

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА И ПОДГОТОВКИ ПРАКТИКИ К ПРОЦЕДУРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ

(ФОРМАТ ОПИСАНИЯ ПРАКТИКИ)

Информация об организации

01. **Название:** Благотворительный фонд «Волонтеры в помощь детям-сиротам»
02. **Сайт:** www.otkazniki.ru
03. **Телефон:** + 7 (495) 789-15-78
04. **Электронная почта:** info@otkazniki.ru
05. **Контактное лицо:**

Деснянская Олеся Валерьевна, координатор программы «Профилактика социального сиротства», 89104985699, olesya.desn@gmail.com

Шихова Ольга Владимировна, координатор проекта «Профилактика отказов от новорожденных», 89104985743, shikhova@gmail.com

Андреева Елена Константиновна, координатор проекта «Теплый дом», 89154458601, careser@mail.ru

1. Общая информация о практике

1.1. Как называется практика?

«Профилактика отказов от новорожденных»

1.2. Краткая аннотация практики

Практика реализуется с 2008 г. во взаимодействии с родильными домами, которые передают сигналы о женщинах, выражающих намерение отказаться от ребенка или сомнения в том, что смогут его воспитывать. Цель консультирования женщин, выразивших намерение отказаться от новорожденного, – это **помощь в принятии информированного и осознанного решения**. В процессе консультирования специалист обсуждает с женщиной причины отказа и разные варианты дальнейшего жизнеустройства ребенка, рассказывает о различных видах помощи, оказываемых Фондом. При рождении ребенка с ОВЗ семье также предоставляется информация о сути нарушений и о том, какие организации помогают таким детям. Консультации проводят психологи - сотрудники фонда или **волонтеры** с психологическим образованием, **прошедшие специальную тренинговую подготовку**.

По данным за 2018-2019 гг. в рамках практики в среднем удалось предотвратить 50% отказов от всех выездов: 63 ребенка остались в кровных семьях. Когда отказ предотвратить не удастся, то целью становится осознанное завершение ситуации: символические ритуалы прощания и обсуждение того, как предотвратить повторение этой ситуации в будущем.

Результативность Практики и устойчивость ее результатов достигаются благодаря тому, что работа с женщиной не ограничивается рамками одной консультации: она получает правовую, социальную, психологическую помощь и после выписки из учреждения родовспоможения. Специалисты Практики постоянно расширяют базу профессиональных контактов, что позволяет проводить **комплексную**

маршрутизацию: направлять женщин в проекты сопровождения на дому (оказывающие юридическую, социально-психологическую и материальную помощь) или в социальные приюты для матерей с детьми – как на базе Фонда, так и других организаций по всей РФ, а также в организации, помогающие детям с ОВЗ разного типа. В рамках Практики наработан большой опыт **помощи матерям-мигранткам**, которые составляют более половины всей целевой группы (64 % от всей целевой группы в 2019 г., в том числе мигранток из-за рубежа – 42%): правовые алгоритмы восстановления документов и взаимодействия с консульствами стран ближнего зарубежья, отправка женщин с ребенком на родину.

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

Практика была разработана сотрудниками БФ «Волонтеры в помощь детям-сиротам» в 2008 - 2009 гг. и впервые оформлена в 2011 г. в методическом пособии «Профилактика отказов от новорожденных» и буклете по профилактике отказов для мед. работников на основе:

- Технологии работы со случаем
- Технологии кризисного психологического консультирования
- Прикладных рекомендаций по профилактике социального сиротства в родильных домах, предложенных российскими исследователями (Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Панкратова М.Г., Радионова М.С., Черников А.В. Филиппова Г.Г.)
- Релевантного зарубежного опыта (США, Франция), с опорой на собственный опыт стажировок и консультации с внешними экспертами

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

Практика реализовывается на территории г. Москвы и Московской области. Также практика транслировалась в другие регионы Российской Федерации благодаря обучению специалистов из партнерских организаций.

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

2010 г. – по настоящее время

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

В 2010 году практика была одновременно инновационной и пилотной на территории региона. На данный момент мы считаем практику устоявшейся (с пилотной услугой домашнего визитирования после предотвращенного отказа, внедренной в 2019 г.) по следующим причинам:

- длительность реализации практики. Работа нашего Фонда по профилактике отказов от новорожденных в Московской области ведется с 2010 г.
- наличие договорных отношений с государственными учреждениями на территории региона. В 2014 г. договор о сотрудничестве с Фондом был рекомендован Департаментом здравоохранения г. Москвы для подписания московским родильным домам, а в 2017 г. было подписано Соглашение о сотрудничестве с Министерством образования МО (которое курирует все территориальные отделы опеки и попечительства на территории региона). (См. Прил. 11)
- наличие данных о результатах практики с 2010 года (См. Годовые отчеты Фонда <https://www.otkazniki.ru/reports/yearly/>; Прил. 6)
- наличие двух методических пособий (2011 и 2019 гг. <https://www.otkazniki.ru/upload/medialibrary/22b/22b63555a2aa7069ef3177bc2c8f1a73.pdf>), в которых представлено описание практики
- практика согласуется с опытом других организаций

- специалистами Фонда разработана и апробирована тренинговая программа для волонтеров-психологов, которые выезжают на отказы в родильные дома (<https://www.otkazniki.ru/upload/medialibrary/22b/22b63555a2aa7069ef3177bc2c8f1a73.pdf>, с. 42 - 47)
- специалисты Фонда в 2015, 2017 и 2019 гг. провели обучение сотрудников других организаций, занимающихся профилактикой социального сиротства; регулярно принимают участие в тематических конференциях и круглых столах.

1.7. Существуют ли похожие практики?

Похожие практики в большинстве регионов РФ реализуют:

- Государственные организации социальной сферы (например, ГУ СО «Волгоградский областной центр социальной помощи семье и детям «Семья», разрабатывающий методическое содержание и реализующий областные программы профилактики отказов от новорожденных).
- Государственные медицинские организации – перинатальные центры (например, «Центр медико-социальной помощи беременным женщинам, в том числе оказавшихся в трудной жизненной ситуации» на базе КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» https://10letie.edu.gov.ru/region/fed-report?id=940&subject_id=30)
- СО НКО (например, МОО «Аистенок» (Екатеринбург) в рамках практики “«Сохраним семью для ребенка» - Профилактика социального сиротства, работа с родными семьями” <http://deti.timchenkofoundation.org/wp-content/uploads/2019/11/Описание-практики-Аистенок.pdf>)

Услуга по профилактике отказов от новорожденных распространена повсеместно. Помимо практик отдельных организаций, существуют общероссийские стандарты (рекомендательного характера) ее реализации:

- В 2012 г. Благотворительный фонд профилактики социального сиротства совместно с Национальным фондом защиты детей от жестокого обращения описали стандарт услуги «Психолого-педагогическое сопровождение семей с риском отказа от новорожденного ребенка (профилактика ранних отказов)»: http://www.sirotstvo.ru/files/5164/Stand_9.pdf
- В 2014 г. наш Фонд совместно с Благотворительным фондом профилактики социального сиротства разработал Методические рекомендации для Минздрава с опорой на зарубежный опыт: <https://www.psymama.ru/document/metodicheskie-rekomendatsii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiskoj-federatsii-o-profilaktike-otkazov-ot-novorozhdennyh-04-09-2014/>
- Уникальность нашей практики заключается в следующих элементах:
 - В качестве краткосрочного социального результата рассматривается любое информированное и осознанное решение женщины – как сохранить ребенка в семье, так и отказаться от него. Консенсуса по данному вопросу в аналогичных практиках нет: многие ориентируются именно на сохранение ребенка в семье, как на желаемый результат.
 - Комплексная маршрутизация, которая включает в себя направление: (а) в собственные проекты фонда (комплексное сопровождение на дому; центр временного проживания для матерей с детьми); (б) в аналогичные организации в большинстве регионов РФ; (в) отправку на родину и поиск поддержки в странах ближнего зарубежья. Если женщину с ребенком доставляет во внешние организации сотрудник Фонда, используется «Отчет о доставке», который передается принимающей стороне, с описанием общения и наблюдения за женщиной в дороге (поведение женщины, действия по отношению к ребенку, обсуждавшиеся темы и обнаружившиеся факты). В рамках Практики и работы Фонда в целом проводится работа не только по поиску новых контактов, но и по созданию / развитию профессионального сообщества (обучающие и супервизионные мероприятия, стажировки, участие в организации конференций и др.)

- Модуль работы с матерями-мигрантками из-за рубежа и из других регионов РФ (правовая помощь + помощь в отправке на родину)
- Практика привлечения волонтеров-психологов в качестве консультантов, выезжающих на сигнал в родильные дома, и апробированная программа 4-дневного тренинга их подготовки.

2. Краткое описание практики

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

Наша деятельность базируется на следующих принципах, зафиксированных в Положении о программе “Профилактика социального сиротства” (См. Прил. 1):

- этнические традиции и религиозные взгляды Клиента, а также взгляды на образование, питание и т.п. – его личное дело. Если это не является реальной угрозой жизни ребенка, сотрудники не имеют права навязывать Клиенту свою точку зрения на то, как ему строить свою жизнь.
- **добровольное сотрудничество и вовлечение Клиента в планирование его жизни, внимание к тому, что на самом деле хочет сам Клиент** («не навязываем свою точку зрения, но и не исполняем желания Клиента»). Отношения сотрудников и Клиента – это отношения партнерства, задача состоит в том, чтобы совместно общими усилиями найти выход из сложной жизненной ситуации.
- **учет сильных сторон Клиента, поддержка собственной активности Клиента** («видим хорошее и поддерживаем его»). Выявление и поддержка сильных сторон – важная часть работы сотрудников, позволяющая максимально активизировать ресурсы Клиента и разделить с ним ответственность за его дальнейшую жизнь.
- **командный принцип работы** («не играем в одиночек»). Все спорные или сложные ситуации рассматриваются в групповом формате – на супервизиях (с приглашенным специалистом) или интервизиях (внутри команды).
- **отсутствие «сверхожиданий»** («не ждем благодарности»). Клиенты зачастую находятся в иной социальной среде, иной системе ценностей, могут быть достаточно тяжелы и нелицеприятны в общении. Жизненная ситуация и личный опыт сотрудников чаще всего сильно отличаются от представлений о жизни Клиентов. Сотрудникам необходимо учитывать это при выстраивании работы с Клиентами и не ждать того, что по итогам работы они кардинально изменятся и будут соответствовать их собственным стандартам.
- **право на отказ** («слышим и уважаем «нет»). Клиент в любой момент может отказаться от оказываемой ему помощи или от одного из видов помощи.
- **защита интересов ребенка** («не оставляем в опасности»). В рамках Проекта нашим Клиентом выступает семья в целом, а не отдельные ее представители, поэтому сотрудники в своей работе должны сохранять нейтральную позицию и не становиться на сторону одного из членов семьи. Однако бывают ситуации, когда интересы взрослых членов семьи и ребенка противоречат друг другу, и возникает реальная угроза жизни и здоровью ребенка (детей). В этой ситуации сотрудники обязаны постараться сделать все возможное, чтобы обеспечить безопасность ребенка, в том числе в случае необходимости сообщить о имеющейся угрозе в органы опеки и попечительства с просьбой принять меры по ее устранению.
- **сохранение конфиденциальности** («не обсуждаем и не распространяем информацию»). Сотрудники обязаны сохранять конфиденциальность полученной в ходе работы с Клиентами информации и принимать все необходимые меры для ее защиты, кроме случаев использования ее в интересах самих Клиентов или Фонда с письменного согласия Клиентов.

Нигде не вывешиваются полные ФИО и даты рождения Клиентов (только имя и возраст), а также их контактная информация и адрес. Конфиденциальной также является информация о заболеваниях Клиентов (ВИЧ, гепатит, сифилис, шизофрения, эпилепсия и т.д.) и об их психическом/психологическом состоянии (факты суицида, употребления наркотиков, вовлечения в криминальную среду и т.д.). Однако вся данная информация незамедлительно доводится до всех сотрудников, участвующих в работе с данным Клиентом.

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

- Матери (семьи), находящиеся в сложной жизненной ситуации, в родильном доме или вне его, с новорожденным ребенком или на поздних сроках беременности.

В практике используются следующие критерии для передачи сигнала о потенциальном отказе из учреждения родовспоможения в Фонд:

- Женщины, изъявляющие устно или письменно намерение отказаться от новорожденного ребёнка.
- Женщины, неуверенные в решении забрать ребёнка из родовспомогательного учреждения.
- Женщины, не сообщившие о намерении отказаться от ребенка, но при этом демонстрирующие косвенные признаки такого намерения.
- Женщины, обратившиеся за помощью с целью сохранения ребенка, но не имеющие достаточных ресурсов для этого.
- Женщины, у которых родился ребенок с ОВЗ.
- Женщины, не имеющие постоянного места проживания на территории Москвы и Московской области, где они могли бы находиться с ребенком, – мигрантки из других регионов РФ и из других стран.
- Матери (семьи), находящиеся в сложной жизненной ситуации, принявшие решение сохранить ребенка в семье и Матери (семьи), находящиеся в сложной жизненной ситуации, оформившие отказ от ребенка или поместившие его в организацию для детей-сирот, изменившие свое решение
- Новорожденные дети, матерей находящихся в сложной жизненной ситуации.

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

Целевая группа	Проблемы благополучателей данной целевой группы
А) Матери (семьи), находящиеся в сложной жизненной ситуации, в родильном доме или вне его, с новорожденным ребенком или на поздних сроках беременности	<ul style="list-style-type: none"> • Переживание кризиса отказа от ребенка: трудности в принятии решения, отсутствие представлений о будущей совместной жизни с ребенком • Отсутствие информации о доступных женщинам ресурсах и услугах, о своих правах; об особых потребностях ребенка (при наличии) • Давление социального окружения, своими действиями (или бездействием)

<p>Б) Матери (семьи), находящиеся в сложной жизненной ситуации, принявшие решение сохранить ребенка в семье и Матери (семьи), находящиеся в сложной жизненной ситуации, оформившие отказ от ребенка или поместившие его в организацию для детей-сирот, изменившие свое решение</p>	<p>подталкивающего к отказу от ребенка</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Социально-психологические проблемы:</i> <ul style="list-style-type: none"> ● низкий уровень родительской компетентности (по разным причинам: отсутствие опыта и навыков; собственный травматический детский опыт) ● недостаточные навыки поиска информации и планирования своей жизни 2) <i>Социальные проблемы:</i> <ul style="list-style-type: none"> ● отсутствие или разрыв поддерживающих социальных связей ● отсутствие средств для удовлетворения базовых потребностей ● отсутствие жилья, в котором можно проживать с новорожденным ребенком; дефицит доступного социального жилья 3) <i>Правовые проблемы:</i> <ul style="list-style-type: none"> ● у мигранток – отсутствие гражданства Российской Федерации и, соответственно, доступа к социальной и бесплатной медицинской помощи, а также возможности при желании самостоятельно вернуться на родину; (При этом возвращение не всегда в интересах женщины и ребенка, например, из-за реальной угрозы со стороны родственников («убийства чести») или межэтнической напряженности в стране гражданства). ● юридические трудности (отсутствие / утеря документов; трудности с оформлением детских пособий и документов) ● отсутствие доступа к бесплатной медицинской помощи (при необходимости услуг, не входящих в ОМС / экстренного оказания этих услуг; при отсутствии у женщины полиса ОМС)
<p>В) Новорожденные дети матерей, находящихся в сложной жизненной ситуации.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Высокий риск социального сиротства - явного (отказ от ребенка) или “скрытого” (помещение в организацию для детей-сирот по заявлению родителя с последующим продлением) ● Риск пренебрежения нуждами и иных неблагоприятных последствий низкого уровня родительской компетентности их

	<p>матерей</p> <ul style="list-style-type: none"> • Медицинские проблемы, нарушения здоровья и развития (включая проблемы, связанные с недоношенностью - у женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, часто происходят преждевременные роды): как самостоятельная проблема и как фактор, повышающий риск социального сиротства. • Для детей, родившихся у граждан других стран – длительное пребывание в организации для детей-сирот в процессе оформления гражданства РФ или депортация в страну гражданства • Для детей, чьи матери приняли решение об отказе – длительное пребывание в организации для детей-сирот (временная невозможность устройства в замещающую семью) из-за некорректного оформления женщиной документов / отсутствия документов у нее самой / самовольного ухода из учреждения родовспоможения без оформления отказа
--	---

2.4. Социальные результаты: Что должно измениться в жизни благополучателей за счет реализации практики (каких социальных результатов планируется / планировалось достичь)?

Полностью цепочка социальных результатов практики представлена в Прил. 10.

Целевая группа	Социальные результаты
<p>Матери (семьи), находящиеся в сложной жизненной ситуации, в родильном доме или вне его, с новорожденным ребенком или на поздних сроках беременности</p>	<p>Принято взвешенное решение о сохранении ребенка в семье</p> <p><i>Краткосрочный</i></p>
<p>Новорожденные дети, матерей находящихся в сложной жизненной ситуации</p>	<p>Мать заботится о ребенке в безопасных условиях, удовлетворяя его базовые потребности (в течение 3 месяцев с момент)</p> <p><i>Среднесрочный</i></p>
	<p>Мать с ребенком вернулись в страну своего гражданства или к поддерживающему окружению в своем регионе</p> <p><i>Среднесрочный</i></p> <p><i>Примечание: Данный результат актуален не для всей целевой аудитории, а только для женщин, не</i></p>

являющихся жительницами Москвы и Московской области. Мы выделяем его, поскольку значительная часть наших благополучателей (64 % по данным за 2019 г.) являются внутренними или внешними мигрантками.

Ребенок, от которого был оформлен отказ или который был размещен в организацию для детей-сирот по заявлению матери, возвращен в кровную семью

Среднесрочный

Примечание: «отказ (разрешение на усыновление)» и «размещение в организацию для детей-сирот по заявлению матери» объединены, т.к. для их отмены и возвращения ребенка в кровную семью требуются сопоставимые действия и ресурсы; в отношении потребностей ребенка ситуации также идентичны (переход из учреждения в кровную семью).

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

В реализации практики можно выделить 3 основных этапа:

1. Прием сигнала о потенциальном отказе от новорожденного

<https://www.otkazniki.ru/upload/medialibrary/22b/22b63555a2aa7069ef3177bc2c8f1a73.pdf> (стр. 11-13):

Источниками сигналов о потенциальных благополучателях (см. п. 2.2) являются (Прил. 11):

- Персонал медицинских организаций
- Специалисты других СО НКО или ГУ, органов опеки и попечительства
- Самостоятельное обращение беременной или недавно родившей женщины или ее знакомых. В этом случае психолог выезжает по месту пребывания женщины и проводит консультацию там.

Координатор проекта принимает сигнал и направляет на него консультанта (психолога – сотрудника Фонда или психолога-волонтера, прошедшего обучение по технологии).

2. Выезд специалиста в учреждение родовспоможения / по месту нахождения женщины для проведения консультации (в течение 1 суток). Цель консультирования женщин, находящихся на грани отказа от ребенка или его добровольного помещения в гос. учреждение, – это помощь в принятии ими информированного и осознанного решения. Консультант помогает женщине прояснить причины отказа, пересмотреть доступные ресурсы, в том числе, ресурсы социальной поддержки (родственного и дружеского окружения, помощи специалистов), оценить риски для ребенка.

В рамках консультации проводится маршрутизация: женщине дается информация о нужных ей услугах, контакты соответствующих организаций, рекомендации по обращению за помощью.

Итогом консультации становится устно сформулированный план действий после выписки для обеспечения потребностей ребенка.

Когда отказ предотвратить не удастся, то матери дается возможность осознанно завершить ситуацию: полно и корректно оформить соответствующие документы; выполнить символические ритуалы прощания и действия в родительской роли (например, дать ребенку имя). Иногда обсуждаются меры, позволяющие предотвратить повторение ситуации нежелательной беременности. Консультант информирует женщину, что корректное оформление документов способствует тому, чтобы ребенок мог быть быстро помещен в приемную семью, а также оставляет матери возможность вернуть его, если изменит решение в ближайшее время.

3. Услуги, оказываемые после выписки из учреждения родовспоможения (до 3 месяцев с момента выписки)

Чтобы обеспечить безопасность и необходимые условия для удовлетворения потребностей ребенка, в большинстве случаев сразу после того, как женщина приняла решение о сохранении ребенка в семье, ей предоставляется экстренная помощь:

- Разовые услуги:
 - транспортная помощь, консультативная помощь психолога или юриста Фонда (по запросу матери),
 - помощь и посредничество в восстановлении отношений с родственниками,
 - консультации по вопросам ОВЗ у ребенка,
 - разовая материальная неденежная помощь,
 - размещение в хостеле на срок до 1 недели для принятия решения о дальнейшем жизнеустройстве матери с ребенком,
 - домашнее визитирование (посещения по месту проживания) для обучения взаимодействию с ребенком и уходу за ним. В ходе домашнего визитирования осуществляется оценка безопасности домашней среды, принимаются меры для повышения уровня безопасности.
- При отсутствии условий для проживания с ребенком, женщине оказывается помощь для устройства в кризисные центры / социальные приюты для матерей с детьми¹: содействие в их проведении и оплате необходимых анализов (если они отсутствуют), сопровождение в центр / приют с передачей информации о женщине сотрудникам приюта. После этого специалисты практики прекращают взаимодействие с женщиной или продолжают оказывать ей психологические / юридические услуги, которые она по тем или иным причинам не может получать в месте проживания.
- Матерям-мигранткам оказывается помощь в возвращении на родину (покупка билетов, для не-граждан РФ – помощь в оформлении документов на выезд ребенка).
- Женщинам, изменившим свое решение об отказе или о временном помещении ребенка в организацию для детей-сирот, оказывается комплексная помощь в создании условий для этого, а также сопровождение в органах опеки / в суде (в случае, если возвращение к кровной матери не создает риска для ребенка).

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

Для матерей, находящиеся в сложной жизненной ситуации, в родильном доме или вне его, с новорожденным ребенком или на поздних сроках беременности, и далее – для матерей, принявших решение сохранить ребенка в семье – изменения (рост способности создавать ребенку безопасные условия и удовлетворять его базовые потребности) достигаются за счет:

¹ В том числе, в центр временного пребывания для мам с детьми «Теплый дом» Фонда (ССЫЛКА на описание практики)

- Использования методов и приемов кризисного консультирования, которые помогают женщине почувствовать поддержку, проанализировать свои ресурсы и принять взвешенное решение, а также обсудить риски для ребенка.
- Активизации ресурсов социального окружения: формального (маршрутизация и направления в соответствующие помогающие организации, помощь в возвращении на родину) и неформального (помощь в налаживании диалога с родными и друзьями).
- Гибкой поддержки со стороны специалистов, реализующих практику, в период адаптации после выписки из родильного дома с ребенком и создания преемственности в работе (домашние визиты, передача информации о женщине другим помогающим организациям, инициация работы со случаем в рамках другого проекта).
- Демонстрации принятия в адрес женщины, отказывающейся от ребенка, и обсуждение альтернатив, позволяющее инициировать своевременный и корректный процесс возвращения ребенка в кровную семью, если женщина изменит решение об отказе.

Для новорожденных детей матерей, находящихся в сложной жизненной ситуации, изменения – возможность расти в кровной семье в безопасности и удовлетворять свои базовые потребности – достигаются, в первую очередь, за счет изменений в ситуации матерей, от заботы которых они полностью зависят. Дополнительно безопасность и удовлетворение базовых потребностей ребенка обеспечиваются за счет:

- Оценки рисков для ребенка, проводимой в ходе консультации в учреждении родовспоможения и домашних визитов.
- Активизации ресурсов социального окружения, которые выполняют функции как поддержки (обеспечения потребностей), так и контроля (обеспечения безопасности).

2.7. Показатели социальных результатов практики: приведите ключевые показатели по каждому социальному результату.

Социальный результат	Показатель
Принято взвешенное решение о сохранении ребенка в семье	<i>Количество женщин, принявших решение о сохранении ребенка в семье</i>
	<i>Количество детей, в отношении которых было принято решение о сохранении в семье</i>
	<i>Доля детей, в отношении которых было принято решение о сохранении в семье</i>
Мать заботится о ребенке в безопасных условиях, удовлетворяя его базовые потребности, а именно: Питание и уход согласно возрастным потребностям; одежда по сезону; своевременное обращение к за медицинской помощью при недомогании; общение матери с ребенком; отсутствие насильственных форм воздействия на ребенка; отсутствие в окружении ребенка людей, создающих для него угрозу.	<i>Количество женщин, сохранивших детей в семье спустя 3 месяца после принятия соответствующего решения</i>
	<i>Количество детей, сохраненных в семье спустя 3 месяца после принятия соответствующего решения</i>
	<i>Доля детей, сохраненных в семье спустя 3 месяца после принятия соответствующего решения</i>
Мать с ребенком вернулись в	<i>Количество женщин, вернувшихся с ребенком на родину, из</i>

страну своего гражданства или к поддерживающему окружению в своем регионе	<i>них:</i> · в другие регионы РФ; · в другие государства
Ребенок, от которого был оформлен отказ или который был размещен в организацию для детей-сирот по заявлению матери, возвращен в кровную семью	<i>Количество детей, возвращенных в семью из организации для детей-сирот</i>

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

<i>Социальный результат</i>	<i>Что благоприятствует</i>	<i>Что препятствует</i>
Результат «Принято взвешенное решение о сохранении ребенка в семье»	<p>Нейтральность специалиста, проводящего консультацию</p> <p>Готовность к сотрудничеству, толерантное отношение со стороны сотрудников медицинских учреждений (отношение к клиентам, понимание сути практики и т.д.)</p> <p>Подробное информирование обо всех возможных видах помощи и наличие ресурсов для ее оказания / о возможных последствиях для ребенка в ситуации временного размещения</p> <p>Супервизии для волонтеров и сотрудников практики как форма профилактики выгорания в ситуациях отказа</p>	<p>Давление со стороны медицинского персонала и сотрудника, проводящего консультацию.</p> <p>Дефицит информации о возможных видах помощи.</p> <p>Отсутствие необходимых видов помощи</p> <p>Осуждающее, обвиняющее, пренебрежительное отношение к женщине, заявляющей об отказе, со стороны медицинского персонала или сотрудника, проводящего консультацию</p>

<p>Результат «Ребенок, от которого был оформлен отказ или который был размещен в организацию для детей-сирот по заявлению матери, возвращен в кровную семью»</p>	<p>Существование алгоритма консультации в ситуации, когда женщина склоняется к отказу (информирование о корректном оформлении документах, о возможностях и условиях изменения решения).</p>	<p>Зависимость от оценки риска, выполняемой специалистами органов опеки и попечительства (иногда возникает расхождение с оценкой, сделанной специалистами практики, как в выводах, так и в критериях).</p>
<p>Результат «Мать заботится о ребенке в безопасных условиях, удовлетворяя его базовые потребности»</p>	<p>Возможность экстренного размещения семьи в хостеле или приюте, в том числе для женщин, не имеющих документов, постоянной или временной регистрации в регионе.</p> <p>Возможность оказания транспортной помощи для женщины с младенцем.</p> <p>Создания социальной инфраструктуры (сети партнерских организаций):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Установление договорных отношений с учреждениями родовспоможения (родильными домами / отделениями; перинатальными центрами); информирование персонала (о задачах и методах работы; о результатах работы с переданными ими сигналами) и включение его в процесс реализации практики - выявление случаев и передачу сигнала. ○ Создание сети контактов в профессиональном сообществе ГУ и СО НКО 	<p>Ограниченный доступ в государственные приюты (только при наличии постоянной регистрации на территории региона, что достаточно редко случается у благополучателей практики)</p> <p>Дефицит мест в негосударственных приютах, особенно в зимний период</p> <p>Отсутствие необходимых видов помощи (юридической, материальной, транспортной и т.д.)</p> <p>Отсутствие доступного социального жилья</p> <p>Отсутствие адекватной правовой поддержки для пострадавших домашнего насилия</p> <p>Отсутствие работающей законодательной базы</p>

	<p>в Москве и Московской области; в РФ; в странах ближнего зарубежья, для расширения возможностей перенаправления женщин за помощью в регионе их проживания и постоянной регистрации.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Существование единой площадки для обмена информацией о наличии свободных мест в приютах. 	
<p>Результата «Женщина с ребенком вернулась в страну своего гражданства или к поддерживающему окружению в своем регионе»</p>	<p>Выстроенные партнерские отношения с консульствами стран ближнего зарубежья и некоторыми местными НКО, активный поиск новых контактов</p> <p>Возможность консультаций с юристами, специализирующимися на проблемах миграции</p> <p>Возможность для приобретения билетов на родину.</p> <p>Возможность для восстановления / оформления документов.</p>	<p>Сложности с легализацией пребывания в РФ (на период реабилитационной работы с ними) для матерей, нарушивших миграционные требования</p>

2.9. Риски реализации практики: Какие меры позволяют минимизировать риски?

<i>Риск</i>	<i>Действия по его минимизации</i>
<p>Неизбежное влияние личности и слов специалиста при проведении консультации несмотря на стремление его максимально минимизировать, чтобы женщина могла принимать взвешенное решение по поводу дальнейшего жизнеустройства ребенка</p>	<p>Супервизии и интервизии для специалистов.</p> <p>Признание и учет неизбежного влияния как ограничения практики.</p>
<p>Невозможность оценить все возможные риски и ресурсы семьи в ситуации краткосрочного консультирования, особенно с учетом “колебаний” ресурсности женщины и ее</p>	<p>Домашнее визитирование</p> <p>Предложение более интенсивных форм сопровождения (работа со случаем; размещение в кризисный центр или социальный приют для</p>

<p>социального окружения в связи с факторами, на которые мы не можем повлиять (личностные особенности, соматические и психиатрические нарушения, поведение значимых людей и др.). Следовательно, через некоторое время после выписки уровень риска для ребенка в семье может повышаться</p>	<p>матерей с детьми в диагностических целях) Готовность информировать органы опеки и попечительства Открытое обсуждение возможности и условной желательности отказа от ребенка</p>
<p>Риск консервации ситуации “отложенного решения” (например, при помещении в социальный приют), которое сопровождается отстраненным взаимодействием с ребенком</p>	<p>Направленность алгоритма консультирования именно на принятие решения и выработку плана дальнейшей помощи женщине, исходя из этого решения. Супервизии и интервизии по случаям, в которых кто-то из специалистов, взаимодействующих с семьей, предполагает данный риск. Прямое обсуждение ситуации и связанных с ней опасений с женщиной – индивидуально или на консилиуме с ее участием.</p>

3. Регламентированность практики

3.1. В каких материалах представлено полное описание практики?

- Положение о программе “Профилактика социального сиротства” (Прил. 1)
- Положение о проекте “Профилактика отказов от новорожденных” (Прил. 2)
- Методические рекомендации Минздрава о профилактике отказов от новорожденных (Письмо № 15-4/10/2-6725 от 04.09.2014), в разработке которых участвовала президент фонда Е.Л. Альшанская <https://www.psymama.ru/document/metodicheskie-rekomendatsii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiskoj-federatsii-o-profilaktike-otkazov-ot-novorozhdennyh-04-09-2014/>
- Методические пособия “Профилактика отказов от новорожденных” 2011 и 2019 г.: <https://www.otkazniki.ru/upload/medialibrary/22b/22b63555a2aa7069ef3177bc2c8f1a73.pdf>
- Описание модуля социальной и правовой помощи матерям-мигранткам в методическом пособии «Профилактика социального сиротства: практические рекомендации для специалистов»: https://otkazniki.ru/datas/metodichki/book_4_book_3_models_social_uchastiya_for_specialist.pdf (стр. 73-84).
- Буклеты по профилактике отказов для медицинских работников (Прил. 8)
- В популярной форме – в буклетах для благополучателей

3.2. В какой степени данные материалы актуальны и востребованы?

В 2019 г. методические рекомендации по реализации практики были обновлены, дополнены и опубликованы в методическом пособии «Профилактика отказов от новорожденных», которое размещено на оф. сайте Фонда, а также отправлено сотрудникам 196 профильных организаций из более 30 регионов РФ и вызвало позитивные отклики по результатам рассылки.

Обращаясь за методическими консультациями, партнерские организации часто запрашивают образцы информационных буклетов о практике для клиенток (для женщин в ТЖС / по поводу различных врожденных заболеваний).

По мере продолжения партнерских отношений, закрепленных договорами с медицинскими учреждениями и органами опеки и попечительства, возникает необходимость базовой подготовки и информирования новых сотрудников этих партнерских учреждений. Аналогично обстоят дела с тренингом для волонтеров-психологов, который проводится каждые 2 года по мере ротации волонтерских кадров.

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

В практике задействованы сотрудники проекта (координатор и психолог) и привлеченные волонтеры. Все специалисты имеют высшее (или незаконченное высшее) психологическое образование, а также прошли специальный четырехдневный тренинг по профилактике отказов, разработанный и проводимый специалистами Фонда, имеющими более чем шестилетний опыт работы в данной сфере. (<https://www.otkazniki.ru/upload/medialibrary/22b/22b63555a2aa7069ef3177bc2c8f1a73.pdf>, стр. 42 - 47)

Для успешной реализации проекта проводится подготовка сотрудников медучреждений: информирование о практике и знакомство с процедурой передачи сигнала. Она проводится в формате участия координатора проекта в планерках в медицинском учреждении, ответы на вопросы сотрудников учреждения. Также распространяются информационные буклеты для сотрудников медицинских учреждений.

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

Система оценки качества работы специалистов включает в себя:

- Командные интервью и супервизии с внешними специалистами
- Сбор данных о сигналах о потенциальном отказе: социально-демографическая информация, причины отказа, результат консультации, данные о перенаправлении (или приеме в работу)
- Учет данных мониторинга позволяет делать выводы о росте или снижении доли предотвращенных отказов, чтобы подробнее исследовать ситуацию и принять меры в случае значительного снижения доли предотвращенных отказов (превышающем ситуативные колебания); замечать изменения социально-демографических характеристик целевой группы и адаптировать для них свою деятельность; замечать рост потребности в дополнительных ресурсах и своевременно привлекать их.
- Регулярное повышение квалификации сотрудников, задействованных в реализации практики благодаря регулярному обучению и обмену опытом с коллегами через участие в профильных конференциях, круглых столах и т.д.

3.5. Имеется ли методическое обеспечение профессиональных образовательных программ для специалистов?

Все специалисты (сотрудники и волонтеры-психологи) проходят специальный четырехдневный тренинг по профилактике отказов, разработанный и проводимый специалистами Фонда, имеющими

более чем шестилетний опыт работы в данной сфере. (<https://www.otkazniki.ru/upload/medialibrary/22b/22b63555a2aa7069ef3177bc2c8f1a73.pdf>, стр. 42 - 47)

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

- Разработаны алгоритмы действий специалистов в ситуации, если выявлены риски для ребенка. Они описаны в положении о проекте «Профилактика отказов от новорожденных» (Прил. 2) и методическом пособии с описанием практики <https://www.otkazniki.ru/upload/medialibrary/22b/22b63555a2aa7069ef3177bc2c8f1a73.pdf> (стр. 28-30; 39-40).
- Сотрудник, выезжающий на отказы, в случае затруднений или опасений по поводу безопасности ребенка обращается к руководителю и психологу-супервизору с просьбой инициировать интервизию или супервизию (в том числе заочную, если это может ускорить процесс принятия решений).

3.7. Какие есть расхождения между существующими регламентами и их реализацией?

а) В целом и сотрудники и волонтеры работают согласно существующим регламентам, однако наблюдаются некоторые отклонения, вызванные следующими причинами:

- наличие нестандартных ситуаций, до этого не возникавших в практике работы проекта. В таких ситуациях решения принимаются коллегиально на экстренно собранных интервизиях или супервизиях (в том числе заочных), а практика в дальнейшем обновляется с учетом полученного опыта.
- невозможность досконально регламентировать работу проекта, наличие широкого спектра уникальных ситуаций и сложившийся в Фонде принцип доверия к опыту специалистов позволяют им в случае необходимости отходить от регламента, если по их мнению это послужит более эффективному достижению поставленных задач
- человеческий фактор (возможные ошибки и неточности в работе в условиях высокой неопределенности и в неприспособленных для психологического консультирования условиях)

б) Расхождений между требованиями к квалификации специалистов (см. п. 3.3) и реальной квалификацией специалистов нет.

в) Расхождений между имеющимся описанием групп благополучателей и их фактическим участием нет.

4. Обоснованность практики

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

Изучение потребностей. Актуальные проблемы каждой женщины фиксируются в «Отчете о первичном выезде» (Прил. 3). Мы анализируем типичные проблемы/потребности женщин целевой группы и на основе этой информации добавляем или модифицируем услуги в рамках Практики.

Сбор обратной связи. Систематический сбор обратной связи о консультациях в учреждении родовспоможения планируется с 2020 г. от женщин, которые после сохранения ребенка в семье получают помощь (1) в нашем центре временного пребывания для матерей с детьми «Теплый дом», (2) в проекте «Помощь семьям в сложной жизненной ситуации», (3) домашнее визитирование и другие услуги в течение 1-3 месяцев после выписки из учреждения родовспоможения в рамках данной практики.

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

- Внешней оценки проекта не проводилось.
- В 2020 г. начат сбор обратной связи о проекте у сотрудников партнерских медицинских организаций, передающим в Фонд сигналы о потенциальном отказе – экспертные оценки влияния проекта на женщин, выразивших намерение отказаться от ребенка.
- Для бенчмаркинга (сравнений результативности нашей работы с коллегами по сектору) мы опираемся на результаты социологических исследований практик профилактики отказов от новорожденных других российских СО НКО и государственных организаций. Данные доступны для социального результата «Принято решение о сохранении ребенка в семье», например:
 - По данным, представленным в публикации «Профилактика отказов от новорожденных детей: организация, методология, практика» (М.: Фонд профилактики социального сиротства, 2012), в среднем этот результат достигается в 44% (сбор данных в 8 регионах РФ).
 - По данным Отчета по результатам исследования «Отказы матерей от новорожденных. Причины и способы предотвращения» (М.: Фонд профилактики социального сиротства, 2013), в среднем этот результат достигается в 50% (исследование в 20 регионах РФ). Результативность нашей практики сопоставима – решение о сохранении ребенка в семье принимается в 49-53% случаев. При этом в нашей практике чаще встречаются трудные случаи, когда у женщины нет стабильного места проживания и поддерживающего окружения (в приведенных исследованиях основная ЦГ – это местные жительницы).
- Руководство и сотрудники проекта регулярно проводят методические встречи (не реже 1 раза в полугодие) и супервизии с внешними экспертами (не реже 1 раза в квартал), на которых обсуждается результативность практики, наблюдаемые риски и возможности ее развития, вносятся предложения по изменениям в структуре деятельности. Продуктом таких встреч может быть новый документ / внесение изменений в существующие документы; внесение изменений в положение о проекте или в должностные инструкции сотрудников.
 - *Пример: в 2019 г. был разработан документ «Отчет о транспортировке», который используется при направлении женщин в партнерские социальные приюты / кризисные центры, чтобы передать их сотрудникам максимум информации о женщине (с ее слов; со слов медицинских сотрудников; по результатам наблюдений специалиста практики). Он был создан после супервизии с внешним экспертом, на которой обсуждались трудности, возникавшие у наших партнеров с направленными к ним благополучательницами практики.*

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

Консультации для принятия решений и деятельность по развитию детско-родительского взаимодействия в процессе домашнего визитирования основаны на (Прил. 9):

- Общие цели, задачи, мишени как кризисного консультирования, так и работы по развитию родительских компетенций в ходе домашнего визитирования основаны на теоретических моделях материнского поведения и материнства как личностной сферы женщины, на современной теории привязанности (Г. Г. Филиппова, К. Бриш, К. Пакеринг). Это позволяет целостно рассматривать историю жизни женщины, выстраивать гипотезы о взаимосвязях травматического детского опыта; кризисов незапланированной беременности, отказа от ребенка.

- Результаты междисциплинарных прикладных исследований по психиатрическим, клинико-психологическим и социологическим аспектам отказов от новорожденных: исследования факторов, влияющих на принятие решения об отказе; исследования возможности заботиться о ребенке и специфики принятия репродуктивных решений у женщин с психическими заболеваниями (В. И. Брутман, С. Н. Ениколопов, М. С. Радионова). Эти данные используются для оценки риска на консультации на первом выезде, а также позволяют консультанту дифференцировать социальные и клинические проблемы, которые создают риск отказа. В частности, стратегия кризисного консультирования основана на научно-обоснованной модели типов переживания кризиса отказа от ребенка.
- При наблюдении за детско-родительским взаимодействием для оценки риска на консультации в родильном доме и в ходе домашнего визитирования используются методы повышения родительской компетентности из программы “Зрелое родительство” (Mellow Parenting, Великобритания): структурированное наблюдение за взаимодействием, помощь в осознании потребностей ребенка и в развитии практических навыков ухода за ним, обратная связь об удачных моментах во взаимодействии и др. (Прил. 12²).

5. Данные о достижении социальных результатов и влиянии практики

5.1. 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 2018 г.	Значение в 2019 г.
Принято взвешенное решение о сохранении ребенка в семье	<i>Количество женщин, принявших решение о сохранении ребенка в семье</i>	25 (из 49)	32 (из 69)
	<i>Количество детей, в отношении которых было принято решение о сохранении в семье</i>	27 (из 51)	36 (из 73)
	<i>Доля детей, в отношении которых было принято решение о сохранении в семье</i>	53%	49%
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		Сбор данных проводится после каждой консультации только для благополучателей Практики. Данных по контрольной группе (без	

² Не входит в систему мониторинга практики, используется выборочно для анализа сложных случаев.

<p>из участников Практики? Либо были использованы группы сравнения или контрольные группы?</p>	<p>консультирования в ситуации отказа от ребенка) не существует, т.к. в данный момент в РФ нет территорий, не охваченных той или иной моделью профилактики отказов от новорожденных. В исторической ретроспективе данные также отсутствуют³, т.к. систематический сбор данных именно об отказах от новорожденных (в РИК-103) начался в 2012 г., во многом по инициативе организаций, которые уже внедряли аналогичные практики.</p>
<p>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?</p>	<p>Сбор данных проводится в отношении всех женщин, получивших консультации для принятия решения о дальнейшей судьбе ребенка: в 2018 г. их количество составило 49 женщин с 51 ребенком; в 2019 г. – 69 женщин с 73 детьми. Доля детей, в отношении которых было принято решение о сохранении в семье, в 2018 г. составила 53%, в 2019 – 49%.</p>
<p>3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?</p>	<p>Журнал учета сигналов и выездов с экспертной оценкой консультанта о результатах консультации (Прил. 4).</p>
<p>4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?</p>	<p>Координатор проекта фиксирует данные о результатах консультации в сводной аналитической таблице, на основе которой 1 раз в квартал рассчитывается значение показателей по данному результату (Прил. 6).</p>

Социальный результат	Показатель	Значение в 2018 г.	Значение в 2019 г.
<p>Мать заботится о ребенке в безопасных условиях, удовлетворяя его базовые потребности (сбор данных начат с 2019 г.)</p>	<p><i>Количество женщин, фактически сохранивших детей в семье спустя 3 месяца после принятия соответствующего решения</i></p>	<p>Не измерялся</p>	<p>17 (из 17, с которыми продолжилась работа после принятия решение о сохранении ребенка в семье)</p>
	<p><i>Количество детей,</i></p>	<p>Не измерялся</p>	<p>18 (из 18, с которыми</p>

³ Или труднодоступны, т.к. представлены, например, во внутренних документах организаций, занимавшихся в тот момент профилактикой сиротства; в дипломных исследованиях и др. также встает вопрос о релевантности данных, собранных ранее 2012 г. современной ситуации в сфере поддержки семей и профилактики социального сиротства.

<i>фактически сохраненных в семье спустя 3 месяца после принятия соответствующего решения</i>		продолжилась работа после принятия решение о сохранении ребенка в семье)
<i>Доля детей, фактически сохраненных в семье спустя 3 месяца после принятия соответствующего решения</i>	Не измерялся	100%
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 проводится разово в период 1 – 3 ⁴ месяцев после выписки из учреждения родовспоможения в отношении женщин, которые приняли решение о сохранении ребенка в семье. Группы сравнения не используются.	
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?	Поскольку взаимодействие с женщинами, для которых достигнут результат «Принято взвешенное решение о сохранении ребенка в семье» не всегда продолжается после выписки из родильного дома (они могут отказываться от дальнейшего сопровождения), данные о достижении результата собираются для матерей с детьми, которым в течение 3 месяцев после выписки оказываются услуги в рамках практики. Всего в 2019 г. были собраны данные о 17 женщинах с 18 детьми (из 32 женщин с 36 детьми, принявших решение о сохранении ребенка в семье). Данные собирались в отношении семей, с которым продолжались контакт и работа в рамках Практики, включая: <ul style="list-style-type: none"> • Получавших услуги визитирования психологом по месту проживания (в 2019 г. данные собраны по 6 женщинам) • Получавших юридические консультации (в 2019 г. данные собраны по 11 женщинам) 	
3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?	Аналитический отчет с экспертной оценкой безопасности и удовлетворения потребностей ребенка / с информацией о	

⁴ ПРИМЕЧАНИЕ: Если сотрудник фонда отмечает низкий уровень риска для ребенка, домашнее визитирование может заканчиваться раньше 3 месяцев с момента выписки из учреждения родовспоможения, при этом результат в среднесрочной перспективе считается достигнутым. Поэтому задан диапазон от 1 до 3 месяцев.

		передаче женщины с ребенком на сопровождение по каждому случаю (Прил. 5). Таблица учета услуг, оказывавшихся в ходе домашнего визитирования (Прил. 7).
	4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?	Координатор проекта фиксирует данные из аналитических отчетов в сводной аналитической таблице, на основе которой 1 раз в квартал рассчитывается значение показателей по данному результату (Прил. 6).

Социальный результат	Показатель	Значение в 2018 г.	Значение в 2019 г.	
Мать с ребенком вернулись в страну своего гражданства или к поддерживающему окружению в своем регионе	<i>Количество женщин, вернувшихся с ребенком на родину, из них:</i>	3 (из 3, выразивших такое намерение)	2 (из 2, выразивших такое намерение)	
	· в другие регионы РФ	0	1	
	· в другие государства	3	1	
	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 проводится однократно в период до 3 месяцев с момента выписки из учреждения родовспоможения. Группы сравнения не используются.		
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?	Данные собираются в отношении женщин, которые приняли решение о сохранении ребенка в семье и выразили желание вернуться в регион РФ или страну своего проживания, нуждаясь при этом в дополнительной помощи (юридической консультации и помощи в оформлении документов, приобретении билетов). За основу для расчета данного показателя берется <ul style="list-style-type: none"> • именно то количество женщин, которые желали вернуться на родину. • из числа женщин, которым можно было оказать помощь в возвращении на родину в срок до 3 месяцев и которым было, где жить в этот период. Женщины, которым мешают вернуться на родину правовые или социальные проблемы, требующие больше 			

		времени для разрешения, направляются в социальные приюты / кризисные центры.
	3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?	Аналитический отчет с экспертной оценкой безопасности и удовлетворения потребностей ребенка / с информацией о передаче женщины с ребенком на сопровождение по каждому случаю (Прил. 5).
	4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?	Координатор проекта фиксирует данные из аналитических отчетов в сводной аналитической таблице, на основе которой 1 раз в год рассчитывается значение показателей по данному результату (Прил. 6).

Социальный результат	Показатель	Значение в 2018 г.	Значение в 2019 г.
Ребенок, от которого был оформлен отказ или который был размещен в организацию для детей-сирот по заявлению матери, возвращен в кровную семью	<i>Количество детей, возвращенных в семью из организации для детей-сирот</i>	1 (из 24, принявших решение об отказе от ребенка)	1 (из 37, принявших решение об отказе от ребенка)
	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?	<p>Сбор данных проводится однократно в течение 1 месяца с момента выписки из учреждения родовспоможения.</p> <p>Группы сравнения не используются, но можно сравнить соотношение «количество отказов / возвращений ребенка в семью» в рамках практики с данными о соотношении «количество ограничений или лишений родительских прав и восстановление в родительских правах» в Москве и Московской области вместе за 2018 г. (на основе формы 103-РИК: https://tochno.st/problems/orphanhood/districts/centralnyy fo/regions/moskva).</p> <p>В Москве и МО соотношение «количество ограничений или лишений родительских прав и восстановление в родительских правах» = 4 восстановления на 100 ограничений или лишений, т.е. 0,04</p> <p>В рамках нашей практики в 2018 г. 24 женщины отказались от детей, из них 1 вернула ребенка в семью: соотношение «количество отказов / возвращений ребенка в семью» = 0,04, что полностью</p>	

		соответствует региональной статистике.
	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?	Данные собираются в отношении женщин, которые приняли взвешенное решение об отказе от ребенка или помещении его в организацию для детей-сирот, а затем выразили желание вернуть его в семью (при условии, что ребенок на тот момент еще не был устроен в замещающую семью). В выборку вошли 1 женщина с 1 ребенком в 2018 г.; 1 женщина с 1 ребенком в 2019 г.
	3. Какими инструментами собирались данные? Почему были использованы именно эти инструменты?	Аналитический отчет с экспертной оценкой безопасности и удовлетворения потребностей ребенка / с информацией о передаче женщины с ребенком на сопровождение по каждому случаю (Прил. 5).
	4. Как и кем проводился анализ данных? Какие методы были использованы?	Координатор проекта фиксирует данные из аналитических отчетов в сводной аналитической таблице, на основе которой 1 раз в год рассчитывается значение показателей по данному результату (Прил. 6).

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

Результат	Сведения об устойчивости результата
Принято взвешенное решение о сохранении ребенка в семье	Результат является краткосрочным и в полной мере достигается, когда женщина выписывается из учреждения родовспоможения вместе с ребенком. Устойчивость данного результата определяется достижением результата «Мать заботится о ребенке в безопасных условиях, удовлетворяя его базовые потребности» (следующего в логической модели – Прил. 12).
Мать заботится о ребенке в безопасных условиях, удовлетворяя его базовые потребности	Результат является среднесрочным: его достижение измеряется в течение 3 месяцев с момента выписки из учреждения родовспоможения, потому что: <ul style="list-style-type: none"> • именно этот период является критическим периодом с т.з. физиологии новорожденных и периодом адаптации женщины к материнской роли; • если мать с ребенком нуждается в более длительном сопровождении, она направляется в

	<p>другие проекты фонда («Теплый дом», «Помощь семьям в сложной жизненной ситуации») или в партнерские организации.</p> <p>Предположения о его устойчивости по истечении 3 месяцев основаны на данных о сохранении детей в семье в долгосрочной (от 1 года и более) перспективе на сплошной выборке благополучателей другого проекта Фонда – Центра временного проживания для матерей с детьми «Теплый дом». 90% женщин, принявших решение о сохранении ребенка в семье, а затем получивших необходимую поддержку в «Теплом доме», продолжают воспитывать ребенка и дальше, справляясь с удовлетворением его базовых потребностей и созданием безопасных условий.</p> <p>Также фактором устойчивости данного результата служит процедура работы с женщинами, в семьях у которых наблюдается высокий риск для ребенка после выписки с ним из учреждения родовспоможения: им предлагается комплексное сопровождение (работа со случаем) или размещение в кризисный центр / социальный приют.</p>
<p>Мать с ребенком вернулись в страну своего гражданства или к поддерживающему окружению в своем регионе</p>	<p>Результат носит разовый (дискретный) характер. Он является устойчивым, поскольку решается ключевая проблема, мешавшая вернуться на родину и получить поддержку для ребенка. При этом обеспечение постоянного проживания на родине не является целью практики.</p> <p>В будущем женщина может снова вернуться в Москву / МО на заработки, оставив подростка на попечение родных или взяв с собой, но это, скорее всего, будет уже нормативное решение в жизни семьи, не связанное с риском отказа от ребенка и учитывающее его интересы.</p>
<p>Ребенок, от которого был оформлен отказ или который был размещен в организацию для детей-сирот по заявлению матери, возвращен в кровную семью</p>	<p>Результат является устойчивым за счет того, что (а) работа по возвращению ребенка в кровную семью начинается с комплексной оценки рисков и ресурсов ребенка и семьи, (б) после возвращения ребенка в семью она передается на сопровождение в проект «Помощь семьям в сложной жизненной ситуации».</p> <p>За весь период реализации практики нами не были зафиксированы случаи, когда после возвращения в семью ребенок снова помещался бы в организацию для детей-сирот.</p>

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

Ни один из социальных результатов практики не является отложенным.

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

Результат	Вклад нашей практики в достижение социальных результатов
Принято взвешенное решение о сохранении ребенка в семье	<p>В партнерских медицинских учреждениях наш Фонд является единственной организацией, оказывающей услугу по консультированию женщин, выразивших намерение отказаться от ребенка.</p> <p>При этом отношение и поведение медицинского персонала или социального окружения также могут склонять женщину к тому или иному решению.</p>
Мать заботится о ребенке в безопасных условиях, удовлетворяя его базовые потребности	<p>Вклад практики значителен, т.к. общение в ходе домашних визитов и консультаций позволяет как оценить безопасность среды и удовлетворение потребностей ребенка, так и повышать информированность и компетентность матери в этом отношении.</p> <p>В ситуациях, когда визитирование и консультации оказываются женщинам, помещенным в партнерские кризисные центры / социальные приюты, специалисты Практики оказывают услуги, которые отсутствуют в данных организациях. При этом значим вклад партнерских кризисных центров / социальных приютов как предоставляющих место проживания и материальное обеспечение.</p> <p>Оптимальной ситуацией является постепенное <i>уменьшение</i> вклада практики в достижение и поддержание данного результата: когда женщина начинает самостоятельно обращаться за нужной помощью к своему родственному и дружественному окружению, в соответствующие государственные организации.</p>
Мать с ребенком вернулись в страну своего гражданства или к поддерживающему окружению в своем регионе	<p>В данной ситуации все ресурсы – оплата проезда, юридическая помощь (оформления документов для выезда из страны с ребенком), помощь психолога в налаживании отношений с родственниками – полностью предоставляются специалистами практики.</p> <p>Однако возможность возвращения также зависит от готовности родственников принять женщину, а при их отсутствии – от наличия в регионе ее постоянного</p>

	проживания необходимой социальной поддержки от организаций.
Ребенок, от которого был оформлен отказ или который был размещен в организацию для детей-сирот по заявлению матери, возвращен в кровную семью	Вклад практики значителен, однако достижение результата во многом зависит от решения органа опеки и попечительства (ООП). В то же время специалисты практики активно взаимодействуют со специалистами ООП, предоставляя им информацию, способную повлиять на их решение.

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

Систематический сбор обратной связи об консультациях в учреждении родовспоможения планируется от женщин, которые после сохранения ребенка в семье получают помощь (1) в нашем центре временного пребывания для матерей с детьми “Теплый дом”, (2) в проекте «Помощь семьям в сложной жизненной ситуации», (3) домашнее визитирование и другие услуги в течение 1 – 3 месяцев после выписки из учреждения родовспоможения в рамках данной практики.

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

При анализе практики можно выделить следующие возможные негативные эффекты для благополучателей:

- Неизбежное влияние личности и слов специалиста при проведении консультации несмотря на стремление его максимально минимизировать, чтобы женщина могла принимать взвешенное решение по поводу дальнейшего жизнеустройства ребенка. Поскольку мы принимаем меры по обеспечению качества консультирования (описаны в Прил. 8 <https://www.otkazniki.ru/upload/medialibrary/22b/22b63555a2aa7069ef3177bc2c8f1a73.pdf> на стр. 10-11);, не наблюдалось ситуаций, когда женщина принимала неадекватное решение (отказывалась при наличии ресурсов для воспитания ребенка или, наоборот, сохраняла ребенка в семье и позже оставляла его в опасности) под влиянием действий консультанта – сотрудника нашей практики.
- Невозможность оценить все возможные риски и ресурсы семьи в ситуации краткосрочного консультирования, особенно с учетом “колебаний” ресурсности женщины и ее социального окружения в связи с факторами, на которые мы не можем повлиять (личностные особенности, соматические и психиатрические нарушения, поведение значимых людей и др.) Следовательно, через некоторое время после выписки уровень риска для ребенка в семье может повышаться. Такие эффекты неизбежно возникают; они отражаются в показателе «Количество женщин, фактически сохранивших детей в семье спустя 3 месяца после принятия соответствующего решения».
- Риск консервации ситуации “отложенного решения” (например, при помещении в социальный приют), которое сопровождается отстраненным взаимодействием с ребенком. Поскольку в технологии консультирования делается акцент именно на принятие решения, поиск и оценку ресурсов, планирование жизни с ребенком, этот риск реализуется редко. За весь период реализации практики наблюдались единичные случаи, в которых отказ от ребенка, который произошел уже после выписки из учреждения родовспоможения, можно было объяснить попыткой женщины «отложить решение».

Перечень приложений.

https://www.dropbox.com/sh/vyqa78o3x0iv02o/AABMnjsrBHUA6iGGRIU_yxna?dl=0

Приложение 1. Положение о программе «Профилактика социального сиротства»

Приложение 2. Положение о проекте «Профилактика отказов от новорожденных»

Приложение 3. Отчет о первичном выезде (образец)

Приложение 4. Журнал учета выездов и сигналов

Приложение 5. Аналитический отчет о работе с клиентом (бланк)

Приложение 6. Сводная таблица данных по годам

Приложение 7. Сводная работа по среднесрочной работе за год

Приложение 8. Буклет по профилактике отказов для медработников (2019)

Приложение 9. Научные основания практики – список литературы

Приложение 10. Цепочка социальных результатов практики

Приложение 11. Перечень партнеров, с которыми заключены договора / соглашения о сотрудничестве в рамках проекта «Профилактика социального сиротства»

Приложение 12. Структурированное наблюдение за детско-родительским взаимодействием (бланк)