, консультаций с родителями по возникающим вопросам. (в рамках ИПРП/краткосрочного консультирования/пролонгированного консультирования)4. Оказание психологической поддержки родителям. (Психологическое консультирование)\*Включение родителя на всех этапах оказания помощи в совместную деятельность.  |
| **Социальный результат №2.** У детей улучшились функциональные навыки в естественных жизненных ситуациях. | 1. Выявление потенциально нуждающейся семьи в услугах ранней помощи, через проведение первичного приёма. С целью прояснения запросы, трудностей семьи. 2. Проведение междисциплинарной оценки развития ребёнка, с целью составление ИПРП с учётом актуального уровня развития ребёнка и отслеживания динамики (не реже 1 раза в 3 месяца) в т.ч:2.1. Оценка естественных жизненных ситуаций2.2. Дифференциальная диагностика2.3. Углубленная оценка навыков2.4 Оценка мотивационных факторов3. Проведение индивидуальных и групповых детско-родительских занятий по вопросам развития и воспитания детей. (в рамках ИПРП/краткосрочного консультирования/пролонгированного консультирования)4. Проведение очных/дистанционных бесед, консультаций с родителями по возникающим вопросам. (в рамках ИПРП/краткосрочного консультирования/пролонгированного консультирования)\*Включение родителя на всех этапах оказания помощи в совместную деятельность.  |

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

Для семей и детей раннего возраста изменения достигаются за счёт системности, последовательности, технологичности, учета потребностей семьи и индивидуального подхода в сопровождении семьи, составлении и реализации ИПРП.

Помощь оказывается одновременно ребенку и родителям.

Следование чёткой, прописанной технологии «Ранняя помощь», которая учитывает вышеописанные условия предоставления услуг семьям, обеспечивает положительный результат в удовлетворенности услугами благополучателей.

Через предоставление услуг Ранней помощи, исходя из нуждаемости семьи (с составлением ИПРП, краткосрочном консультировании/пролонгированном консультировании) по итогу поставленных задач и программ помощь у родителей повышаются их родительские компетенции, на занятиях, специалист показывает /рассказывает, как улучшать возможности ребенка, что в свою очередь влияет на улучшение функциональных навыков у детей в ЕЖС.

В последующем родитель становится более уверенным в своих компетенциях, более включённым и понимающим потребности своих детей, что улучшает детско-родительские отношения. По достижение 3-х лет одной из целей программа ранней помощи является включение ребёнка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребёнка и семьи.

Вся эта деятельность, является как итог, и влияет на улучшение благополучия семей с детьми и профилактику социального сиротства.

Включение родителей в реализацию ИПРП и обучение взаимодействию с ребёнком, повышение родительских компетенций в вопросах кормления, организации домашней развивающей среды, игры, одевания и др. в домашних повседневных делах позволяет сформировать и закрепить у ребёнка необходимые навыки для самостоятельности в повседневной жизни. Если эти навыки повторяются изо дня в день, мама «тренируется» с ребенком в обычных, привычных, домашних делах и понимает для чего это необходимо делать, это приводит к тому, что у ребёнка данные навыки закрепляются, он начинает это делать самостоятельно без маминой поддержки, что в свою очередь облегчает жизнь семьи.

* 1. *Показатели социальных результатов практики: п*риведите ключевые показатели по каждому социальному результату.

| **Социальный результат** | **Показатель** |
| --- | --- |
|
| **Социальный результат №1.** У родителей повысились компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания ребёнка в естественных жизненных ситуациях. | -Количество родителей, повысившие компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания детей в естественных жизненных ситуаций, через получения услуг ранней помощи. (в рамках ИПРП /краткосрочного консультирования/ пролонгированного консультирования) |
| **Социальный результат №2.** У детей улучшились функциональные навыки в естественных жизненных ситуациях. | -Количество детей, улучшивших функциональные возможности через получения услуг ранней помощи. (в рамках ИПРП/ краткосрочного консультирования/ пролонгированного консультирования) |

* 1. *Факторы, влияющие на достижение социальных результатов*: что благоприятствует, а что препятствует достижению каждого социального результата практики?

| Социальный результат | Факторы, влияющие на достижение социальных результатов  | Факторы, препятствующие достижению социальных результатов |
| --- | --- | --- |
| Социальный результат 1:У родителей повысились компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания ребёнка в ЕЖС. | -Выстраивание партнёрски отношений с семьёй. Индивидуальный, семейно-центрированный подход, ориентированный в первую очередь на потребности и запрос семьи. -При предоставлении услуг ранней помощи в рамках ИПРП/краткосрочном консультировании/пролонгированном консультировании семья включена на каждом этапе работы (семья обозначает трудности, которые возникают-запрос), что повышает их мотивацию, активность, обеспечивает обсуждение и понимание того, как та или иная рутина/действие/активность формируется у ребенка.-Подробное информирование обо всех возможных видах помощи и наличие ресурсов в рамках деятельности службы ранней помощи, создание предсказуемой, доверительной атмосферы.  | -Низкая информированность о возможности получения услуг ранней помощи. - Семьи не применяют, не переносят полученные знания на домашние условия, тем самым не закрепляя навыки ребёнка, полагаются на специалиста и тому, что происходит только в организации, перекладывают ответственность на специалистов, тем самым, не закрепляя свои навыки и компетенции.-Родитель находится в стрессе/депрессии/не в ресурсном состоянии.  |
| Социальный результат 2: У детей улучшились функциональные навыки в естественных жизненных ситуациях.. | -Своевременное оказание услуг ранней помощи с первых месяцев жизни, что минимизирует риск развития осложнений и трудностей в развитии функциональных навыков. -Индивидуальный, семейно-центрированный подход, ориентированный в первую очередь на актуальный уровень развития ребёнка- его сильные стороны, его индивидуальные особенности и на потребности семьи. -Долгосрочное, непрерывное сопровождение ребёнка (от рождения до 3-х лет) и его семьи. -Направленность предоставления услуг ранней помощи (в рамках ИПРП/краткосрочном консультировании/ пролонгированном консультировании) в естественных жизненных ситуациях для ребёнка (дома, в игре, во время кормления, купания и т.д).-Использование в работе научно доказанных инструментов, методов оценки и развития навыков ребёнка.  | -Обесценивание семьями значимости самостоятельной активности ребенка, ориентация на медицинскую модель оказания помощи.-Различный социальный статус семьи может влиять на результаты практики. Семья может нуждаться в различных видах поддержки, в зависимости от социальной ситуации.Например, мама воспитывающая одна ребёнка с ОВЗ, нуждается в большей поддержке и сопровождении; семья в ситуации крайней бедности, не имеет возможности, пригласить няню и мама вынуждена постоянно находиться с ребёнком, что приводит к эмоциональному истощению; любая семья, в т.ч. многодетная семья, в которой 1 из детей со статусом инвалидности, не всегда имеет возможность оказать достаточно внимания по разным причинам (не знают как организовать развивающую среду дома, как включить всех членов семьи в единое поле общения, создать условия для самостоятельной активности и выбора). |

* 1. *Риски реализации практики:* Какие меры позволяют минимизировать риски?

| Риски | Меры |
| --- | --- |
| Отсутствие учета соматического состояния ребенка, что может привести к вторичным осложнениям.  | Повышение компетенций команды, включение педиатра развития в команду СРП, взаимодействие с лечащим врачом и поликлиниками. |
| Ухудшение соматического состояния ребенка, как следствие невозможность получения услуг РП на базе центра.  | С 2020 году специалисты СРП предоставляют дистанционные услуги РП, в рамках регламента предоставления услуг РП.  |
| В результате оказания психологической помощи семье, некачественно оказанная помощь может привести к тому, что родитель не сможет справиться с не пережитым горем, что может привести к тому, что мама не справится с эмоциональным состоянием, впадет в «депрессию», что негативно скажется на развитии ребенка. | Повышение компетенций психологов команды службы ранней помощи. |

1. **Регламентированность практики**
	1. В каких материалах представлено полное описание практики?

Внешняя документация:

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»; с п. 12 Плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации распоряжения Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2016 г. № 2723-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». Разработан проекты методических рекомендаций по РП, стандарт оказания услуг РП и положение о подразделении СРП. Ссылка: https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/274. Мы работаем согласно данным рекомендациям. Приложение №3. «Методические рекомендации по ранней помощи».<https://drive.google.com/file/d/1OpQ-e45FNIgj-_62Ya-t6Q5vvRcJwJgr/view?usp=sharing>

Внутренняя документация:

Материалы нашей организации – положение, регламентирующее деятельность Службы ранней помощи, созданной в некоммерческой организации Красноярский центр лечебной педагогики. В которых отражена основная документация, регламентирующая организационную и клиническую (очную-дистанционную) деятельность службы ранней помощи в т.ч.:

1. Положение о структурном подразделении организации:

2. Образцы документов для очного предоставления услуг

3. Образцы документов для дистанционного предоставления услуг.

Приложение №4. «Документы, регламентирующее деятельность СРП РОО КЦЛП» (<https://drive.google.com/file/d/1ZIChn_L8Vr48W3qfEN7WHtzijXnFU3pX/view?usp=sharing>

Также в пособии «Услуги ранней помощи» предоставлена информация специалистам и руководителям о технологии организации региональной системы ранней помощи детям и семьям. Информация, представленная в пособии, раскрывает основные положения Типовых документов по организации предоставления услуг ранней помощи. Авторы издания – эксперты Ассоциации профессионального сообщества и родительских организаций по развитию ранней помощи, а также специалисты и преподаватели Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства». Приложение №5. Пособие «Услуги ранней помощи» (<https://drive.google.com/file/d/1A_NbgkSuqk9D0HLAA3s_P1GuCjYhZVWu/view?usp=sharing>)

* 1. В какой степени данные материалы актуальны и востребованы?

Данные материалы актуальны, т.к. данные документы обеспечивают оказание ранней помощи в рамках технологии, что обеспечивает качественное оказание услуг семьям с детьми раннего возраста, что в свою очередь ведёт к улучшению благополучия семей и детей. Последние утверждённые изменения, учитывающие особенности работы технологии «Ранняя помощь» подписаны и опубликованы на сайте Минтруда России от 25.12.2018 года

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

Специалисты СРП должны иметь профильное образование и обладать профессиональными компетенциями, необходимыми для предоставления услуг ранней помощи, подтвержденными соответствующими документами. Команда должна пройти базовый цикл обучения по ранней помощи.

 Для овладения знаниями в области ранней помощи и возможности оказания качественной помощи семьям, требуются определённые условия, основные из них:

- Одновременное обучение всей команды Службы ранней помощи. Не менее четырех специалистов (например: психолог, специалист по социальной работе, педагог, специалист по коммуникации(логопед), педиатр развития) должны пройти совместное обучение.

- Обучение предполагает освоение базовых знаний по технологии ранней помощи, которые слушатели получают на 4-х пятидневных семинарах (всего 160 аудиторных часов).

- В период между обучающими модулями специалисты апробируют полученные знания и в это время нуждаются в сопровождении деятельности в ранней помощи. Между обучающими модулями проводятся супервизии деятельности СРП, консультации (очные и заочные) и скайп-семинары.

* 1. Какие используются формы и методы обеспечения качества работы специалистов, реализующих практику?

- Регулярное повышение квалификации сотрудников (не менее 2 раз в год), задействованных в реализации практике благодаря регулярному обучению и обмену опыта с коллегами через участие в профильных конференциях, круглых столах, семинарах, вебинарах и т.д.

- Еженедельные консилиумы для специалистов, с целью обсуждения новых случаев, трудностей и успехов, возникающих в работе.

- Супервизии трудных случаев, в команде СРП (по запросу)

- Мониторинг деятельности специалистов СРП (количество семей, регулярность занятий, заполнение документации), руководителем СРП, на соответствие, своевременность и качество оказываемых услуг РП.

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

Практика реализуется с опорой на профессиональный опыт и квалификацию носителей практики, специальности, полученные в образовательных организациях:

-Каждый специалист в команде СРП прошёл курс «Организационные основы ранней помощи». АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»

-Повышение компетенций «Дистанционное предоставление услуг Ранней помощи». АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»

-Профильное обучение по программе «Альтернативная коммуникация». Социальная школа «Каритас»

-Повышение компетенций в области основ физической терапии, основ позиционирования. АНО «Физическая реабилитация»

-Повышение компетенций в области работы с детьми с ТМНР, развивающий уход, игровая педагогика, особенности работы с детьми раннего возраста по нозологиям. Московский центр лечебной педагогики.

-Повышение квалификации по специализации «Эрготерапия». Медико-социальный институт г. Санкт-Петербург.

-Базовой методической площадкой по РП является Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства. В 2018 году в рамках реализации проекта «Траектория профессионального роста» обучает 14 тренеров по ранней помощи из 7 регионов России, которые разработали программу базового семинара для обучения создающихся команд СРП, состоящий из 4 пятидневных циклов семинаров. По завершению проекта, тренеры имеют готовую программу по обучению, имеют возможность обучать команды СРП в своих регионах. Из опыта КЦЛП по сопровождению становления СРП в Красноярском крае разработана система сопровождения, готовы скайп-семинары, поддерживающие деятельность команд.

* 1. Каким образом регламентируются действия специалистов в области возможного негативного влияния и рисков практики?

Разработан проект методических рекомендаций по РП (https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/266), который регламентирует действия специалистов в СРП. В нём учтены принципы РП (бесплатность, доступность, регулярность, открытость, семейноцентрированность, индивидуальность, функциональная направленность, естественность, уважительность, командная работа, компетентность, научная обоснованность), которые обеспечивают получение услуг РП ребенком в уважительной, чувствительной и отзывчивой манере; получение услуг РП с опорой на его ресурсы функционирования и его интересы; обеспечение поддерживающих влияний среды с учетом специфики ограничений его жизнедеятельности, что в свою очередь значительно уменьшает негативное влияние практики.

Также в организации проводятся еженедельные консилиумы и супервизии случаев (по запросу специалиста) для отслеживания и своевременного предотвращения рисков практики.

* 1. Какие есть расхождения между существующими регламентами и их реализацией?

Внутренние регламенты, утверждённые на базе организации, реализуются без весомых расхождений.

1. **Обоснованность практики**
	1. Каким образом практика обоснована с точки зрения интересов и потребностей благополучателей?

-В рамках самой практики вся деятельность построена с учётом принципов семейноцентрированности, партнёрских отношений. На каждом из этапов предоставления услуг ранней помощи начиная от первичного приёма до реализации ИПРП.

На первичном приёме специалисты проясняют запрос семьи и исходя из запроса пристраивают дальнейшее сопровождение.

Если семья нуждается в составлении ИПРП предполагается ряд оценочных процедур, на этапе междисциплинарной оценки, позволяющий определить ограничения жизнедеятельности ребёнка и выявить актуальные потребности для семьи. В данных оценках родитель активно включен.

На этапе составления и согласования ИПРП – с семьёй сначала согласуется ИПРП, у родителей есть возможность изменить/добавить/исключить выбранные цели, если они не согласны с ведущим специалистом.

В ходе реализации ИПРП/краткосрочного/пролонгированного консультирования родитель является партнёром и активным участником, может обсуждать с ведущим специалистом свои потребности.

-Через анкеты обратной связи от благополучателей, учитывая удовлетворённость потребителей услугами Ранней помощи.

-В отчёте от эксперта Дарьи Шамровой, PhD, Снижение ограничений жизнедеятельности среди детей с ОВЗ, участвующих в практике «Ранняя Помощь» Красноярского Центра Лечебной Педагогики. Отчёт об оценке от Дарьи Шамровой. <https://drive.google.com/file/d/1aHJY_-x3x2hiXiDppV8C5dz6fpfzAmiP/view?usp=sharing>



*Рис.1. Система организации помощи семье в рамках технологии «Ранняя помощь»*

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

- Экспертное заключение о качестве оказываемых услуг, в части подготовки к переходу ребенка из СРП в детский сад, Е.В. Кожевниковой, научного консультанта научно- образовательного центра «Биологические и социальные основы инклюзии» Института физиологии им. И.П. Павлова РАН, эксперта по благополучию маленьких детей Детского Фонда ООН ЮНИСЕФ по Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии Приложение №6. Экспертное заключение о качестве оказываемых услуг, Е.В. Кожевниковой (<https://docs.google.com/document/d/1QQALdV6EYCwAaY81VkSizIZvpKcWdfV0/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true>)

- Заключение о соответствии качества оказываемых социально ориентированной некоммерческой организацией общественно полезных услуг установленным критериям от Министерства здравоохранения Красноярского края, заместитель министра здравоохранения Красноярского края Немик Б.М. Приложение №7. Заключение о соответствии качества оказываемых социально ориентированной некоммерческой организацией общественно полезных услуг. Немик Б.М. (<https://drive.google.com/file/d/1CiubfaI4Tu4VmVBaNYVFYEJkYsMwvDPB/view?usp=sharing>)

- Заключение о соответствии качества оказываемых социально ориентированной некоммерческой организацией общественно полезных услуг установленным критериям от Министерства образования Красноярского края, заместитель министра Никитина О.Н. Приложение №8. Заключение о соответствии качества оказываемых социально ориентированной некоммерческой организацией общественно полезных услуг Никитина О.Н. (<https://drive.google.com/file/d/1WVDgn2ApODYLjF8JklOlSdLXYrl_40kO/view?usp=sharing>

- Снижение ограничений жизнедеятельности среди детей с ОВЗ, участвующих в практике «Ранняя Помощь» Красноярского Центра Лечебной Педагогики. Отчёт об оценке от Дарьи Шамровой. Приложение №9. Отчёт об оценки. Снижение ограничений жизнедеятельности среди детей с ОВЗ, участвующих в практике «Ранняя Помощь» (<https://drive.google.com/file/d/1aHJY_-x3x2hiXiDppV8C5dz6fpfzAmiP/view?usp=sharing>)

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

Использование принципов и подходов в оказании ранней помощи благополучателям практики (семьям с детьми раннего возраста) опирается на следующие научные теории и исследования:

 Кожевникова Е. В., Мухамедрахимов Р. Ж., Чистович Л. А. Санкт-Петербургская программа "Абилитация Младенцев" - первая в России программа раннего вмешательства // Педиатрия. 1995. № 4, с. 112-113.

 Тасис. Министерство образования РФ. Ранняя помощь детям с особыми потребностями и их семьям. Результаты пилотного проекта в Санкт- Петербурге. 2002. 138с.

 Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. - СПб.:Речь, 2003.-400 с. [Microsoft Word - МАМАЙЧУК.doc (mgaps.ru)](https://sdo.mgaps.ru/books/K3/M11/p3/3.pdf)

 Питерси М., Трилор и др. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Части 1-8. – М., 1998 [АССОЦИАЦИЯ ДАУН СИНДРОМ 101000, Моспи, ул (yaroslavl.ru)](http://cpd.yaroslavl.ru/Portals/0/docs/RegResCenter/%D0%A0%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F%20%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D1%8C/%D0%A0%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B5%20%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%8B%20%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D0%B8/%D0%91%D0%B0%D0%BD%D0%BA%20%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B2/08%20-%20%D0%9C%D0%B0%D0%BB_%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D1%8C%D0%BA%D0%B8_%D0%BA%D0%BD2_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%BC%D0%B0.docx.pdf)

Имеется ряд доказанных исследований ученых о роли привязанности матери и ребёнка, и роли раннего возраста в дальнейшем развитии человека:

-К.Бриш, Теория привязанности и воспитание счастливых людей. [Бриш К. Х. Терапия нарушений привязанности (pinpo.ru)](https://psy.pinpo.ru/wp-content/uploads/2019/12/Brish_-_Terapia_narusheniy_privyazannosti.pdf)

-Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями: теоретические основы и практический опыт // под редакцией Карла Грюневальда, СПб., 2003.[Нормализация жизни (social-profi.ru)](http://social-profi.ru/wp-content/uploads/2020/09/Normalizatsiya-zhizni-v-zakrytyh-uchrezhdeniyah-dlya-lyudej-s-intellektualnymi-i-drugimi-funktsionalnymi-narusheniyami-by-Gryunevald-K.-red.-z-lib.org_.pdf)

**5. Данные о достижении социальных результатов**

**и влиянии практики**

* 1. Какие позитивные изменения (социальные результаты) можно констатировать в жизни благополучателей благодаря применению практики?
* Имеются ли данные о позитивных изменениях ситуации благополучателей с точки зрения достижения указанного социального результата?

| **Социальный результат** | **Показатель** | **Значение в 2019г.****15 детей** | **Значение в 2020г.****30 детей** |
| --- | --- | --- | --- |
| У детей улучшились функциональные навыки в естественных жизненных ситуациях | *Количество детей, улучшивших функциональные возможности через получения услуг ранней помощи.* | По результатам шкал развития KID/RCDI:У 13 детей из 15 улучшились навыки в области «социальное взаимодействие и самообслуживание».По результатам заключений, основанных на МКФ, ведущих специалистов:У 10 детей из 10 улучшились навыки в области D1«Научение и применение знаний». У 5 детей из 10 улучшились навыки в области D2 «Выполнение простых задач и требований - стрессоустойчивость». У 8 детей из 10 улучшились навыки в области D3 «Коммуникация». У 10 детей из 10 улучшились навыки в области D4 «Мобильность». У 5 детей из 10 улучшились навыки в области D5 «Забота о собственном теле и здоровье». У 7 детей из 10 улучшились навыки в области D7 «Межличностное взаимодействие». | По результатам шкал развития KID/RCDI:У 26 детей (87%) из 30 улучшились навыки в области «познание». У 25 детей (83%) из 30 улучшились навыки в области «движение». У 25 детей (83%) из 30 улучшились навыки в области «речь». У 25 детей (83%) из 30 улучшились навыки в области «самообслуживание». У 24 детей (80%) из 30 улучшились навыки в области «социальное взаимодействие». По результатам заключений, основанных на МКФ, ведущих специалистов[[1]](#footnote-0): У 26 детей (87%) из 30 улучшились навыки в области D1«Научение и применение знаний». У 3 детей (10%) из 30 улучшились навыки в области D2 «Выполнение простых задач и требований - стрессоустойчивость». У 20 детей (67%) из 30 улучшились навыки в области D3 «Коммуникация». У 23 детей (77%) из 30 улучшились навыки в области D4 «Мобильность». У 22 детей (73%) из 30 улучшились навыки в области D5 «Забота о собственном теле и здоровье». У 5 детей (17%) из 30 улучшились навыки в области D7 «Межличностное взаимодействие». \*В ноябре 2020 года был составлен аналитический отчёт внешним экспертом Дарьей Шамровой, “Снижение ограничений жизнедеятельности среди детей с ОВЗ, участвующих в практике «Ранняя помощь». В отчете представлен анализ одного из социальных результатов программы, а именно, «Предупреждение возникновения ограничений жизнедеятельности или снижение ограничений».Проводился анализ уже имеющихся данных, собранных за последние 6 лет. Отчёт по ссылке:<https://drive.google.com/file/d/1aHJY_-x3x2hiXiDppV8C5dz6fpfzAmiP/view?usp=sharing>  |
| **Каким образом были получены сведения о достижении 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? | По результатам шкал развития KID/RCDI:Анализ проводится 2 срезами по данным шкалы развития KID, RCDI специалистами, работающими с семьями, позволяющий отследить уровень развития навыков, необходимых в ЕЖС для ребенка по 2 основным областям развития: социальная сфера и самообслуживание. проводился на выборке детей раннего возраста (15 человек), посещающих занятия в службе ранней помощи РОО КЦЛППо результатам заключений, основанных на МКФ, ведущих специалистов: Сбор данных проводился 1 раз, по итогу завершения программы. Всего в анализ наблюдении вошли 10 кейсов детей, для которых имелся наиболее подходящий объем наблюдений. Выборки, используемые в сборе различного рода доказательств, не являются полностью пересекающимися. Т.е. не одна и та же группа детей была включена в анализ. | По результатам шкал развития KID/RCDI: Проводилось 2 среза для семей, получающих услуги РП в 2020 году:Первый - на входе в службу ранней помощи (семья заполняет шкалу развития до первичного приёма)Второй – по завершению программы на ребёнка (в зависимости от нуждаемости или с составлением ИПРП/краткосрочном/пролонгированном консультировании)По результатам заключений, основанных на МКФ, ведущих специалистов: Сбор данных проводился 1 раз для семей, получающих услуги РП в 2020 году в зависимости от продолжительности программы помощи (от 3-х до 9 месяцев в зависимости от нуждаемости или с составлением ИПРП/ краткосрочном/ пролонгированном консультировании) по итогу завершения программы и\или анализа промежуточного/итогового результата поставленных целей для семьи.  |
| 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 выборку для анализа по шкалам KID, RCDI вошло 15 детей. Анализировались результаты заключений ведущих специалистов по 10 детям (кейсам). Группа сравнение и контрольная группа не использовались. |  В выборку вошло 30 детей, получающих услуги ранней помощи на регулярной основе (не менее полугода) в различных формах в зависимости от нуждаемости (ИПРП/краткосрочное/пролонгированное, И.З/Г.З, очно/дистанционно)**.** Группа сравнение и контрольная группа не использовались. |
| 3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты? | 1. Диагностическая методика «Комплексная оценка развития детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев». Диагностическая методика «Развитие детей в возрасте младше 3,5 лет» является адаптированным вариантом двух диагностических шкал:– Шкала KID – Кентская шкала оценки развития младенцев (Kent Infant Development Scale; KID Scale), разработанная группой сотрудников Кентского университета (США) под руководством профессора Жанет Рейтер– Шкала RCDI – шкала оценки развития ребенка (Child Development Inventory; CDI), разработанной доктором Гарольдом Айртоном (Миннеаполис, США).Обе шкалы обладают достаточной надежностью и валидностью, информация об этом представлена в научных статьях. Авторы обеих шкал передали директору Института раннего вмешательства права на перевод, адаптацию, стандартизацию и распространение шкал. Сотрудники Института раннего вмешательства в течение 6 лет (1994-2000) осуществляли работу по адаптации шкал для русскоязычных специалистов и созданию на их основе компьютерной диагностической методики «Развитие детей в возрасте младше 3,5 лет». 2. Вся диагностика и анализ динамики развития ребёнка в рамках технологии «Ранняя помощь» описывается и основывается на МКФ. МКФ- Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, ICF) — классификация компонентов здоровья, ограничении жизнедеятельности и функционирования. Под функционированием человека подразумевается не только полноценная работа всех функций организма и наличие всех анатомических частей тела, но также и деятельность человека, которая связана факторами окружающей среды и персональными факторами пациента. МКФ используется как универсальный язык для общения специалистов, занимающихся реабилитацией и собирающих данные о распространённости инвалидности. МКФ входит в семейство международных классификаций (WHO Family of International Classifications), предложенных к использованию Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).  | 1. Диагностическая методика «Комплексная оценка развития детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев». Диагностическая методика «Развитие детей в возрасте младше 3,5 лет» является адаптированным вариантом двух диагностических шкал:– Шкала KID – Кентская шкала оценки развития младенцев (Kent Infant Development Scale; KID Scale), разработанная группой сотрудников Кентского университета (США) под руководством профессора Жанет Рейтер– Шкала RCDI – шкала оценки развития ребенка (Child Development Inventory; CDI), разработанной доктором Гарольдом Айртоном (Миннеаполис, США).Обе шкалы обладают достаточной надежностью и валидностью, информация об этом представлена в научных статьях. Авторы обеих шкал передали директору Института раннего вмешательства права на перевод, адаптацию, стандартизацию и распространение шкал. Сотрудники Института раннего вмешательства в течение 6 лет (1994-2000) осуществляли работу по адаптации шкал для русскоязычных специалистов и созданию на их основе компьютерной диагностической методики «Развитие детей в возрасте младше 3,5 лет». *Приложение №10. Шкала развития KID,RCDI.*2. Вся диагностика и анализ динамики развития ребёнка в рамках технологии «Ранняя помощь» описывается и основывается на МКФ. МКФ- Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, ICF) — классификация компонентов здоровья, ограничении жизнедеятельности и функционирования. Под функционированием человека подразумевается не только полноценная работа всех функций организма и наличие всех анатомических частей тела, но также и деятельность человека, которая связана факторами окружающей среды и персональными факторами пациента. МКФ используется как универсальный язык для общения специалистов, занимающихся реабилитацией и собирающих данные о распространённости инвалидности. МКФ входит в семейство международных классификаций (WHO Family of International Classifications), предложенных к использованию Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). *Приложение №11. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.* |
| 4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы? | 1. Количественный анализ динамики развития по шкалам KID, RCDI. Шкала развития заполняется родителем, администратор СРП заносит данные в электронную программу. Динамики развития по шкалам обрабатывается электронной программой, выдавая количественные и качественные результаты по динамике развития детей по основным областям развития (познание, движение, речь, самообслуживание, социальное взаимодействие). Все данные хранятся в электронном виде в программе. Данные агрегировались и сводились в единую таблицу. 2.Смешанный (качественно-количественный) анализ наблюдений и заключений специалистов по итогам реализации программ помощи семьям.Анализ программ помощи, результативность по достижению поставленных целей анализируется ведущим специалистом семьи. Описывается промежуточная или итоговая динамика развития ребёнка. Эти данные агрегированы и выделена динамика у детей по основным области жизнедеятельности. Данные агрегировались и сводились в единую таблицу. | 1. Количественный анализ динамики развития по шкалам KID, RCDI. Шкала развития заполняется родителем, администратор СРП заносит данные в электронную программу. Динамики развития по шкалам обрабатывается электронной программой, выдавая количественные и качественные результаты по динамике развития детей по основным областям развития (познание, движение, речь, самообслуживание, социальное взаимодействие). Все данные хранятся в электронном виде в программе. Данные агрегировались и сводились в единую таблицу. 2.Смешанный (качественно-количественный) анализ наблюдений и заключений специалистов по итогам реализации программ помощи семьям.Анализ программ помощи, результативность по достижению поставленных целей анализируется ведущим специалистом семьи. Описывается промежуточная или итоговая динамика развития ребёнка. Эти данные агрегированы и выделена динамика у детей по основным области жизнедеятельности. Данные агрегировались и сводились в единую таблицу. *Приложение №12. Результаты динамики развития по шкалам и заключения специалистов по итогам программы.* |
| **Социальный результат** | **Показатель** | **Значение в 2019 г** | **Значение в 2020 г****21 родитель** |
| У родителей повысились компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания ребёнка в ЕЖС. | *Количество родителей, повысившие компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания детей в естественных жизненных ситуаций, через получения услуг ранней помощи.* | Специальные исследования не проводились.  В ходе оказания помощи семье специалисты использовали беседу с родителями и наблюдение за навыками родителей в формировании функциональных навыков. Наблюдение проводилось в семьях - участников практики. Результаты данных не фиксировались. | Всего 21 родитель принял участие в анкете обратной связи. 19 (89%) родителей из 21[[2]](#footnote-1) отметили значительное повышение родительских компетенций.20 (95%) родителей из 21 отметили, что были максимально включены в занятия в службе ранней помощи.19 (89%) родителей из 21 отметили, что им в большей степени удалось перенести полученные знания в домашние условия.19 (89%) родителей из 21 отмечают значительное улучшение навыков самостоятельности у ребёнка (в игре, самообслуживании, движении, коммуникации и т. д.)15 (100%) родителей из 15 отмечают важность полученных знаний и навыков для перехода в д/с[[3]](#footnote-2). |
| **Каким образом были получены сведения о достижении 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 проводился 1 раз для семей, получающих услуги РП в 2020 в зависимости от продолжительности программы помощи (от 3-х до 9 месяцев в зависимости от нуждаемости или с составлением ИПРП/ краткосрочном/ пролонгированном консультировании) по итогу завершения программы и/или анализа промежуточного/итогового результата поставленных целей для семьи. Группа состояла из участников практики. Описанные выборки, используемые в сборе различного рода доказательств, являются пересекающимися. Т. е. одна и та же группа семей была включена в анализ по 2-м социальным результатам. Группа сравнение и контрольная группа не использовались.  |
| 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 выборку вошло 21 семей, ответивших на анкету обратной связи, получающих услуги ранней помощи на регулярной основе (не менее полугода) в различных формах в зависимости от нуждаемости (ИПРП/краткосрочное/пролонгированное, И.З/Г.З, очно/дистанционно) Не все 30 родителей заполнили анкету обратной связи в выборку вошли 21 родитель заполнивший анкету.  |
| 3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты? |  | Анкета обратной связи. Простой и быстрый способ обратной связи от родителей. Не затратный и не требующих специальных знаний для семей. *Приложение 13. Анкета обратной связи для родителей.*  |
| 4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы? |  | Количественный анализ анкет обратной связи. Форма обратной связи создана на платформе google, количественные данные автоматически собираются по категориям. *Приложение №14. Результаты анкеты обратной связи для родителей.*  |

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

| **Результат** | **Сведения об устойчивости результата** |
| --- | --- |
| У родителей повысились компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания ребёнка в ЕЖС. | Результат является краткосрочным. Приобретённые знания/умения/навыки родителями – устойчивы. Но качество этих компетенций и степень применения в ЕЖС зависит от того, как дальше семья будет использовать полученные знания. Лонгитюдных исследований не проводилось.  |
| У детей улучшились функциональные навыки в естественных жизненных ситуациях | Результат является краткосрочным. Приобретённые знания/умения/навыки как детьми – устойчивы. Но качество этих навыков и степень применения в ЕЖС зависит от того, как дальше семья будет использовать полученные знания. Лонгитюдных исследований не проводилось. |

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

Ни один из социальных результатов практики не является отложенным.

* 1. Возможно ли выделить вклад вашей практики в достижение социальных результатов у благополучателей?

| **Результат** | **Вклад нашей практики в достижение социальных результатов** |
| --- | --- |
| У родителей повысились компетенции в вопросах развития функциональных навыков и воспитания ребёнка в ЕЖС. | Вклад значителен. Организация является первой кто начал оказывать в г. Красноярске поддержку семьям в технологии «Ранняя помощь» (с 2001 года). Является единственным центром компетенций по ранней помощи в Красноярском крае. Оказывает компетентную помощь семьям. В отличие от других, практика «Ранней помощи» основывается на функциональном подходе, системности и непрерывном предоставлении услуг в зависимости от нуждаемости с первых месяцев жизни ребёнка. Одна из основная цель ранней помощи является повышение компетенций родителей в вопросах развития и воспитания детей в ЕЖС. Услуги ранней помощи уникальны, они не являются услугами медицинскими, социальными, образовательными.  |
| У детей улучшились функциональные навыки в естественных жизненных ситуациях | Вклад значителен. Практика технологии «Ранняя помощь» ориентирована на детей с первых месяцев жизни, улучшая функциональные навыки ребёнка необходимые ему в ежедневных делах, используемыми каждый день, в течение всей дальнейшей жизни. Одна из основная цель ранней помощи является улучшение функционирования ребёнка в естественные жизненных ситуациях. Услуги ранней помощи уникальны, они не являются услугами медицинскими, социальными, образовательными.  |

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

В анкетах обратной связи родители отмечают высокую удовлетворённость услугами ранней помощи, важность и значимость приобретённых функциональных навыков ребёнком как в естественных жизненных ситуациях, так и значимость приобретенных навыков для перехода в детский сад.

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

 Не наблюдались негативные эффекты.

Список приложений:

 *Приложение №1. Логическая модель практики.*

(<https://docs.google.com/document/d/1NhmYUBvEKK8uLdNyKqQPgJVMU9tmJHRg/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true>)

*Приложение №2. Дерево социальных результатов.*

(<https://docs.google.com/presentation/d/10f-nvwTwEvcL1HjKESXPNfb15fFUwAdO/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true>)

*Приложение №3. «Методические рекомендации по ранней помощи».(*<https://drive.google.com/file/d/1OpQ-e45FNIgj-_62Ya-t6Q5vvRcJwJgr/view?usp=sharing>)

*Приложение №4. «Документы, регламентирующее деятельность СРП РОО КЦЛП»* (<https://drive.google.com/file/d/1ZIChn_L8Vr48W3qfEN7WHtzijXnFU3pX/view?usp=sharing>

*Приложение №5. Пособие «Услуги ранней помощи»* (<https://drive.google.com/file/d/1A_NbgkSuqk9D0HLAA3s_P1GuCjYhZVWu/view?usp=sharing>)

*Приложение №6. Экспертное заключение о качестве оказываемых услуг, Е.В. Кожевниковой* (<https://docs.google.com/document/d/1QQALdV6EYCwAaY81VkSizIZvpKcWdfV0/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true>)

*Приложение №7. Заключение о соответствии качества оказываемых социально ориентированной некоммерческой организацией общественно полезных услуг. Немик Б.М.* (<https://drive.google.com/file/d/1CiubfaI4Tu4VmVBaNYVFYEJkYsMwvDPB/view?usp=sharing>)

*Приложение №8. Заключение о соответствии качества оказываемых социально ориентированной некоммерческой организацией общественно полезных услуг Никитина О.Н.* (<https://drive.google.com/file/d/1WVDgn2ApODYLjF8JklOlSdLXYrl_40kO/view?usp=sharing>

*Приложение №9. Отчёт об оценки. Снижение ограничений жизнедеятельности среди детей с ОВЗ, участвующих в практике «Ранняя Помощь»* (<https://drive.google.com/file/d/1aHJY_-x3x2hiXiDppV8C5dz6fpfzAmiP/view?usp=sharing>)

*Приложение №10. Шкала развития KID,RCDI. (*[*https://docs.google.com/document/d/1fnv2eNBCZ6Apc9qvYz1NId\_nrw37RnNT/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true*](https://docs.google.com/document/d/1fnv2eNBCZ6Apc9qvYz1NId_nrw37RnNT/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true) *)*

*Приложение №11. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. (*[*https://docs.google.com/document/d/19CaD8A71KnYwh5E7lluk4pqDXVl5xihq/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true*](https://docs.google.com/document/d/19CaD8A71KnYwh5E7lluk4pqDXVl5xihq/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true)*)*

*Приложение №12. Результаты динамики развития по шкалам и заключения специалистов по итогам программы.*

*(*[*https://docs.google.com/document/d/10HaJZcuRn39w-e4GApkI9jnjuWnAWy2X/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true*](https://docs.google.com/document/d/10HaJZcuRn39w-e4GApkI9jnjuWnAWy2X/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true)*)*

*Приложение 13. Анкета обратной связи для родителей.*

*(*[*https://docs.google.com/document/d/1qTwtr\_E-c8scxRht-FKQ6GYOFGgt7w9Q/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true*](https://docs.google.com/document/d/1qTwtr_E-c8scxRht-FKQ6GYOFGgt7w9Q/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true)*)*

*Приложение №14. Результаты анкеты обратной связи для родителей.*

*(*[*https://docs.google.com/document/d/17myDKJAr17WjzfxRl1XPLuF\_pSTyN0pX/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true*](https://docs.google.com/document/d/17myDKJAr17WjzfxRl1XPLuF_pSTyN0pX/edit?usp=sharing&ouid=110808290786952288848&rtpof=true&sd=true)*)*

1. Анализировалась динамика относительно поставленным целям конкретной семье. Не для всех семей ставились цели на одни и те же области. Для каких-то семей было не актуально цели направленные на развитие коммуникации или стрессоустойчивости, в связи с этим и не отмечается динамика по их достижению от ведущих специалистов. [↑](#footnote-ref-0)
2. Данное значение родителей-21 – это те родители (из 30), которые заполнили анкету обратной связи. [↑](#footnote-ref-1)
3. На данный вопрос отвечали только те родители, дети которых перешли в детский сад. [↑](#footnote-ref-2)