

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П.
АСТАФЬЕВА (КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Выпускающая кафедра социальной педагогики и социальной работы

Тарасова Юлия Павловна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Тема: Домашнее визитирование в процессе индивидуального сопровождения
семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья

Направление подготовки 39.03.02 Социальная работа

Профиль Социальная работа в системе социальных служб

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой д.п.н, профессор Фурьева Т.В.

(дата, подпись)

Руководитель

к.п.н. Ачекулова Л.И.

Дата защиты _____

Обучающийся Тарасова Ю.П.

(дата, подпись)

Оценка _____

(прописью)

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы исследования индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья.	
1.1. Индивидуальное сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья: сущность и принципы.....	5
1.2. Теоретические подходы к организации индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья.....	11
1.3. Выводы по главе 1.....	17
Глава 2. Индивидуальное сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях службы домашнего визитирования.	
2.1. Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья.....	18
2.2. Организация службы домашнего визитирования на примере МБУ СО «Городской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» г. Красноярск.....	24
2.3. Диагностические методики.....	30
2.4. Экспериментальные данные и их интерпретация.....	35
Заключение.....	42
Библиографический список.....	45
Приложения.....	53

Введение

Актуальность исследования. В настоящее время значительно увеличивается количество детей с ограниченными возможностями здоровья. Только в городе Красноярске по данным КрасСтата на январь 2016 проживают более трех тысяч детей-инвалидов. В силу тяжести нарушения около 40% таких детей «неорганизованы» (т.е. не посещают никаких образовательных и иных учреждений). Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требуют от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий.

Для выхода из кризисного состояния и решения задач воспитания и развития ребенка семьям необходимо постоянное сопровождение и обучение родителей базовым навыкам ухода и создания развивающей среды для детей-инвалидов в домашних условиях. Пошаговая работа специалистов с семьей приводит к повышению ее реабилитационного потенциала, ориентации на принятие ответственности за своего ребенка. Реализация такого подхода может быть обеспечена путем внедрения технологии домашнего визитирования в процесс сопровождения семей.

Реализация технологии домашнего визитирования позволяет разделить ответственность специалиста с семьей за результат совместной работы, что в свою очередь дает возможность избежать инфантильного отношения семьи к получению социальной услуги и иждивенческой позиции к государству в целом. Технология подразумевает выход (визит) специалиста или специалистов в семью, обеспечивающий адресную социально-психологическую помощь родителям и детям в привычных для них условиях, направленную на восстановление функционирования семьи и ее успешную социальную интеграцию.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью поиска путей эффективного индивидуального сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей.

Проблема исследования заключается в недостаточной разработанности теоретико-практических основ реализации индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях домашнего визитирования.

Актуальность и недостаточная исследованность вышеуказанных проблем обусловили объект, предмет, цель и задачи исследования.

Цель исследования: Определить возможности и перспективы использования домашнего визитирования в индивидуальном сопровождении семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи исследования:

- Раскрыть теоретические основы индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья и его семьи.
- Изучить теоретические основы работы специалистов службы домашнего визитирования в условиях МБУ СО «Городской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» г. Красноярск.
- Изучить возможности домашнего визитирования в формировании конкретных умений и навыков у ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Объект исследования: Процесс индивидуального сопровождения семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: Домашнее визитирование как технология индивидуального сопровождения семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

Гипотеза исследования: Домашнее визитирование способствует повышению уровня компетентности родителей в процессе формирования

навыков самообслуживания у ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Глава 1. Теоретические основы исследования индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья

1.1. Индивидуальное сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья: сущность и принципы

Идея сопровождения развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья впервые прозвучала в конце XX века в изданиях школы практической психологии Санкт-Петербурга.

Главный идеолог службы сопровождения - доктор педагогических наук Е.И. Казакова определяет сопровождение как «особый способ помощи ребенку в преодолении актуальных для него проблем развития», особенность которого в том, «чтобы научить (ребенка) решать свои проблемы самостоятельно». Е.И.Казакова дает следующее определение сопровождению: «Сопровождение – это помощь субъекту в принятии решения в ситуациях жизненного выбора. Это сложный процесс взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого, результатом которого является прогресс в развитии ребенка»[41,135].

«Сопровождение это система комплексной работы психологов, педагогов и других специалистов, цель которой – помочь ребенку сделать осознанный жизненный выбор на всех этапах его жизненного пути», - Марк Сартран.

В современной практической психологии, педагогике и социальной работе не сложился единый подход к определению сущности понятия «сопровождение».

В словаре русского языка «сопровождать» – значит идти, ехать с кем-либо в качестве спутника или сопровождающего. То есть, сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья – это движение вместе с ним, рядом с ним, иногда – чуть впереди, если надо подсказать возможные пути [69,187].

Основными принципами обеспечения индивидуального сопровождения могут быть следующие:

- согласие ребенка и его родителей на помощь;
- опора на наличные силы и потенциальные возможности личности;
- вера в эти возможности;
- ориентация на способности детей самостоятельно преодолевать трудности;
- совместность, сотрудничество, содействие;
- конфиденциальность;
- доброжелательность и безоценочность;
- безопасность, защита здоровья, прав, человеческого достоинства;
- реализация принципа «не навреди»;
- рефлексивно-аналитический подход к процессу и результату.

Как система профессиональной деятельности индивидуальное сопровождение направлено на создание социально-психологических условий для эмоционального благополучия, успешного развития, воспитания и обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в ситуациях социально-педагогических взаимодействий, организуемых в рамках образовательного учреждения.

Цель сопровождения – создать в рамках объективно данной ребенку социально-педагогической среды условия для его максимального личностного развития и обучения в данной ситуации [43,124].

В качестве основных задач социально-психологического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья и его семьи выделяют следующие:

- поддержка функционального гомеостаза семейной системы;
- помощь в преодолении кризисных ситуаций;
- помощь в создании условий для безопасного развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
- коррекция нарушений поведения ребенка с ограниченными возможностями

здоровья;

- нивелирование воздействий проблем здоровья ребенка на семью;
- формирование навыков поведения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в социуме [41,45].

Под социально-психологическим сопровождением, Е.А.Козырева, понимает систему профессиональной деятельности педагога-психолога, специалиста по социальной работе в сфере образования, направленную на создание условий для позитивного развития отношений детей и взрослых в образовательной ситуации, психологическое и психическое развитие ребенка с ориентацией на зону его ближайшего развития и успешную социальную адаптацию и интеграцию в общество [50,198].

Индивидуальное сопровождение – это система, взаимосвязанных по целям, времени, задачам согласованных действий специалистов, направленных на оказание всесторонней помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья, родителям в выявлении проблем в его развитии, поиске их эффективного решения и всестороннее развитие задатков, возможностей и способностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Эффективность сопровождения определяется не только по частным данным психологической, педагогической, медицинской диагностики, но и по общим показателям:

- удовлетворенность ребенка с ограниченными возможностями здоровья и его родителей (тенденция к формированию позитивной, адекватной «Я-концепции»);
- успешность овладения адекватными возрастному этапу и особенностями ребенка видам деятельности;
- • способность ребенка к сотрудничеству с другими детьми и взрослыми;
- эффективность реализации индивидуальной программы сопровождения. Индивидуальная программа сопровождения - это

своеобразный индивидуальный путеводитель для ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

- имеющего значительные трудности в освоении основной общеобразовательной программы дошкольного и школьного образования;
- при кратковременном посещении группы ребенком с тяжелыми нарушениями;
- в условиях индивидуального обучения.

Социально-психологическое сопровождение включает три основных составляющих: образовательную, психологическую и посредническую.

Образовательная составляющая содержит три направления деятельности социального работника (педагога): обучение родителей, помощь в воспитании детей и просветительская деятельность (лектории, семинары-практикумы и т.п.).

Психологическая составляющая сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья имеет два компонента: создание благоприятного микроклимата в семье в период кратковременного кризиса и коррекцию межличностных отношений.

Посреднический компонент сопровождения включает в себя три составляющие: помощь в организации досуга, координации (активация различных ведомств и служб по совместному разрешению проблемы конкретной семьи и положения конкретного ребенка) и информирование (обеспечение семьи информацией по вопросам социальной защиты) [39,134].

Основные направления психолого-педагогического и социального сопровождения в оказании помощи в решении проблем ребенка с ограниченными возможностями здоровья: выбор образовательного маршрута; преодоление затруднений в учебе, личностных проблем развития ребенка и проблем здоровья; формирования здорового образа жизни. В первую очередь специалисты рассматривают состояние здоровья ребенка как исходную позицию в решении всех проблем развития:

- оказание помощи родителям (законным представителям) и ребенку в выборе образовательного маршрута, опираясь на индивидуальные особенности и состояние здоровья ребенка;
- изменение образовательного маршрута в процессе сопровождения развития ребенка в связи с возникшими проблемами, трудностями, состоянием здоровья;
- помощь ребенку, изменившему образовательный маршрут, при адаптации в новых условиях.

Индивидуальное сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья включает семь основных этапов [48,124].

Первым этапом деятельности по сопровождению развития ребенка является сбор информации о ребенке. Это первичная диагностика соматического, психического, социального здоровья ребенка. При этом используется широкий спектр различных методов: тестирование, анкетирование родителей и педагогов, наблюдение, беседа, анализ продуктов деятельности, документации дошкольного или школьного учреждения.

Второй этап – анализ полученной информации. На основе анализа определяется, какая ребенку и родителям необходима помощь (психолого-педагогическая поддержка, социальная помощь и т.д.).

Третий этап – совместная выработка рекомендаций для ребенка, родителей, специалистов: составление плана комплексной помощи.

Четвертый этап – консультирование всех участников сопровождения о путях и способах решения проблем ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Пятый этап – решение проблем, то есть выполнение рекомендаций каждым участником сопровождения.

Шестой этап – анализ выполненных рекомендаций всеми участниками. Седьмой этап – дальнейший анализ развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Все этапы условны, так как у каждого ребенка своя проблема и в ее

решении требуется индивидуальный подход.

При любом варианте неблагоприятного развития детей у них наблюдается недоразвитие функций, соответствующих данному или предыдущему возрастным периодам, неадекватная потребность во внимании, проявляющаяся в демонстративном поведении или отрыве от действительности, слабая мотивация обучения и развития, трудности в выражении чувств и отсутствие навыков адекватного общения.

Основными принципами сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья являются: рекомендательный характер советов сопровождающего; приоритет интересов сопровождаемого, «на стороне ребенка»; непрерывность сопровождения; мультидисциплинарность (комплексный подход) сопровождения; стремление к автономизации [91,89]. Рассмотрим эти принципы подробнее.

1) Рекомендательный (необязательный для исполнения) характер. Ведущей идеей сопровождения выступает положение о необходимости развития самостоятельности ребенка в решении актуальных для его развития проблем, именно поэтому логика сопровождения диктует необходимость отказа, от «законодательных» решений, все решения специалиста могут носить рекомендательный характер. Ответственность за решение в поле проблем остается за ребенком, его родителями или лицами их заменяющими, педагогами, близким окружением. Чем более компетентен в решении своих проблем ребенок, тем больше прав на окончательное решение должно быть именно у него. Приоритет полномочий решения здесь может быть определен в следующей последовательности: ребенок и его родители; педагоги; близкое окружение. На разных стадиях развития проблем специалисты системы сопровождения могут стремиться дополнить своими советами «неработающие элементы» системы.

2) «На стороне ребенка». Принцип отражает базовое противоречие метода сопровождения. Очевидно, что «виновником» любой проблемной ситуации развития ребенка выступает не только социальное окружение или природный

генотип ребенка, но и особенности его личности. Проще говоря, в проблемных ситуациях ребенок часто бывает не прав. Очень часто на стороне ребенка только он сам и специалист системы сопровождения, который призван стремиться решить каждую проблемную ситуацию с максимальной пользой для ребенка.

3) Непрерывность сопровождения. Ребенку гарантировано непрерывное сопровождение на всех этапах помощи в решении проблемы. Специалист сопровождения прекратит поддержку ребенка только тогда, когда проблема будет решена или тенденция решения будет очевидна. Этот принцип означает так же и то, что дети, находящиеся под постоянным воздействием факторов риска (например: хронически больной ребенок, ребенок в системе специального образования и т. д.) будут обеспечены непрерывным сопровождением в течение всего периода их становления.

4) Мультидисциплинарность сопровождения. Принцип требует согласованной работы «команды» специалистов, проповедующих единые ценности, включенных в единую организационную модель и владеющих единой системой методов.

Тут же выделим основные проблемы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения:

- укрепление здоровья и формирование культуры здорового образа жизни у детей с ограниченными возможностями здоровья и их родителей;
- преодоление затруднений в учебе;
- выбор образовательного и профессионального пути;
- решение социально-эмоциональных и функциональных проблем развития ребенка;
- досуговая самореализация.

Таким образом, мы приходим к пониманию индивидуального сопровождения, как метода, обеспечивающего создание условий, для принятия ребенком с ограниченными возможностями здоровья и его родителей оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора

и помощь в его принятии, совокупность последовательных действий, позволяющих улучшить и облегчить жизнь субъектам.

Целью сопровождения является создание в рамках объективно данной ребенку среды условий для его максимального в данной ситуации личностного развития, разрешения сложных конфликтных ситуаций и других педагогических проблем, связанных с болезнью.

1.2. Теоретические подходы к организации индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья

В современной науке основой разработки любого типа моделей с целью их исследования и решения научной проблемы являются системный подход и системный анализ, которые определяют новые задачи исследования исходя из системности мира.

Системные идеи сравнительно давно получили выражение в различных научных концепциях. Принципы системного подхода нашли воплощение в культурно-исторической концепции психического развития Л.С. Выготского, теории дифференцированного обучения детей с нарушениями в психофизическом развитии Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. Основоположниками системного подхода в изучении ребенка с нарушениями в развитии в отечественной науке являются Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, В.В.Ковалев, В.В. Лебединский, А.Р. Лурия. Именно Л.С. Выготский дает описание моделей ребенка с ограниченными возможностями в зависимости от разнообразия видов нарушения и структуры дефекта, предупреждает о корректном понимании единства законов развития нормального и аномального ребенка и необходимости учета индивидуальных особенностей развития каждого ребенка при разработке системы оказания специальной помощи.

Главный же акцент в своем исследовании мы ставим на том, что ребенок с ограниченными возможностями также представляет собой сложную

открытую нелинейную самоорганизующуюся систему, в которой составляющие ее элементы (биологическая и личностная подструктуры) взаимосвязаны и взаимообусловлены как «каузальными, так и телеологическими связями» (В.С. Мерлин) [69,123].

Согласно социальной модели (Л.М. Шипицына) ребенок с ограниченными возможностями здоровья должен быть равноправным субъектом общественных отношений, которому общество должно предоставить равные права, равные возможности, равную ответственность и свободный выбор с учетом его особых потребностей [91,84]. При этом ребенок должен иметь возможность интегрироваться в общество на своих собственных условиях, а не быть вынужденным приспосабливаться к правилам мира «здоровых» людей.

Состояние здоровья таких детей значительно ограничивает их жизнедеятельность, приводит к социальной депривации вследствие нарушения их развития и роста, потери контроля над своим поведением, а также способностью к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Решением данных проблем ребенка с ограниченными возможностями здоровья является комплекс мер, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности, нацеленных на восстановление самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам. Такой подход носит название комплексного. Его результатом должно стать не только восстановление здоровья, трудоспособности, но и социального статуса личности, ее правового положения, морально-психологического равновесия, уверенности в себе, способности интеграции в общество.

В основу реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья должны лежать следующие положения [72,187]:
- реабилитация ребенка ограниченными возможностями здоровья должна проводиться в условиях учреждения, располагающего всеми видами

коррекционно-развивающих технологий и восстановительного лечения, высококвалифицированными кадрами, имеющего в достаточном объеме средства эффективного контроля, а также хорошо налаженную связь с другими учреждениями, осуществляя преемственность в проведении реабилитационных мероприятий; либо на дому, если учреждение в состоянии оказывать подобную услугу;

- реабилитация ребенка с ограниченными возможностями должна начинаться на самых ранних стадиях возникновения отклонений, составляя вначале естественную и органическую часть лечебных мероприятий, дополняя и обогащая комплексное лечение, включая социально-психолого-педагогический фактор, всесторонность и целостность, единство диагностики и коррекции;

- процесс реабилитации должен осуществляться непрерывно, пока не будет достигнуто в минимально возможные сроки максимальное восстановление здоровья и дееспособности ребенка, системно, реализуя последовательность, этапность и преемственность между различными периодами реабилитации;

- реабилитация на каждом своем этапе должна носить комплексный характер, под которым подразумевается, прежде всего, объединенная единой целью деятельность медиков, педагогов, психологов, социологов и других необходимых участников реабилитационного процесса, оздоровление окружающей ребенка среды – «терапия средой», помощь семье;

- индивидуальный характер, как программы реабилитации, так и применяемых средств реабилитационного воздействия;

- эмпатическое восприятие ребенка, партнерство специалиста, ребенка и его родителя в ходе реабилитационного процесса, интеграция, социализация и адаптация ребенка с ограниченными возможностями к условиям жизни, воспитания, учебы, занятий спортом, творчеством.

Соблюдение всех этих условий дает нам право говорить о методологии индивидуального сопровождения как составляющей реабилитационного процесса с точки зрения системного подхода, поскольку системой является

такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношение приобретают характер взаимосодействия компонентов на получение фокусированного полезного результата.

Специальное образование обеспечивает лицам с физическими и (или) психическими недостатками возможность развить свои физические и психические возможности в целях приспособления к социальной среде, подготовке к трудовой деятельности, самообслуживанию и семейной жизни. Специальное образование является частью системы комплексной, медико-педагогической, профессиональной и социальной реабилитации лиц, имеющих физические или психические недостатки. Оно гарантирует бесплатность обучения независимо от его форм в пределах государственного образовательного стандарта; свободный доступ к образованию любого уровня, получаемого в условиях интегрированного обучения в соответствии с психолого-педагогическими показателями; обучение с возможно минимальной изоляцией для общества.

В российской системе специального образования развивается модель взаимодействия специалистов разного профиля – взаимодействия, направленного на всестороннюю диагностику уровня и потенциала развития ребенка и проектирование целесообразных коррекционно-развивающих программ. Только с развитием гуманистической ориентации в российской педагогике была продекларирована необходимость и начала развиваться отечественная система сопровождения развития любого ребенка, вне зависимости от того, какой системе образования он принадлежит. Раннее сопровождение развития, сопровождение развития в общеобразовательной школе, целевое сопровождение различных детей «групп риска», сопровождение в системе специального образования стали элементами одной системы, своеобразными гарантами права ребенка на полноценное развитие. Н.Л. Коноваленко рассматривает точку зрения, в которой под сопровождением понимается метод, обеспечивающий создание условий для принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях

жизненного выбора [52,174]. При этом под субъектом развития понимается как развивающийся человек, так и развивающаяся система: ситуации жизненного выбора, множественные проблемные ситуации, при решении которых субъект определяет для себя путь прогрессивного или регрессивного развития.

Е.И. Казакова считает, что исходным положением для формирования теории и практики комплексного сопровождения стал системно-ориентационный подход, в логике которого развитие понимается как выбор и освоение субъектом развития тех или иных инноваций. Естественно, каждая ситуация выбора порождает множественность вариантов решения, опосредованных некоторым ориентационным полем развития. Сопровождение может трактоваться как помощь субъекту развития в формировании ориентационного поля развития, ответственность за действия в котором несет сам субъект [48,202].

Важнейшим положением системно-ориентационного подхода выступает приоритет опоры на внутренний потенциал развития субъекта (ключевое положение «педагогики успеха»); следовательно, на право субъекта самостоятельно совершать выбор и нести за него ответственность. Однако декларация этого права еще не является его гарантией. Для осуществления права свободного выбора различных альтернатив развития необходимо научить человека выбирать, помочь ему разобраться в сути проблемной ситуации, выработать решения и сделать первые шаги.

Важным в сопровождении развития ребенка также является и то, что носителем проблемы развития ребенка в каждом конкретном случае выступает и сам ребенок, и его родители, и педагоги, и ближайшее дружеское окружение ребенка.

Для теории сопровождения очень важным является разграничение методов предупреждения проблемы и коррекции проблемы. Это разграничение может быть построено на основе анализа трех параметров [46,123].

Первый параметр выделяет момент действия в отношении времени развития проблемы. Действие может предприниматься до и во время, или после появления проблемы. Противоположностью выступают те моменты, когда проблемы уже полностью сформировались или даже вышли из-под контроля. Эти ситуации требуют немедленной работы по коррекции. Между этими двумя полюсами располагается деятельность по общей профилактике. Инициативы, сфокусированные на ранних этапах возникновения проблем, обычно нацелены на широкие целевые группы и могут быть адресованы, например, всем детям, находящимся в данном образовательном учреждении, или всем детям школьного возраста. По мере развития проблемы действия становятся конкретнее, а целевая группа – специфичнее.

Второй параметр характеризует основной фокус в общем вмешательстве. Его задача повлиять на изменения в самом человеке (личностно-ориентированная профилактика) или на систему, в рамках которой он действует (системно-ориентированная или структурно-ориентированная профилактика).

Третий параметр характеризует природу действия. Проблемы предупреждаются путем сокращения недопустимых типов поведения (оборонительная стратегия) или путем предложения новых вариантов поведения (наступательная стратегия).

Итак, процесс сопровождения можно описать через последовательную реализацию следующих шагов: проведение квалифицированной диагностики сути проблемы, истории потенциальных сил ее носителей; информационного поиска методов, служб и специалистов, которые могут помочь решить проблему; обсуждение возможных вариантов решения проблемы со всеми заинтересованными людьми и выбора наиболее целесообразного пути решения; оказания сопровождаемым первичной помощи на начальных этапах реализации плана, так как первые шаги являются самими сложными.

1.3. Выводы по главе 1

На основании рассмотренного нами теоретического материала об основах индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья можно сделать вывод, что мы приходим к пониманию индивидуального сопровождения, как метода, обеспечивающего создание условий для принятия ребенком с ограниченными возможностями здоровья и его родителями оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора, и помощь в его принятии, совокупность последовательных действий, позволяющих улучшить и облегчить жизнь субъектам сопровождения.

Целью сопровождения является создание, в рамках объективно данной ребенку среды, условий для его максимального личностного развития, разрешения сложных конфликтных ситуаций и других педагогических проблем, связанных с болезнью.

Процесс сопровождения можно описать через последовательную реализацию следующих шагов: проведение квалифицированной диагностики сути проблемы, истории потенциальных сил ее носителей; информационного поиска методов, служб и специалистов, которые могут помочь решить проблему; обсуждение возможных вариантов решения проблемы со всеми заинтересованными людьми и выбора наиболее целесообразного пути решения; оказания сопровождаемым первичной помощи на начальных этапах реализации плана, так как первые шаги являются самими сложными.

Глава 2. Индивидуальное сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях службы домашнего визитирования

2.1. Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья

Дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие им вести полноценную жизнь. Синонимами данного понятия могут выступать следующие определения таких детей: «дети с проблемами», «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «дети с трудностями в обучении», «особенные дети», «исключительные дети». Наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития.

Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к отклонению в развитии, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы сохраненными анализаторами.

Таким образом, детьми с ограниченными возможностями здоровья можно считать детей с нарушением психофизического развития, нуждающихся в специальном (коррекционном) обучении и воспитании.

По классификации, предложенной В.А.Лапшиным и Б.П.Пузановым, к основным категориям особенных детей относятся:

1. Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
2. Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
3. Дети с нарушением речи (логопаты);
4. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
5. Дети с умственной отсталостью;
6. Дети с задержкой психического развития;
7. Дети с нарушением поведения и общения;

8. Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваются в процессе развития, обучения и воспитания ребенка, например, у детей третьей и шестой групп, другие лишь сглаживаться, а некоторые только компенсироваться. Сложность и характер нарушения нормального развития ребенка определяют особенности формирования у него необходимых знаний, умений и навыков, а также различные формы педагогической работы с ним. Один ребенок с отклонениями в развитии может овладеть лишь элементарными общеобразовательными знаниями (читать по слогам и писать простыми предложениями), другой - относительно не ограничен в своих возможностях (например, ребенок с задержкой психического развития или слабослышащий). Структура дефекта влияет и на практическую деятельность детей. Одни нетипичные дети в будущем имеют возможность стать высококвалифицированными специалистами, другие всю жизнь будут выполнять низкоквалифицированную работу (например, переплетно-картонажное производство, металлоштамповка).

Социокультурный статус ребенка во многом определяется как наследственными биологическими факторами, так и социальной средой жизни ребенка. Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социокультурных факторов. Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы (силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей...). От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности (в дальнейшем - ВНД) зависят способности к овладению социальным опытом, познанию действительности, то есть биологические факторы создают предпосылки психического развития человека. Очевидно, что слепота и

глухота есть факторы биологические, а не социальные. «Но все дело в том, - писал Л.С. Выготский, - что воспитателю приходится иметь дело не столько с этими биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями». Сложность структуры атипичного развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего своеобразного развития на патологической основе. Так, повреждение слухового аппарата до овладения речью будет первичным дефектом, а наступившая, как следствие немота - вторичным дефектом. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения и воспитания при максимальном использовании сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности.

Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта - органического поражения коры головного мозга, порождает вторичные нарушения - отклонения в деятельности высших познавательных процессов (активного восприятия и внимания, произвольных форм памяти, абстрактно-логического мышления, связной речи), которые становятся заметными в процессе социокультурного развития ребенка. Третичные недостатки - недосформированность психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляются в примитивных реакциях на окружающее, недоразвитии эмоционально-волевой сферы: завышенная или заниженная самооценка, негативизм, невротическое поведение. Принципиальным моментом является то, что вторичные и третичные нарушения могут влиять на первичный дефект, усугубляя его, если не проводится целенаправленная и систематизированная коррекционно-реабилитационная работа.

Важной закономерностью является соотношение первичного и вторичного дефектов. В связи с этим Л.С. Выготский писал: «Чем дальше отстоит симптом от первопричины, тем он более поддается воспитательному и

лечебному воздействию. Получается на первый взгляд парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при умственной отсталости и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших, или элементарных процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом». Согласно этому положению, чем дальше разведены между собой первичный дефект биологического происхождения и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем более эффективна коррекция и компенсация последнего с помощью психолого-педагогических и социокультурных средств.

В процессе атипичного развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка, которые являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту. Например, у детей лишенных зрения, остро развивается чувство расстояния (шестое чувство), дистантное различение предметов при ходьбе, слуховая память, осязание и т.д. У глухих детей - мимическое жестовое общение.

Данная положительная оценка определенных проявлений своеобразного нетипичного развития - необходимое основание для разработки системы специального обучения и воспитания с опорой на позитивные возможности детей. Источником приспособления детей с ограниченными возможностями здоровья к окружающей среде являются сохраненные психофизические функции. Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием функционального потенциала сохраненных систем. Глухой ребенок использует зрительный и двигательный анализаторы. Для слепого ведущими становятся слуховой анализатор, осязание, обонятельная чувствительность. Учитывая конкретность мышления умственно отсталых детей и относительно сохраненные резервы восприятия, в учебном процессе предпочтение отдается наглядному материалу, предметно-практической

деятельности.

Таким образом, на развитие ребенка с ограниченными возможностями будут влиять четыре фактора.

1. Вид (тип) нарушения.
2. Степень и качество первичного дефекта. Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения могут быть - ярко выраженными, слабо выраженными и почти незаметными. Степень выраженности отклонения определяет своеобразие атипичного развития. Существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития нетипичного ребенка от степени и качества первичного дефекта.
3. Срок (время) возникновения первичного дефекта. Чем раньше имеет место патологическое воздействие и как следствие - повреждение речевых, сенсорных или ментальных систем, тем будут более выражены отклонения психофизического развития. Например, у слепорожденного ребенка отсутствуют зрительные образы. Представления об окружающем мире будут у него накапливаться с помощью сохранных анализаторов и речи. В случае потери зрения в дошкольном или младшем школьном возрасте ребенок сохранит в памяти зрительные образы, что дает ему возможность познавать мир, сравнивая свои новые впечатления с сохранившимися прошлыми образами. При потере зрения в старшем школьном возрасте представления характеризуются достаточной живостью, яркостью и устойчивостью, что существенно облегчает жизнь такого человека;
4. Условия окружающей социокультурной и психолого-педагогической среды. Успешность развития аномального ребенка во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно - реабилитационной работы с ним.

Таким образом, диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с

необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы. От ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально развивающимися сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования. При этом столь выраженный диапазон различий наблюдается не только по группе с ограниченными возможностями здоровья в целом, но и в каждой входящей в нее категории детей.

2.2. Организация службы домашнего визитирования на примере МБУ СО «Городской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» г. Красноярск

Технология домашнего визитирования позволяет специалистам, работающим со случаем, иметь более четкое и наглядное представление о том, в каких условиях живут семья и ребенок, какие существуют проблемы и конфликты, а, следовательно, сделать вывод о том, какие виды помощи необходимо в данном случае предоставить. Домашние визиты могут стать частью мониторинга ситуации в семье, позволяющие фиксировать положительные или негативные изменения. Домашнее визитирование необходимо также, когда семья находится уже на крайней стадии кризиса, и нуждается в экстренной помощи, но сама по разным причинам не обращается или не попадает в систему социальной защиты. В таких случаях, как правило, сигналы о наличии проблемы поступают со стороны соседей, знакомых или родственников семьи.

Работа с семьей и ребенком в среде, в которой они живут, может стимулировать развитие адаптационного семейного потенциала и разрешение конфликтов. Такой подход применяется, например, в Алтайском крае, где специалисты социального обслуживания проходили специальное обучение технологиям работы на дому.

Домашнее визитирование актуально также тогда, когда речь идет о целевой группе со специфическими, требующими особого подхода

характеристиками. Например, в Томской области данная технология применяется активно в отношении семей с детьми, имеющими нарушения в развитии. Так же в г. Томске технология осуществляется с помощью клоунов-волонтеров, которые периодически и регулярно посещают семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья, целью таких визитов является социально-культурная реабилитация детей.

В Омской области технология применяется в рамках Программы Раннего вмешательства, и направлена на детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного и младше школьного возраста, с целью интеграции детей в образовательную среду.

В Тюмени служба домашнего визитирования осуществляет в основном социально-медицинские услуги в штат специалистов входят врачи различных направлений, которые посещают клиентов на дому.

В Ставрополе домашнее визитирование направлено на детей, имеющих 3 степень ограничение жизнедеятельности по самообслуживанию и передвижению. В штате службы массажист, специалист по ЛФК, дефектолог, социальный педагог и инструктор по труду.

В Красноярском крае подобная технология тоже не в новинку, во многих городах края осуществляется свой уникальный опыт организации службы домашнего визитирования.

Так в г. Ачинске служба домашнего визитирования направлена, в том числе, и на совместный отдых детей и родителей, для этого имеется выездной кукольный театр. Для детей и родителей это в новинку и, несомненно, очень приятный опыт, так как многие родители не имеют возможности вывезти своего ребенка в театр.

В Березовском районе служба домашнего визитирования открыта в рамках «Школы специальных знаний», и направлена на коррекционно-развивающие занятия с ребенком, оказание социально-реабилитационных услуг семьям в рамках реализации ИПРА, обучение родителей приемам и способам реабилитации и абилитации на дому. По запросу родителей, такие

специалисты как психолог, логопед, инструктор по адаптивной физической культуре посещают семьи на дому.

Наше исследование проходило в МБУ СО «Городской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» г. Красноярск.

МБУ СО «Центр «Радуга» создан в 2004 году, услуги предоставляются по адресам: ул. Воронова, 19 «а», ул. Петрушина, 1, ул. Борисевича, 13. Основное здание Центра расположено по адресу: ул. Воронова, 19 «а», полностью приспособлено для передвижения детей с различными функциональными нарушениями, оснащено пандусами, перилами, подъемной платформой, электрическим подъемником для перемещения на второй этаж, имеются специальные приспособления (поручни), разнообразные технические средства реабилитации. Учреждение располагает групповыми комнатами, которые оборудованы мебелью с учетом возраста детей, столовой, залами лечебной и адаптивной физкультуры, компьютерным классом, творческими, трудовыми и художественными мастерскими, сенсорной комнатой, лекотекой, музыкальным залом, а также социально-медицинским блоком. На территории Центра имеются площадки: реабилитационная, баскетбольно-волейбольная, детская с игровым оборудованием, а также теплицы для выращивания культурных растений. По адресу: ул. Борисевича, 13 располагается учебно-тренировочная квартира, которая представляет собой модель жилого помещения, специально оборудованного для людей с различными нарушениями. На площадке по адресу: ул. Петрушина, 1 осуществляются групповые занятия.

Целью службы домашнего визитирования является улучшение качества жизни детей-инвалидов, через взаимодействие с социально значимыми учреждениями, а также для объединения ресурсов местного сообщества с целью интеграции ребенка-инвалида в доступные социальные отношения.

Одной из основных задач работы службы домашнего визитирования

является создание условий для активного включения родителей, специалистов и других заинтересованных лиц в процесс социальной реабилитации семей, не имеющих возможности самостоятельно посещать учреждения социальной сферы, нуждающихся в квалифицированной психологической, юридической и других видов помощи, через сеть учреждений социальной направленности г. Красноярска.

Вся работа специалиста службы домашнего визитирования осуществляется в нескольких направлениях:

- Непосредственная работа с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья (содействие в реализации индивидуальной программы реабилитации, интеграция ребенка в местное сообщество, консультирование по различным вопросам, связанными с проблемой детской инвалидности и т.д.).
 - Программа повседневной реабилитации ребенка в домашних условиях.
 - Работа по привлечению местного сообщества к участию в жизни семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья и создание современной сети учреждений поддержки детей-инвалидов.
- Работа специалиста с семьей строится в несколько этапов:

- Выявление семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями.

Специалистами службы домашнего визитирования проводится работа с базой адресной социальной помощи г. Красноярска (АСП) с помощью которой формируются списки семей, воспитывающих детей-инвалидов, включающие в себя такую информацию как: Ф.И.О. родителей и ребенка, диагноз ребенка-инвалида, адрес проживания и номер телефона.

- Составление графика посещения семей.

Специалисты службы домашнего визитирования, получив информацию о семье через базу АСП, связываются с ней по телефону, первично проконсультировав и рассказав о работе службы, в случае необходимости, договариваются о встрече.

- Посещение семьи.

При посещении семьи специалистом заполняется карта домашнего визитирования, где отмечаются такие сведения, как общая информация о ребенке и родителях, условия жизни семьи, фиксируются проблемы и запросы, в случае включения ребенка в программу повседневной реабилитации в домашних условиях на основании заявления законного представителя заключается договор, проводится оценка развития ребенка-инвалида.

- Работа по выявленным проблемам и запросам семьи. Во время визита в семью, в ходе беседы с родителем (законным представителем) ребенка-инвалида специалист службы домашнего визитирования выявляет проблемы семьи и помогает сформировать понимание возникших проблем (запросы). Так как, зачастую, родители не могут четко сказать, в каком именно виде помощи они нуждаются. В процессе решения запросов семьи специалист взаимодействует с учреждениями социальной направленности (здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры и спорта и т.д.). По результатам этой работы для решения возникшей проблемы, семья получает консультирование, конкретные рекомендации и порядок действий в той или иной ситуации.
- Работа по программе повседневной реабилитации в домашних условиях. В случае необходимости, родителю (законному представителю) предлагается возможность включиться в работу с ребенком по программе повседневной реабилитации в домашних условиях.

Данная программа предполагает обучение родителей приемам и способам реабилитации в быту, что обеспечивает непрерывность процесса реабилитации и социальной адаптации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Алгоритм программы повседневной реабилитации можно представить в следующем виде:

- скрининг слуха и зрения, а так же наблюдение, в ходе которых выявляется степень функциональных нарушений и реабилитационный потенциал ребенка;
- разработка индивидуальной программы повседневной реабилитации в быту, на основании реабилитационного потенциала и выявленных функциональных нарушений;
- выполнение программы повседневной реабилитации силами тренера (родителя, законного представителя) под наблюдением специалиста (координатора), после специального обучения тренера необходимым методикам и приемам, обеспечением методической литературой и рекомендациями;
- наблюдение за выполнением реабилитационных мероприятий в домашних условиях, при необходимости коррекции программы.

Основными плюсами программы повседневной реабилитации в домашних условиях является доступность реабилитационной практики в любое удобное для пользователя время, и потенциалом использования методики неограниченно долго. Возможность пользоваться помощью самых близких родственников и домашними приспособлениями - тоже фактор удобства для семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Немаловажен психологический аспект активного участия как самого ребенка с нарушениями функционирования, так и членов его семьи в процессе адаптации в повседневной жизни, что способствует повышению самооценки и самоутверждению.

В процессе работы по данному направлению стало очевидно, что наиболее остро в услугах специалиста службы домашнего визитирования нуждаются семьи, воспитывающие детей с тяжелыми формами неврологической патологии (в основном ДЦП), так как родители таких детей, как правило, не имеют возможности самостоятельно посещать учреждения социальной защиты, получать реабилитационные мероприятия в специализированных учреждениях. Основной причиной этого является трудность

транспортировки такого ребенка (отсутствие личных транспортных средств, специализированного оборудования для передвижения инвалидов на общественном транспорте). Исходя из этого, основной акцент в работе специалиста службы домашнего визитирования направлен именно на маломобильные семьи, наиболее остро нуждающиеся в помощи специалиста.

Работа с местным сообществом (учреждения социальной защиты, здравоохранения, культуры, спорта и т.д.).

Специалистами домашнего визитирования формируется список учреждений и организаций города по районам, они встречаются с руководителями учреждений и формируют реестр социально значимых учреждений.

Учреждения, которые посетил специалист по социальной работе службы домашнего визитирования, заносятся в банк данных ресурсов города, с которыми в последующем проводится работа по социализации и включению семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. На каждое учреждение формируется паспорт ресурса, который включает в себя наименование учреждения, адрес, контакты, Ф.И.О. руководителя, график работы, характеристику архитектуры (территориальную доступность, наличие пандуса, перилл и т.д.), специфику работы учреждения, список документов (анализ), необходимых для постановки на учет и другие особенности.

- Включение семей в местное сообщество.

В ходе сотрудничества непосредственное включение семей с детьми-инвалидами в социальное сообщество будет происходить за счет участия в проводимых учреждениями мероприятиях, получении услуг, оказываемых учреждением. Кроме того, с учреждениями города поддерживается постоянная связь, заключающаяся в обоюдном информировании о предстоящих мероприятиях, изменениях в организации или содержании работы.

Активное включение родителей в процесс реабилитации ребенка-

инвалида, позволяет обеспечить непрерывность реабилитационных мероприятий. Информирование семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, помогает решить проблемы различного характера: получение паспорта ребенка-инвалиду, подтверждение или опровержение диагноза ребенка, психолого-педагогические услуги на дому, поступление в образовательные учреждения, квартирные вопросы, нуждаемость в сиделке и получении технических средств реабилитации.

Таким образом, работа специалиста службы домашнего визитирования направлена в первую очередь на родителей, чтобы обучить их способам развития собственного ребенка, информировать о ресурсах города, которые могут помочь в организации реабилитации ребенка, помочь решать проблемы самого разного характера.

2.3. Диагностические методики

Диагностика семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья проводится специалистом Центра по трем направлениям:

1. Изучение ребенка (Приложение А).

При проведении изучения ребенка необходимо обратить внимание на множество факторов, влияющих на развитие ребенка с психофизическими недостатками, и изучить:

- особенности личности;
- факторы, определяющие личностное развитие на разных возрастных этапах;
- особенности взаимодействия со сверстниками, с друзьями, братьями, сестрами и их влияние на его развитие;
- эмоционально-волевую сферу;
- причины, препятствующие формированию адекватной самооценки;
- особенности формирования «системы Я»;
- межличностные отношения в малых социальных группах, состоящих из

лиц с отклонениями в развитии.

2. Изучение родителей и членов семьи ребенка (Приложение Б):

- личностные особенности;
- внутрисемейный климат и межличностные контакты в семье;
- факторы, влияющие на родительские позиции по отношению к ребенку;
- уровень воспитательской и родительской компетентности родителей;
- воспитательские качества и способности родителей;
- профессиональные умения родителей, выступающих в качестве педагогов для своих детей;
- социально-культурные условия жизни семьи на разных возрастных этапах развития ребенка;
- ценностные ориентации родителей различных социально-культурных групп в отношении ребенка;
- основные типы взаимодействия в семье с ребенком;
- модели воспитания;
- формы родительского участия в формировании навыков социальной и трудовой адаптации;
- влияние родительской позиции на формирование личности;
- влияние «особого» ребенка на развитие и контакты его здоровых братьев и сестер;
- особенности отношений со здоровыми братьями и сестрами;
- родительские позиции отцов и матерей.

3. Изучение социального окружения семьи и факторов, влияющих на его социальную адаптацию.

Необходимо изучить:

- отношение различных социальных групп населения к детям, подросткам и взрослым с психофизическими нарушениями;
- влияние здоровых сверстников на характер и динамику развития ребенка с психофизическими недостатками;

- макросоциальные условия, определяющие развитие и социально-трудовую адаптацию;

- макросоциальные условия, определяющие максимально возможную реабилитацию семей.

Методы комплексного обследования семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

- Наблюдение

Наблюдение – это целенаправленное, организованное восприятие и регистрация поведения исследуемого объекта. Задача наблюдателя, как правило, не связана с вмешательством в «жизнь» путем создания специальных условий для проявления наблюдаемого процесса или явления.

От пассивного созерцания окружающей действительности наблюдение отличается тем, что оно: а) подчинено определенной цели; б) проводится по определенному плану; в) оснащено предметными средствами для осуществления процесса и фиксации результатов.

- Беседа

Беседа — метод сбора фактов о психических явлениях в процессе личного общения по специально составленной программе.

Метод беседы применяется:

1. при изучении личности ребенка, его прошлой жизни, домашней обстановки, его родителей, товарищей, его интересов и т.д.;
 2. при применении других методов исследования для получения дополнительных данных (подтверждение, уточнение того, что было выявлено);
 3. при первоначальном знакомстве, когда начинается какое-либо исследование.
- Беседа может быть стандартизированная (точно сформулированные вопросы, которые задаются всем опрашиваемым) и нестандартизированная (вопросы ставятся в свободной форме).

Каждая беседа должна иметь четко сформулированную цель и план ее проведения.

Успешность беседы зависит:

- а) от степени ее подготовленности (наличие цели, плана беседы, учета возрастных и индивидуальных особенностей учащихся, учета условий, места проведения и т.д.);
- б) от искренности даваемых ответов (наличие доверительности, такта исследования, соблюдения требований воспитательного процесса, правильности постановки поддерживающих беседу вопросов и вопросов, связанных с целью беседы и т.д.).

- **Интервью**

Интервьюирование предполагает личное общение с опрашиваемым, при котором исследователь (или его полномочный представитель) сам задает вопросы и фиксирует ответы. По форме проведения оно может быть прямым, как говорится, «лицом к лицу», и опосредованным, например по телефону.

В зависимости от степени свободы исследователя выделяются интервью:

- формализованное (стандартизованное), когда деятельность исследователя строго регламентирована вопросником и инструкцией для интервьюера. Такое интервью обычно проводится при опросе больших масс людей, поскольку однотипные ответы легко поддаются анализу;
 - полужформализованное (полуструктурированное, полустандартизованное), где порядок вопросов и их формулировки могут меняться в течение разговора;
 - неформализованное (неструктурированное, открытое), которое может проводиться без вопросника, а исследователь имеет возможность корректировать характер вопросов в зависимости от хода разговора. Такое интервью применяют при пилотажном исследовании, при опросе небольшого количества людей (например, экспертов), когда не требуется классифицировать и сравнивать результаты интервью.
- **Тестирование**

Тестирование — это исследовательский метод, который позволяет выявить уровень знаний, умений и навыков, способностей и других качеств личности, а также их соответствие определенным нормам путем анализа способов выполнения испытуемым ряда специальных заданий. Такие задания принято называть тестами. Тест — это стандартизированное задание или особым образом связанные между собой задания, которые позволяют исследователю диагностировать меру выраженности исследуемого свойства у испытуемого, его психологические характеристики, а также отношение к тем или иным объектам. В результате тестирования обычно получают некоторую количественную характеристику, показывающую меру выраженности исследуемой особенности у личности. Она должна быть соотносима с установленными для данной категории испытуемых нормами. Значит, с помощью тестирования можно определить имеющийся уровень развития некоторого свойства в объекте исследования и сравнить его с эталоном или с развитием этого качества у испытуемого в более ранний период.

В работе с семьей применялись все вышеописанные методы диагностики, однако основным методом была беседа, поскольку изначально вся информация фиксируется со слов родителей (диагноз, информация о ребенке, условия проживания, запрос). Для диагностики ребенка мы применяли текст на оценку физического развития и скрининги зрения и слуха, что дало обширную информацию о физическом состоянии ребенка, его навыках и умениях. С родителями применялась социограмма «Моя семья» и текст-опросник родительского отношения А.Я. Варга, это позволило выявить внутри личностные проблемы матери с принятием своего ребенка со всеми его недостатками.

2.4. Экспериментальные данные и их интерпретация

Нами было выделено 2 семьи, работа с которыми была наиболее продолжительна. Специалисты Центра знакомили нас с семьями, передавали личное дело и все связанные с семьей документы. В дальнейшем они всегда

были готовы помочь советом и получали еженедельный отчет о нашей деятельности внутри семьи.

Семья 1

Давид, 8 лет, проживает с мамой в однокомнатной съемной квартире, своей комнаты не имеет. Диагноз: атипичный аутизм.

Характеристика ребенка: ребенок боится отпустить маму, отказывается делать что-либо самостоятельно, без помощи мамы; не играет с другими сверстниками, не усидчив; агрессивен, может укунить; обращенную речь воспринимает, в контакт вступает не сразу; не дисциплинирован, охотно занимается только рисованием.

Результаты диагностики:

Развитие органов чувств: слуха и зрения: Хорошо слышит, реагирует на звуки. Скриннинг слуха патологий не выявил. Зрение хорошее, однако ребенок плохо прослеживает глазами за предметами (рекомендован поход к офтальмологу).

Развитие речи и способность к общению: Ребенок разговаривает, но лишь обрывистой речью (говорит слова по отдельности, не связывая их в словосочетания и предложения). Выражает свои нужды, может повторять заданный ему же вопрос.

Физическое развитие ребенка: Мальчик самостоятельно ходит, сидит, ест с некоторой помощью мамы. Рисует, различает цвета. Мать ребенка обратилась с просьбой помочь ей научить ребенка быть более самостоятельным, одеваться и есть самостоятельно, строить свою речь правильно, а не говорить слова по отдельности.

Программа коррекции с помощью домашнего визитирования.

Расписание визитов: один раз в неделю, 60-80 мин., на протяжении трех месяцев.

Цели программы: Научить маму ребенка способам работы с ним для:

1. Формирования у ребенка навыков одевания и раздевания.
2. Формирования у ребенка навыков приема пищи.
3. Привития ребенку разговорных умений и навыков.

Задачи:

1. Совместно с мамой ребенка составить карточки-алгоритмы с последовательностями приема пищи и надевания одежды.
2. Совместно с мамой составить карточки-действия с использованием любимых игрушек Давида и научить его пользоваться ими, выстраивая с их помощью последовательность своих действий.
3. Совместно с мамой подобрать аудио литературу для ребенка, которую он после прослушивания будет пересказывать, учась говорить фразы целиком.
4. Помочь маме ребенка правильно организовать личное пространство Давида, чтобы он чувствовал себя комфортно и знал где лежат нужные ему вещи.

Мероприятия	Результаты
Пекс терапия: были подобраны карточки-алгоритмы с порядком одевания одежды.	После продолжительной ежедневной работы мамы с ребенком, проявилась положительная динамика. Ребенок самостоятельно надевает домашнюю и нижнюю одежду (майки, шорты и пр. без пуговиц).
Пекс терапия: совместно с мамой сделали карточки с изображением любимых занятий ребенка (используя его игрушки, краски и т.д.), так же систематизировали личное пространство ребенка.	Ребенок с помощью карточек может выразить чем именно он хочет заняться, так же, благодаря работе с мамой он знает где что находится в комнате и может самостоятельно найти нужные вещи (краски, игрушки и т.д.).
Подбор аудио литературы и последующий пересказ ребенком сказок.	Ребенок, пытаясь пересказать услышанную сказку, тренируется в своей речи, учится строить фразы. На данный момент он научился связывать слова в словосочетания.

Программа коррекции

№	Направление работы	Мероприятия	Ожидаемые результаты
1	Коррекция и развитие речи.	Подбор аудио литературы для ребенка; Пекс-терапия; Компьютерная программа	Мальчик сможет строить предложение, сначала с помощью карточек, чтобы в будущем строить свою речь

		«Развитие речи: задание и упражнения для младших школьников»; Развитие речи и коррекция речевых нарушений «Волшебница крупа».	правильно.
2	Формирование и развитие мелкой моторики.	Конструкторы; Мелкие пазлы; Игра «чудесный мешочек»; Оригами.	Подготовка руки к письму, развитие образного и творческого мышления.
3	Коррекция нарушений интеллектуального и психического развития.	Арттерапия; Изотерапия; Игровой динамический тренинг; Подбор игровых упражнений на развитие интеллектуальных способностей.	Развитие психических процессов и школьных навыков, подготовка к школе, развитие образного и творческого мышления.
4	Коррекция, развитие познавательной деятельности.	Программа компьютерных обучающих и развивающих игр «Развивайка»; Подбор упражнений для познавательной деятельности ребенка.	Формирование, развитие, и коррекция познавательной и поведенческой сферы ребенка-инвалида через двигательную активность и игровую деятельность, обучение пользованию компьютером для обучающей деятельности.
5	Развитие социально-бытовых навыков и самообслуживание	Программа «Хозяйственно-бытовой труд»; Формирование навыков самообслуживания через карточки-алгоритмы(как одеваться, умыться и др.)	Ребенок сможет самостоятельно себя обслуживать(личная гигиена, самостоятельно есть, одеваться).
6	Работа с родителями	Развитие детско-родительских отношений через совместные игры и тренинги.	Мама будет больше доверять своему ребенку и перестанет его контролировать во всех сферах. Так же мама перестанет стесняться своего сына, они будут вместе гулять.

В результате проведенной работы с данной семьей явно виден прогресс Давида, он сделал значительные успехи в освоении правильной, связной речью и теперь спокойно связывает слова в словосочетания, но целые предложения даются ему все еще с трудом. Он самостоятельно одевается (только верхняя одежда все еще остается для него проблемой) и принимает пищу без помощи мамы.

Главной проблемой при работе с этой семьей была недисциплинированность матери ребенка, она не занималась с ребенком регулярно на протяжении недели между моими визитами, поэтому прогресс был медленнее, чем ожидалось. Однако к концу работы мне удалось убедить ее в важности регулярных и частых повторений при работе с ребенком. Она научилась доверять своему ребенку и больше не винит его в разрыве семьи и своей «сломанной жизни».

Семья 2

Тимур, 15 лет. Проживает с мамой, отцом и старшей сестрой в благоустроенной трехкомнатной квартире, имеет свою комнату. Диагноз: ДЦП (передвигается на коляске).

Характеристика ребенка: крупный мальчик, большие рост и вес; в семье больше всего общается с мамой; из-за очень малого опыта общения со сверстниками, не знает как себя вести и как общаться с ними; окончил коррекционную школу, на данный момент не посещает никаких учебных заведений; на контакт идет охотно, очень доброжелателен ко всем; проявляет интерес к любым занятиям, но не очень внимателен и быстро утомляется;

Результаты диагностики:

Развитие органов чувств: слуха и зрения: Хорошо слышит, реагирует на звуки. Скрининг слуха патологий не выявил.

Зрение ниже среднего, не видит мелкие предметы (гречневая крупа и пр.), левый глаз косит, ребенок плохо прослеживает глазами за предметами (рекомендован поход к офтальмологу).

Развитие речи и способность к общению: Ребенок говорит довольно хорошо, выражает свои нужды, может поддерживать разговор.

Физическое развитие ребенка: Мальчик передвигается на коляске, ест в основном с помощью мамы.

Мать ребенка обратилась за помощью: ребенок постоянно находится дома, и у нее нет возможности вывозить его куда-либо (большие размеры, а в доме нет лифта и пандуса), следовательно, ему катастрофически не хватает

общения. Она хотела бы, чтобы он научился общаться со сверстниками и взрослыми и пользоваться компьютером для общения и развития, так как не может обеспечить ему необходимое количество общения и внимания.

Программа коррекции с помощью домашнего визитирования.

Расписание визитов: один раз в неделю, 60-80 мин., на протяжении четырех месяцев.

Цели программы:

1. Привить Тимуру навыки коммуникации.
2. Помочь маме ребенка научить Тимура пользоваться компьютером.

Задачи:

1. Совместно с мамой ребенка подобрать и изучить игры и упражнения для развития коммуникации, чтобы в дальнейшем она смогла самостоятельно обучать Тимура.
2. Демонстрировать Тимуру правила общения (вежливость, приветствия и пр.)
3. Совместно с мамой ребенка подобрать развивающие компьютерные игры, показать Тимуру как в них играть.
4. Совместно с мамой ребенка завести Тимуру страничку в социальных сетях, чтобы он, под присмотром мамы, смог общаться с другими детьми посредством сети.
5. Найти волонтеров для посещения Тимура раз в неделю.

Мероприятия	Результаты
Организация посещения ребенка волонтером.	На данный момент, после окончания моей работы с мальчиком, его посещают студентки-волонтеры из медколледжа.
Обучение ребенка работе с компьютером (полезные программы, социальные сети с контролем от мамы, развивающие игры).	Ребенок может занять себя, свободно общается с ровесниками в интернете, играет онлайн в игры (шашки и пр.) когда занята мама.
Игры на коммуникацию, игровые упражнения (особенно он любит игры на загадывание предметов, живое-неживое и пр.).	Мальчик научился поддерживать разговор и чувствует себя более свободно в присутствии других детей. Так же мальчик усвоил навыки коммуникации (вежливость, приветствия и пр.).

Программа коррекции

№	Направление работы	Мероприятия	Ожидаемые результаты
1	Формирование и развитие коммуникативных навыков.	Подбор игровых заданий для мамы, чтобы она могла обучать мальчика; коммуникативные игры; использование социальных сетей для общения с ровесниками (например: http://www.smeshariki.ru).	Ребенок научится общаться с ровесниками и взрослыми, усвоит навыки коммуникации (вежливость, приветствия и др.).
2	Коррекция нарушений интеллектуального и психического развития.	Подбор упражнений и игровых заданий; обучение настольным играм (шашки, морской бой, домино); обучение умениям работы на компьютере.	Мальчик окончил школу в 2014 году и больше не получает достаточной интеллектуальной нагрузки, предпринятые меры направлены на устранение этого дефицита. Ребенок будет регулярно заниматься и развивать свой интеллект.
3	Развитие социально-бытовых навыков и самообслуживание.	Учебно-тренировочная квартира для детей-инвалидов.	Мальчик сможет сам обслуживать себя (есть, умываться и чистить зубы и др.).
4	Работа с родителями.	Развитие детско-родительских отношений через совместные игры и тренинги.	Привлечение к работе отца и сестры мальчика для гармонизации внутрисемейных отношений и преодоления отчужденности.
5	Волонтерская помощь.	Организация волонтерской помощи.	Студенты-волонтеры будут посещать мальчика 1 раз в неделю.

В результате проведенной мной работы Тимур больше не чувствует себя одиноким, у него много друзей в социальных сетях, его навещают волонтеры раз в неделю и он чувствует себя уверенно в обществе незнакомых сверстников, может найти общие темы для разговора и поддерживать общение. Совместно с мамой мальчика мы обучили Тимура различным играм (шашки, домино, морской бой и т.д.) и он больше не скучает. Для мамы были подобраны различные игровые упражнения, для интеллектуальной нагрузки Тимура и она регулярно с ним занималась.

Единственной проблемой, которую не удалось исправить это отчуждение между Тимуром и его старшей сестрой, которая делает вид, что его не существует. Все попытки сплотить их остались безуспешны. При специалисте она неохотно соглашалась поиграть с Тимуром, но все остальное время так же не замечала его. Отец стал уделять ему чуть больше времени, помогает матери вывозить его куда-либо. Так же Тимур теперь посещает группу дневного пребывания в МБУ СО «Центр «Радуга» 2 раза в неделю вместе с мамой или отцом, там он так же может поиграть и пообщаться с другими детьми.

Анализируя работу с семьями детей-инвалидов, можно сделать вывод, что родители придают первостепенное значение формированию навыков самообслуживания. Это делает ребенка более независимым в домашней, школьной и общественной среде, дает возможность родителям ослабить контроль и доверять своему ребенку.

Служба домашнего визитирования позволяет родителям приобрести необходимые знания, навыки и умения для развития своего ребенка самостоятельно. Родители не знают, как научить своего ребенка одеваться, самостоятельно есть и уж тем более разговаривать, для этого и нужны специалисты. Специалист по социальной работе в системе домашнего визитирования работает «изнутри», направляя и обучая маму способам формирования у своего ребенка необходимых для жизни навыков, которые здоровые дети приобретают путем подражания за взрослыми.

Заключение

Дети с ограниченными возможностями здоровья являются особой социально незащищенной категорией населения.

Организация социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья очень актуальна, потому, что в г. Красноярске, как и в целом по России, не прекращается рост детской инвалидности, что требует особых мер по профилактике и социальной работе с ними.

Индивидуальное сопровождение, позволяет обеспечить создание условий для принятия ребенком с ограниченными возможностями здоровья и его родителями оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора, и помощь в его принятии, совокупность последовательных действий, позволяющих улучшить и облегчить жизнь субъектам

Технология домашнего визитирования позволяет специалистам, работающим со случаем, иметь более четкое и наглядное представление о том, в каких условиях живут семья и ребенок, какие существуют проблемы и конфликты, а, следовательно, сделать вывод о том какие виды помощи необходимо в данном случае предоставить.

Одной из основных задач работы службы домашнего визитирования является создание условий для активного включения родителей, специалистов и других заинтересованных лиц в процесс социальной реабилитации семей, не имеющих возможности самостоятельно посещать учреждения социальной сферы, нуждающихся в квалифицированной психологической, юридической и других видах помощи.

При решении задач, стоящих перед нами в процессе работы с семьей мы пользовались различными методами реабилитации детей, самыми результативными из них оказались пекс терапия и игровые тренинги с родителями и детьми. Они позволили сформировать у детей полезные навыки, которые делают их более самостоятельными (самостоятельно одеваться, принимать пищу, поддерживать диалог с ровесниками и взрослыми).

Давид сделал значительные успехи в освоении правильной, связной речью и теперь спокойно связывает слова в словосочетания, но целые предложения даются ему все еще с трудом. Он самостоятельно одевается (только верхняя одежда все еще остается для него проблемой) и принимает пищу без помощи мамы.

Тимур больше не чувствует себя одиноким, у него много друзей в социальных сетях, его навещают волонтеры раз в неделю и он чувствует себя

уверенно в обществе незнакомых сверстников, может найти общие темы для разговора и поддерживать общение. Совместно с мамой мальчика мы обучили Тимура различным играм (шашки, домино, морской бой и т.д.) и он больше не скучает. Для мамы были подобраны различные игровые упражнения, для интеллектуальной нагрузки Тимура и они регулярно занимаются.

В результате выполнения выпускной квалификационной работы была достигнута цель по изучению специфики и результативности домашнего визитирования, как технологии индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

По окончании исследования с родителями была проведена качественная оценка эффективности оказанных услуг. Родители, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья, отметили, что считают домашнее визитирование необходимой социальной услугой, которая высоко эффективна, так как у детей отмечаются новые навыки и умения, они быстрее развиваются и становятся более самостоятельными за счет приобретения необходимых навыков самообслуживания.

Библиографический список

1. Конвенции ООН о правах ребенка [Текст]: офиц. текст. – М., 1993.
2. Конституция Российской Федерации [Текст]: [офиц. Текст от 12.12.1993]/ Законодательство Российской Федерации. – М.: Маркетинг, 2001. – 39с.
3. Об образовании в Российской Федерации [Текст]: [федер. закон: принят Гос.Думой 29 декабря 2012г.] / Законодательство Российской Федерации. М.: Проспект,-2013.
4. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Текст]: [федер. закон: принят Гос. Думой 24 ноября 1995 г.: по состоянию на 22 авг. 2004 г.]. – Библиотека журнала «Социальная защита», 2005. – выпуск № 18. – С. 9 – 32.
5. Об основных гарантиях прав ребенка в российской федерации [Электронный ресурс]: [федер. закон: принят Гос.Думой 3 июля 1998г.: по состоянию на 22 августа 2004г.] / Законодательство Российской Федерации. Электронная библиотека «Ваше право». Февраль 2005. М.: Фирма ИСТ, 2005.
6. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации[Электронный ресурс]:[федер. закон: принят Гос Думой 28 декабря 2013г. : по состоянию на 1 января 2016г.] / Законодательство Российской Федерации, Электронная библиотека «КонсультантПлюс».
7. Агаева, И.Б. Терминологический словарь по коррекционной педагогике и специальной психологии [Текст] / И.Б. Агаева. – изд. второе, доп. – Красноярск 2012г. – 238с.
8. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] /Л.И. Акатов. – М.: Владос, 2003. – 368с.
9. Айшервуд, М.М. Полноценная жизнь инвалида: Перевод с английского [Текст] /М.М. Айшервуд. – М.: Педагогика, 1991. – 427с.
10. Андреев, А.Л. Место искусства в познании мира [Текст] /А.Л.Андреев – М., 1998. – 51с.

11. Артыков, К. «Тайна» на сцене [Текст] /К. Артыков //Народное слово. – 2007. – июнь. – С.3
12. Астафьев, Н.В. Концепция дополнительного физкультурного образования умственно отсталых школьников [Текст] /Н.В.Астафьев, А.С. Самыличев – Омск, 1997. – 40с.
- 13.Бадалян, Л.О. Невропатология [Текст] /Л.О. Бадалян. – М.: Просвещение, 1997. – 317с.
14. Белоусова, Е.В. Возможности использования музыкально-драматического творчества в социальной работе [Текст] /Е.Белоусова //Отечественный журнал социальной работы. – 2006. – № 4. – С. 30 – 35.
15. Белых, И.Н., Свищева, И.К. Методика коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями средствами искусства [Текст]: учебно-методическое пособие. – монография /И.Н.Белых, И.К.Свищева [и др.]; под общ. ред. В.Н.Селюковой – Белгород: Издательство Политехра, 2005. – 61с.
16. Бенгт Нирье. Принцип нормализации и службы по уходу за людьми с интеллектуальными нарушениями [Электронный ресурс]. – Электронная библиотека «Suberleninka».
17. Бубен, С.С. Интеграция: проблемы и перспективы [Текст] /С.Бубен // Дефектология. – 1996. – №5. – С. 5 – 7.
18. Бурно, Э. Терапия творческим самовыражением [Текст] /Э. Бурно. – М.: Медицина, 1999. – 303с.
19. Бурмистрова, Е.В. Семья с «особым ребенком»: психологическая и социальная помощь [Текст] / Е.В. Бурмистрова. – Вестник практической психологии образования №4(17) октябрь-декабрь 2008. – 81-86с.
20. Ванслова, Е.Г. Эстетическое воспитание подрастающего поколения в музеях различных профилей [Текст] /Е.Г. Ванслова, М.Ю. Юхневич, Т.П. Чумалова- М., 1999. – 148с.
21. Власова, Т.А., Певзнер, М.С. О детях с отклонениями в развитии. [Текст] /Т.А. Власова, М.С, Певзнер – М., 1973.

22. Воспитательная работа во вспомогательной школе (Из опыта работы) [Текст]: монография /Т.И.Пороцкая [и др.]; под ред. В.Ф.Мачихиной. – М.: Просвещение, 1998. – 62с.
- 23.Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте. Психологический очерк [Текст] /Л.С.Выготский. – М., 1967. – 234с.
24. Выготский, Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства [Текст] /Л.С.Выготский. – М.: Изд-не эксп. дефект. инст-та, 1996.-218с.
25. Выготский, Л.С. Психология искусства [Текст] /Л.С.Выготский. – М., 1965. – 318с.
26. Герасименко, О.А. Особый ребенок: исследования и опыт помощи [Текст] /О.А.Герасименко, Р.П. Дименштейн. – М., 2000. – 121с.
27. Гликман, И.З. Свободное время и развитие личности [Текст] / И.З.Гликман // Наука и школа – 1998.- №5.- С.31-35.
28. Голубева, А.В. Консультация юриста. Социальная адаптация детей-инвалидов [Текст] /А.Голубева //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004.- №5. – С. 55 – 63.
29. Гулина, М.А. Словарь – справочник по социальной работе [Текст] /М.А. Гулина.- СПб.: Питер, 2008.
30. Гурли Фюр. Запрещенное горе: об испытаниях и горе, связанных с рождением ребенка с функциональными ограничениями[Текст] / Гурли Фюр. – «Минсктиппроект».- Минск 2003г.
31. Долгушкин А. К. Введение в социальную реабилитацию [Текст] / А. К. Долгушкин – М., 2000. – 275с.
32. Дуликов, В.З. Организационный процесс в социокультурной сфере: Учеб. пособие [Текст]/В.З.Дуликов. – МГУКИ. – М., 2003. – 86с.
33. Евладова, Е.Б. Дополнительное образование детей [Текст]: учеб. пособие для студентов учреждений сред. Проф. Образования /Е.Б.Евладова, Л.Г.Логинова, Н.Н.Михайлова. – М.: ВЛАДОС, 2002. – 432с.

34. Зайцев, Д.В. Основы коррекционной педагогики [Текст] /Д.В.Зайцев, Н.В.Зайцева. – С: Издательство Саратовского института, 1999.-324с.
35. Захаров, А.И. Как предупредить отклонения в развитии ребенка [Текст] /А.И.Захаров. – М.: Просвещение, 1996 – 128с.
36. Збровский, Э.И. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Материалы международной научно-практической конференции 29 – 31 октября 1996 г. [Текст]: монография /Э.И.Збровский [и др.]; Под редакцией Э.И. Збровского. – М., 1998. – 272с.
37. Зебзеева, А.Г. Права, оплаченные страданием: Справочно-публицистическое издание для инвалидов и тех, кто рядом с ним [Текст] / А.Г.Зебзеева. – Пермь: Здравствуй, 2001. – 320с.
38. Зеер, Э.Ф. Психология профессионального образования [Текст] /Э.Ф. Зеер.- Академия, 2009.-220с.
39. Зинкевич-Евстегнеева, Т.Д. Как помочь «особому» ребенку. Книга для педагогов и родителей [Текст] /Т.Д.Зинкевич-Евстегнеева, Л.А.Нисневич – СПб., 2000. – 53с.
40. Кабачек, О.Л. Роль массовой детской библиотеки в интеграции детей с нарушениями в развитии в социокультурную среду
41. Казакова, Е.И. Комплексное сопровождение: социально- эмоциональные проблемы [Текст] /Е.И. Казакова.- СПб.: Речь, 2000.-256с.
42. Касицына, М.А. Коррекционная ритмика. Комплекс практических материалов [Текст] / И.Г. Бородина, М.А.Касицына. – М.: ГНОМ и Д, 2007. – 215с.
43. Ковалевский, В.А. Особенности развития больного ребенка в семье [Текст] / В.А. Ковалевский – Красноярск: СибГТУ. – 2013. – 47с.
44. Козырева, Е.А. Дети – инвалиды [Текст] /Н. Козырева//Вечерняя Москва, 27 июня, 2007. -257с.
45. Колесин, А.Н. Концептуальные вопросы творческой реабилитации детей и подростков с особыми потребностями. Реабилитация с проблемами в

- развитии: Сборник научных трудов. [Текст] /А.Н. Колесин – СПб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000, – С.72-75
46. Коноваленко, Н.Л, Фронтальные логопедические занятия [Текст] /В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко – СПб.: Детство- Пресс, 2012,-201с.
47. Коробейников, И.А. О концептуальных и практических аспектах диагностики и коррекции умственной отсталости [Текст] /И. Коробейников //Социальная и клиническая психиатрия. 1993. – № 1. – С. 56-59
48. Лапшин, В.А. Основы дефектологии [Текст]: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов /В.А.Лапшин, Б.П.Пузанов. – М., Просвещение, 1995. – 395с.
49. Лебединский, В.В. Нарушение психического развития у детей [Текст]: учеб. пособие /В.В.Лебединский. – М., 1995. – 342с.
50. Литовкин, Е.В. Социально-культурная деятельность в контексте современного исторического знания [Текст] /Е.В. Литовкин // Вестн. МГУКИ. – 2003. – № 1. – С.86-94.
51. Лукин, В.П. Специальный доклад «О соблюдении прав детей-инвалидов в Российской Федерации».
52. Малер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями. Книга для родителей [Текст] /А.Р.Малер – М.: АПК и ПРО, 2002. – 64с.
53. Малер, А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии: Методическое пособие. Изд.2-е испр. и доп. [Текст] /А.Р.Малер – М.: АРКТИ, 2002.-176с.
54. Маллер А. Р., Цикото Г. В. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. [Текст] / А. Р. Маллер, Г. В. Цикото – М.: Педагогика, 1998. – 324с.
55. Маркова, А.К. Наука и современность. Сборник материалов IV Международной научно- практической конференции.- 2010.
56. Маричева, Г.С. Умственная отсталость при наследственных болезнях [Текст] /Г.С.Маричева, В.И.Гаврилов – М., 2001. – 136с.
57. Мальникова, Л.И. Детский музыкальный фольклор [Текст] /Л.И.Мальникова, А.Н.Зими́на – М., 2000. – 96с.

58. Мастюкова, Е.М. Они ждут нашей помощи [Текст] /Е.М.Мастюкова, А.Г. Московкина – М.: Педагогика, 1997. -73с.
59. Мерлин, В.С. Психология индивидуальности [Текст] /В.С. Мерлин – М., Институт практической психологии, 2009.- 544с.
60. Назарова, Н.М. Специальная педагогика [Текст] /Н.М. Назарова – М., СФЕРА, 2004.
61. Никифорова, Е.С. Фольклор как средство расширения социокультурного опыта воспитанников с интеллектуальной недостаточностью [Текст] /Е.Никифорова //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2006.- №3. – С. 19 – 26.
62. Никуленко, Т.Г. Коррекционная педагогика [Текст] Т.Г. Никуленко, А.П. Бандурин – М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д.: Издательский центр «МарТ», 2008. – 192с.
63. Обучение детей с выраженным недоразвитием интеллекта [Текст]: монография /под ред. И.М.Бгажноковой – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. – 181с.
64. Обучение инвалидов основам работы с персональным компьютером. Учебное пособие и лабораторный практикум для слушателей системы дополнительного профессионального образования [Текст] / Красноярск: СибГТУ, 2014.- 48с.
65. Ожегов, С.И. Словарь русского языка/ Под. ред. чл.- корр. АН СССР Н.Ю. Шведовой, Изд. 20-е испр. и доп. [Текст] /С.И. Ожегов- М., 1989.-750с.
66. Осознать и не сломаться. Книга для родителей особенных детей : учеб.-метод. пособие / сост. : А. Г. Бутенко, А. В. Чистохина ; Сиб. федер. ун-т. – Красноярск, 2012. – 32 с. ISBN 978-5-7638-2703-3
67. О социокультурной политике в отношении инвалидов в РФ. [Электронный ресурс]: [справка к заседанию коллегии Минкультуры РФ].
68. Основы управления специальным образованием: Учебн. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений [Текст]: монография /Н.Н.Малофеев [и др.];

- под ред. Д.С.Шилова – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – С. 52 – 58.
69. Попейол, С.К. Проблема научного анализа технологии культурно-досуговой деятельности
70. Синцова, Л.К. Социализация и адаптация [Текст] /Л.Синцова // Социальная адаптация и вопросы нравственного воспитания личности. – Барнаул: БПИ, 1994. – С.24-28.
71. Социальнокультурная деятельность: достижение, поиски, проблемы: Сб. ст. [Текст] / Науч. ред. Т.Г. Киселева, Ю.А. Стрельцов. – М.: МГУК, 1996.- 145с.
72. Стрельцов, Ю. А. Социальная педагогика [Текст] /Ю.А. Стрельцов. – М.: МГУКИ, 1998. – 144с.
73. Татаренко, С.Ю. Социально-культурная деятельность как средство развития личности ребенка-инвалида [Текст]: дис.... канд. пед. наук: 13.00.05 /Татаренко Сергей Юрьевич. – СПб., 2004.
74. Титов, Б.А. Социализация детей, подростков и юношества в сфере досуга [Текст] /Б.А.Титов. – СПб.,1997. – 168с.
75. Туев, В. В. Социокультурная деятельность: понятие и дефиниция [Текст] /В. В. Туев // Социокультурная деятельность: теория, технология, практика. – Челябинск, 2005. – Ч. I. – С. 11-29.
76. Хиландер Э. Концепция и принципы SBR / NU NEWS on Health Care in Developing Countries 2/95, vol. 9.
77. Харальд Овстад. Ценность человека в нашем обществе [Электронный ресурс] / Харальд Овстад, - «Homekid». – 48с.
78. Шипицына, Л.М. Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] /Л.Шипицына //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004.- №2. – С. 7 – 9.

79. Шипицына, Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта [Текст] /Л.М.Шипицына – СПб.: Изд-во «Дидактика плюс», 2002. – 496с.

Инструментарий для диагностики ребенка

Оценка развития ребенка

Первично

Обследующий

1	Самостоятельно сидит? (поднимается из лежачего положения в возрасте старше 6 месяцев)	<ul style="list-style-type: none"> - может самостоятельно - может почти без посторонней помощи - может с некоторой помощью или время от времени - может с помощью других лиц - не может 	0 1 2 3 4
2	Понимает простые указания? (старше 1 года)	<ul style="list-style-type: none"> - легко - с небольшими трудностями - с некоторыми трудностями - с большими трудностями - не понимает 	0 1 2 3 4
3	Выражает собственные нужды? (старше 1 года)	<ul style="list-style-type: none"> - легко - с небольшими трудностями - с некоторыми трудностями - с большими трудностями - не понимает 	0 1 2 3 4
4	Может стоять (в том числе подниматься из сидячего положения, старше 1 года)	<ul style="list-style-type: none"> - может самостоятельно - может почти без посторонней помощи - может с некоторой помощью или время от времени - может с помощью других лиц - не может 	0 1 2 3 4
5	Может преодолеть по крайней мере 10 ступенек (с помощью или спец средств, 1 или 1,5 года)	<ul style="list-style-type: none"> - самостоятельно и без специальных приспособлений - может почти без помощи - может с некоторой помощью или иногда - может с посторонней помощью - не может 	0 1 2 3 4
6	Может передвигаться по дому, включая	<ul style="list-style-type: none"> - самостоятельно и без специальных 	0

	ходьбу, ползание, используя кресло-каталку (старше 1-1,5 года). С помощью другого человека или спец приспособлений	приспособлений - может почти без помощи - может с некоторой помощью или иногда - может с посторонней помощью - не может	1 2 3 4
7	Использует в обращении движения и знаки, которые понимают другие люди? (для детей с ограничениями слуха, старше 2 лет)	- использует - практически не испытывает трудностей - испытывает некоторые трудности - с большим трудом - не использует	0 1 2 3 4
8	Самостоятельно принимает пищу? (включая прием еды и питья в возрасте старше 2 лет)	- может самостоятельно - может почти без посторонней помощи - может с некоторой помощью или время от времени - может с помощью других лиц - не может	0 1 2 3 4
9	Следит за личной гигиеной? (включая умывание, принятие ванны и чистку зубов в возрасте старше 2 лет)	- может самостоятельно - может почти без посторонней помощи - может с некоторой помощью или время от времени - может с помощью других лиц - не может	0 1 2 3 4
10	Одевается и раздевается (старше 2 лет)	- может самостоятельно - может почти без посторонней помощи - может с некоторой помощью или время от времени - может с помощью других лиц - не может	0 1 2 3 4
11	Пользуется горшком (ходит в туалет, старше 2 лет)	- может самостоятельно - может почти без посторонней помощи - может с некоторой помощью или время от времени - может с помощью других лиц - не может	0 1 2 3 4
12	Может разговаривать? (старше 2 лет)	- свободно - почти свободно - испытывает некоторые трудности - с большим трудом - не понимает	0 1 2 3 4

13	Понимает движения и знаки. Используемые для общения? (для детей с ограничениями слуха, старше 2 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - легко - с небольшими трудностями - с некоторыми трудностями - с большими трудностями - не понимает 	0 1 2 3 4
13	Может читать по губам? (для детей с ограничениями слуха, старше 2 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - легко - с небольшими трудностями - с некоторыми трудностями - с большими трудностями - не понимает 	0 1 2 3 4
14	Контролирует удержание кала и мочи? (старше 4 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - контролирует то и другое - практически справляется с удержанием мочи, удерживает кал - часто не справляется с контролем удержания мочи - не может контролировать удержание мочи - не может контролировать удержание кала 	0 1 2 3 4
15	Может передвигаться по населенному пункту? (старше 4 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - самостоятельно и без специальных приспособлений - может почти без помощи - может с некоторой помощью или иногда - может с посторонней помощью - не может 	0 1 2 3 4
16	Участвует в жизни семьи (старше 6 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - да, наравне с другими членами семьи - довольно часто - иногда - участвует крайне редко - не участвует 	0 1 2 3 4
17	Участвует в событиях, происходящих в данном населенном пункте? (для детей старше 6 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - да, наравне с другими членами семьи - довольно часто - иногда - участвует крайне редко - не участвует 	0 1 2 3 4
18	Выполняет работу по дому? (для детей старше 6 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - да, выполняет всю работу - выполняет большинство, но не все - выполняет целый ряд обязанностей - выполняет некоторую работу - не выполняет 	0 1 2 3 4
19	Страдает от боли в спине или суставах?	<ul style="list-style-type: none"> - очень редко испытывает боль, или не испытывает 	0

		<ul style="list-style-type: none"> - иногда испытывает боль, но в состоянии работать - боль мешает работать, но не спать - нарушен сон - не в состоянии ходить из-за боли 	1 2 3 4
20	Играет так же, как его сверстники? (только для детей младше 10 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - играет так же, как сверстники - играет несколько хуже сверстников - играет хуже своих сверстников - играет гораздо хуже своих сверстников - не может играть 	0 1 2 3 4
21	Ведет себя странно или необычно?	<ul style="list-style-type: none"> - никогда - да, но редко (раз в месяц или реже) - да, иногда (раз в неделю) - да, часто (каждый день) - да, регулярно (несколько раз в день) 	0 1 2 3 4
23	Посещает школу? (для детей школьного возраста)	<ul style="list-style-type: none"> - да, посещает общеобразовательную школу - да, посещает специальный класс в общеобразовательной школе - да, посещает специальную школу - занимается на дому - не посещает 	0 1 2 3 4
24	Имеет достаточные навыки для получения дохода? (для детей старше 15 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - да, для выполнения высококвалифицированной работы - да, для выполнения работы средней сложности - да, имеет навыки для выполнения простой работы - не имеет 	0 1 2 3
25	Имеет работу или возможность получения дохода? (для детей старше 15 лет)	<ul style="list-style-type: none"> - полная занятость, доход соответствует потребностям - полная занятость, но недостаточный доход - неполная или сезонная занятость - нерегулярно работает или получает доход - не работает и не получает иного дохода 	0 1 2 3 4
26	Защита от насилия или оскорблений	<ul style="list-style-type: none"> - не нуждается в защите или полностью защищен - в большинстве случаев защищен - защищен некоторое время - нуждается в защите 	0 1 2 3

Скрининг слуха: первично, повторно

дата _____

Обследующий _____

Реакции: + - замедленная	Звуковой сигнал 1 (манка)	Звуковой сигнал 2 (греча)	Звуковой сигнал 3 (горох)	Высокочастотны й сигнал
Правое				
Левое				

Описание

[illegible]

Скрининг зрения: первично, повторно

дата _____

Обследуемый _____

Базовые зрительные функции

Наследственность: _____

Результаты _____ осмотра _____ офтальмолога: _____

—

1. Бинокулярная фиксация (с 3-4-х месяцев)

а) Фиксация свечки (на расстоянии 30-40 см):

устойчивая	неустойчивая	
	правый	левый

б) Отражение пламени

Расстояние	Отражение симметрично	Отражение смещено			
		Назально (внутри)		Темпорально (наружу)	
20 см		правый	левый	правый	левый
50 см		правый	левый	правый	левый

2. Прослеживание за предметами (за свечкой, за игрушкой), проверяется с рождения:

Прослеживание (свечка, игрушка)	Горизонтальное		Вертикальное		Круговое		Конвергенция	
	+	-	+	-	+	-	+	-

3. Поля зрения (с 3-х месяцев, более достоверно с 6-ти):

Поля зрения	Правый (градусы)	Левый (градусы)
Игрушка		
Движущиеся пальцы		

4. Поочередное закрывание глаз (с 6-ти месяцев):

Поочередное закрывание глаз	одинаковая		слабее	
			правый	левый
			правый	левый

5. Способность воспринимать мелкие крупинки (с 6-ти месяцев):

Крупинки	Видит		Пытается взять		Берет рукой		Пинцетный захват	
2 мм	+	-	+	-	+	-	+	-
1,5 мм	+	-	+	-	+	-	+	-
1 мм	+	-	+	-	+	-	+	-
0,5 мм	+	-	+	-	+	-	+	-

Диагностический инструментарий для родителей

Социограмма «Моя семья». В.В. Ткачева

Цель: исследование семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии.

Методика «Моя семья» проста и удобна в пользовании. Родителя просят обозначить членов своей семьи в каждом круге поочередно. Размер диаметра кругов 110 мм. Никаких других пояснений к выполнению задания не дают. Такая инструкция обязывает испытуемого кроме выбора значимых для себя лиц, которых он относит к членам семьи, указать еще и связи между ними.

Критериями оценки служат:

- определение членов семьи, т.е. тех лиц, которых родитель относит к данной категории, и очередность их изображения (например, себя рисует первым или последним);
- пространственное расположение кружков – характер взаимоотношений между членами семьи;
- размер кружков – значимость данного члена семьи для испытуемого.

Как правило, испытуемые располагают кружки, указывая членов семьи, в трех вариантах:

1. в линейном порядке, что свидетельствует о формальном подходе к испытанию или отсутствии теплых отношений;
2. в виде матрешки или круга в круге, что на практике сопровождается тенденцией к симбиотическим связям между членами семьи;
3. в свободном расположении кружков в различной удаленности друг от друга, что свидетельствует об определенной степени близости между членами семьи.

Матери часто как бы прилепляют к своему кружку маленький кружок, изображающий больного ребенка, а кружок бывшего супруга и отца ребенка может оказаться за большим кругом, т. е. за пределами семьи, или вообще

исчезнуть. Встречаются также варианты, когда в кружок помещается лицо члена семьи, таким образом формальная схема очеловечивается.

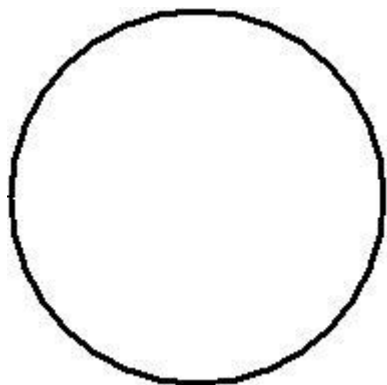
Размер кружков указывает на иерархию отношений и степень значимости членов семьи: взрослый – ребенок; старейший член семьи – другие лица.

Изображение членов семьи на трех этапах ее жизни позволяет определить структуру семьи и тех лиц, которые не выдержали трудностей, связанных с уходом за больным ребенком. Важным преимуществом этой методики также является то короткое время, в течение которого можно получить результат и составить представление об изучаемой семье.

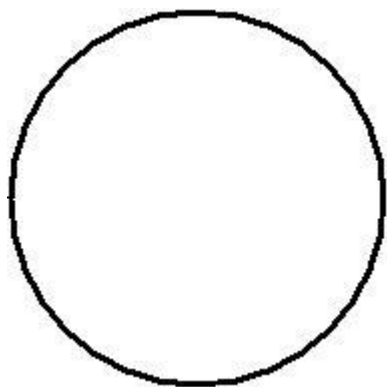
Бланки социогаммы «Моя семья».

Инструкция: Перед вами три круга. Каждый из них изображает вашу семью на определенном этапе ее жизни. Нарисуйте в каждом из кругов себя самого и членов своей семьи в форме кружков и надпишите их. В верхней части листа поставьте вашу фамилию и число.

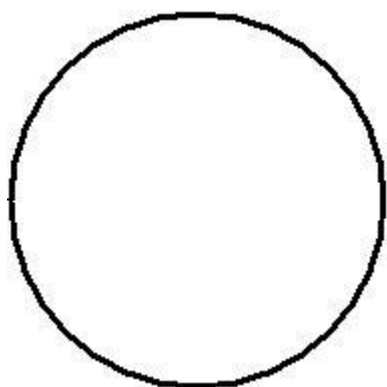
Бланк 1. Первый круг: Моя семья до рождения проблемного ребенка



Бланк 2. Второй круг: Моя семья после рождения проблемного ребенка



Бланк 3. Третий круг: Моя семья в настоящее время



Результаты диагностики

Диагностика	Давид	Тимур
Первичная диагностика		
Оценка развития	34б.	46б.
Скрининг слуха.	Слышит хорошо, положительная реакция на оба уха.	Слышит хорошо, положительная реакция на оба уха.
Скрининг зрения.	Видит хорошо(100%), но плохо прослеживает глазами	Косоглазие(левый глаз), плохо прослеживает глазами, не видит мелкие крупинки(до гороха).
Диагностика родителя (социограмма).	Мама Давида явно видит в ребенке разрыв своей «идеальной семьи». В ее социограмме ребенок скорее обуза, разлучившая ее с мужем и старшими сыновьями.	Мама Тимура явно не считает, что их жизнь стала хуже с рождением «особенного» ребенка. Но старшая дочь и отец несколько выпадают из круга и это явно демонстрирует отчуждение внутри семьи.
Вторичная диагностика		
Оценка развития	30б.	41б.
Скрининг слуха	Слышит хорошо, положительная реакция на оба уха.	Слышит хорошо, положительная реакция на оба уха.
Скрининг зрения	Видит хорошо(100%)	Косоглазие(левый глаз), плохо прослеживает глазами, не видит мелкие крупинки(до гороха).
Диагностика родителя (социограмма)	Ребенок изображается мамой уже не как обуза, а как друг и полноправный член семьи.	Отчуждение в семье немного спало, отец стал ближе к ребенку.