

Министерство образования и науки Российской Федерации  
государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Красноярский государственный педагогический университет  
им. В.П. Астафьева»  
Институт (Факультет) Социально - гуманитарных технологий  
Кафедра социальной педагогики и социальной работы

**Никулина Галина Анатольевна**

## **МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

Тема «Формирование готовности к самостоятельной (независимой) жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, проживающих в условиях интернатного учреждения»

Направление 44.04.02 Психолого-педагогическое образование.  
Магистерская программа «Психолого-педагогические технологии в социальной сфере».

Допущена к защите  
Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

\_\_\_\_\_  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)

Научный руководитель

\_\_\_\_\_  
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)

Студент

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

---

Оглавление.....	2
Введение .....	3
Глава 1. Подготовка к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, проживающих в домах-интернатах, как актуальная социально-педагогическая проблема.....	10
1.1 Переход к сопровождающим технологиям как базовая тенденция социальной работы с молодыми людьми с ментальной инвалидностью .....	10
1.2 Анализ имеющихся отечественных и зарубежных социальных практик сопровождаемой социализации молодых людей с ментальной инвалидностью.....	23
Выводы по первой главе .....	33
ГЛАВА 2. Организация экспериментальной работы по развитию готовности молодых людей с ментальной инвалидностью к самостоятельной жизни в краевом государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Красноярский дом-интернат для инвалидов».....	35
2.1 Изучение особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью.....	35
2.2 Включение молодых людей с ментальной инвалидностью в социально-ориентированную ответственную деятельность. Реализация условий развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости. ....	48
Выводы по второй главе .....	62
Заключение .....	65
Библиографический список:.....	70
Приложения .....	76

## **Введение**

### **Актуальность исследования.**

Развитие готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в домах-интернатах играет важную роль для полноценного включения их в социум.

Самостоятельное проживание человека с недостаточным интеллектуальным развитием, проведшего несколько лет в интернате и не имеющего навыков самостоятельного проживания, невозможно без специальной подготовки и поддержки.

Недостаточность реабилитационных программ в детских домах-интернатах и практически полное отсутствие реабилитационных центров постинтернатного сопровождения приводит к невозможности реализации права молодых людей на самостоятельную жизнь, обучение и трудоустройство. При этом «умственная отсталость», установленная в детских домах-интернатах, порой связана не столько с реальным снижением интеллектуальных возможностей, сколько с так называемой педагогической запущенностью, отсутствием должного обучения и воспитания в дошкольном и школьном возрасте. [10]

Швейцарский ученый Гуннар Чилен в своих работах весьма подробно описывает влияние проживания в закрытых учреждениях на психическое состояние людей с интеллектуальными нарушениями, он утверждает, что такие характеристики, как восприятие, движение, эмоции, потребности, отношения, умственные способности и знания тем или иным образом (первично или вторично) сильно отличаются у людей, проживающих в закрытых учреждениях. Нарушение эмоциональной сферы на самом деле является порождением той среды, в которой люди с интеллектуальными нарушениями вынуждены проживать [10]

Длительное наблюдение за молодыми людьми с ментальной инвалидностью проживающих в психоневрологических интернатах, позволило выделить группу, которая не нуждается в пристальном и тщательном санитарном уходе, а напротив, после определенной работы специалистов может самостоятельно и взвешенно принимать решения и, что немало важно, в принципе обходится без посторонней помощи в процессе своей жизнедеятельности.

В середине 2013 г. в Красноярском крае началась планомерная тщательная работа по выявлению людей, которые могут жить вне стен психоневрологических интернатов, их подготовка и поэтапное восстановление в дееспособности, а значит, перевод из одного типа учреждения в другой с целью дальнейшего его вывода из системы стационарного социального обслуживания в целом, то есть в самостоятельную жизнь.

В настоящее время специалисты, занимающиеся подготовкой молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в домах-интернатах, как недееспособных, так и с восстановленной дееспособностью, к самостоятельной жизни, столкнулись с проблемой недостаточной теоретической подготовки данного вопроса: нет научного обоснования и практических разработок. Таким образом, получается, что запрос от общества и государства поступил, новая категория сформировалась, а специалисты домов-интернатов оказались не готовы принять данный вызов современности.

На этапе пребывания человека в доме-интернате общего типа необходимо как можно подробнее составить его социальный анамнез, максимально нормализовать его жизнедеятельность и продолжить его подготовку к самостоятельной жизни. И тут специалисты сталкиваются с основной особенностью людей с восстановленной дееспособностью – нежелание (связанное с различными факторами от страха до иждивенческой позиции) покидать стены интерната. Многие молодые люди, которые были

признаны судом дееспособными, получили возможность реализовать свое право на труд, то есть, трудоустроиться. Но как показывает практика нашего учреждения, не все молодые люди оказываются готовы к самостоятельной жизни. В период с 2015 по июнь 2017 года в разное время всего было трудоустроено 16 человек, из них на сегодняшний день работают 12. По нашим наблюдениям молодые люди работают после трудоустройства не более 3-4 месяцев, после увольняются вовсе, или меняют место работы.

Вследствие этого актуальной становится мысль о необходимости внедрения в практику работы с этой категорией лиц концепции независимой жизни.

Однако на пути подготовки к независимой жизни возникает множество проблем:

1. У специалиста, готовящего клиента – как и чем замотивировать человека, чтобы он захотел пойти учиться, начать работать, а самое главное, выписаться из дома-интерната и начать жить самостоятельно. Как научить всем тем бытовым вещам, которые необходимы в повседневной жизни обычному человеку.
2. У самого клиента – принять себя как полноправного члена общества, избавиться от страха неизвестности («что там, впереди, за этими стенами?»).
3. У учреждения – как наиболее эффективно организовать работу в данном направлении, какие новые методы организации использовать.
4. У государства – как законодательно сделать так, чтобы молодые люди с восстановленной дееспособностью, не боясь за свое будущее покидали стены дома-интерната и начинали самостоятельную жизнь, как обеспечить социальную стабильность данной категории лиц. [10]

Таким образом, возникает определенное противоречие, требующее решения: появилась новая категория лиц с ментальной инвалидностью, способных к восстановлению дееспособности и самостоятельной жизни, а апробированных методов работы с ней нет; клиентов необходимо выводить из системы стационарного обслуживания, а специалисты, общество и

государство недостаточно подготовлены к этому. А значит, современная наука получает вызов от практики – поиск и разработка путей решения данной проблемы, что наиболее рационально сделать через концепцию независимой жизни.

Именно поэтому, нами, под руководством профессора КГПУ им. В.П. Астафьева, Фуряевой Т.В., в рамках магистерской программы проведено специальное исследование по изучению особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в КГБУ СО «Красноярский дом-интернат для инвалидов». В своем исследовании мы опирались на результаты психолого-педагогических и социологических исследований Болотненко Л.Н., Гребенниковой В.М., Гурович И.Я., Карповой Т.П.. Этим и определяется актуальность проведения исследования.

В связи с этим, **проблема** нами представляется в таком виде: поиск наиболее эффективных психолого-педагогических условий развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, проживающих в доме-интернате.

**Цель исследования:** определение и создание условий развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, проживающих в условиях дома-интерната.

В соответствии с целью определены следующие **задачи диссертационного исследования:**

1) Провести анализ результатов отечественных и зарубежных социологических и психолого-педагогических исследований по проблеме независимой жизни молодых людей с ментальной инвалидностью.

2) Провести диагностическое исследование особенностей сформированности социальных умений у молодых людей с ментальной инвалидностью (с легкой и умеренной умственной отсталостью) проживающих в КГБУ СО «Красноярский дом-интернат для инвалидов».

3) Разработать и реализовать специальную программу по развитию социальных умений у молодых людей с ментальной инвалидностью, проживающих в условиях дома-интерната.

**Объект исследования:** самостоятельная социально-бытовая жизнь молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в условиях дома-интерната.

**Предмет исследования:** развитие готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью (с легкой и умеренной степенью умственной отсталости) проживающих в доме-интернате.

**Гипотеза исследования:** развитию готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, проживающих в доме-интернате будет способствовать:

1. организация специального диагностического изучения (исследования) особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью;
2. разработка и реализация специальной программы по формированию социальных умений.

**Исследование будет проводиться в три этапа:**

Первый этап: изучение и анализ литературы по проблеме исследования, формулирование цели и задач исследования, объекта и предмета исследования, постановка гипотезы.

Составление плана исследования, подбор методик констатирующего эксперимента, проведение и анализ констатирующего эксперимента.

Второй этап: разработка и реализация программы по развитию готовности к самостоятельной жизни молодых инвалидов с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате.

Третий этап: определение уровня развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости на этапе контрольного эксперимента;

обработка и систематизация материала, обработка полученных результатов, проверка гипотезы.

При выполнении диссертационной работы был использован комплексный подход, включающий в себя взаимосвязанные **методы исследования:**

1. Теоретический анализ и обобщение данных социологической и психолого-педагогической литературы.

2. Наблюдение.

3. Эксперимент.

4. Методы математической статистики.

*Теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы.*

анализ и изучение литературных источников проводился с целью определения актуальности темы диссертационного исследования, тенденций и перспектив решения проблем развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

Анализировалась научно-методическая литература по социологии, педагогике, психологии и другим направлениям.

В них рассматривались особенности развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью.

*Психологические методы*

Для решения указанных задач применяли следующие методы:

Наблюдение и эксперимент.

Использовалось наблюдение за деятельностью молодых людей в свободное время, в процессе проведения реабилитационной деятельности и на занятиях, цель которых была фиксация особенностей сформированности социальных и бытовых умений у молодых людей с ментальной инвалидностью.

Ведущее место в исследовании было отведено эксперименту.

Организовывались следующие его виды:

- констатирующий эксперимент - выявил уровень сформированности готовности к самостоятельной жизни до специального экспериментального обучения;

- формирующий эксперимент - выявил сформированность готовности к самостоятельной жизни после специально организованной обучающей работы;

- с целью подтверждения гипотезы нами был проведён педагогический эксперимент, в котором приняло участие 20 молодых инвалидов в возрасте 18-35 лет.

по количеству испытуемых, участвовавших в исследовании: индивидуальный, групповой.

Экспериментальная работа проводилась в соответствии с общепринятыми этапами научного исследования.

*Метод математической статистики.* метод статистической обработки - метод статистической обработки - *t*-критерий Стьюдента — статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно.

**Практическая значимость исследования** ориентирована на решение проблемы совершенствования практики интернатного учреждения в развитии готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, что может существенно обогатить их социальный опыт и стать первым шагом на пути к полноценной жизни молодых инвалидов с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

**Достоверность и надежность результатов** исследования обеспечиваются апробацией в печати, внедрением разработанных материалов в практику работы дома-интерната, экспертной оценкой результатов работы учреждения.

Глава 1. Подготовка к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, проживающих в домах-интернатах, как актуальная социально-педагогическая проблема.

1.1 Переход к сопровождающим технологиям как базовая тенденция социальной работы с молодыми людьми с ментальной инвалидностью

Термин «ментальная инвалидность» не используется в российском законодательстве. В докладе, который был подготовлен и опубликован в 2015 г. членами коалиции общественных организаций по результатам анализа законодательных и практических мер, предпринятых российскими властями в течение двух лет после ратификации Конвенции о правах инвалидов, термин «ментальная инвалидность» означает наличие у человека интеллектуальных нарушений и/или нарушений психического здоровья, в силу которых он сталкивается с различными барьерами (законодательными, отношенческими или иными), которые мешают его полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими и которые обуславливают необходимость применения мер защиты и дополнительных гарантий для преодоления таких барьеров. Это понятие используется для обозначения ситуаций, связанных с реализацией прав граждан, имеющих психические расстройства, нарушения интеллектуального развития и расстройства аутистического спектра, в том числе имеющих официально установленную инвалидность в связи с перечисленными особенностями, а также граждан, признанных недееспособными по решению суда. Термины «ментальная инвалидность», «психические расстройства» или «интеллектуальные нарушения» используются как равнозначные в этом докладе. Под «ментальной инвалидностью» мы вслед за РООИ «Перспектива» понимаем обобщающий термин по отношению к интеллектуальным и психическим нарушениям, хотя они и имеют различную природу и причины возникновения. Российское законодательство также не разделяет людей, имеющих интеллектуальные и психические расстройства. По нашему

мнению, термин «ментальная инвалидность» является менее стигматизирующим.

У молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости в той или иной степени нарушены способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Социальные проблемы людей с инвалидностью ввиду многих причин, являются одними из самых значительных и актуальных в настоящее время в области социальной защиты населения. Это связано не только с ростом числа инвалидов (что характерно для всех стран мира), но, главным образом, с продолжающимся поиском принятия эффективных решений, направленных на предотвращение отчуждения людей с инвалидностью от общества обычного большинства.

Изучения проблематики инвалидности как за рубежом, так и в отечественной социологии были продиктованы потребностями общественной политики.

В российской научной литературе первые работы, посвященные проблемам складывающихся на постсоветском пространстве взаимоотношений между "обычным" большинством и "особенным" меньшинством, появились в начале 1990-ых. Исследователи обратили внимание на ухудшение социального и экономического положения инвалидов, их нарастающую изолированность и общественную пассивность. Был сделан вывод, что успех процесса реабилитации заключен в многостороннем движении: необходимы рациональная реорганизация системы обучения и воспитания, усилия самого реабилитируемого, а также развитие толерантности в обществе для преодоления отчуждения инвалидов в социальной среде. В качестве рекомендаций к органам власти авторы предлагали пересмотреть социальную политику государства,

переориентируясь на стимулирование инвалидов к труду и занятости и создание соответствующих для этого условий.

Специальным предметом изучения стала государственная политика в отношении инвалидов и влияние системы мер государственной поддержки на их интеграцию в общество.

Интерес зарубежных социологов к проблематике инвалидности восходит к середине 60-х годов XX века, когда Американское социологическое общество организовало первую конференцию, полностью посвященную социологическим аспектам умственной отсталости. Можно сказать, что социологи как на Западе, так и в России подошли к теме инвалидности, когда медицинская модель с ее представлением об инвалиде как больном и нуждающемся в лечении являлась наиболее устойчивой и распространенной. Социологический подход в исследовании данной проблематики связан, прежде всего, с принятием личностной активности самого инвалида и ответственности общества за ограничения и барьеры на пути к интеграции. Проблемы инвалидности анализировались с точки зрения теорий среднего уровня: теории ролей, социализации, девиации, стигматизации, социального конструирования. Значимость западных теорий состоит в первую очередь в том, что проблема психофизической недостаточности идентифицировалась в качестве явления, сформированного, прежде всего, в общественном измерении - как функция упрощенной генерализации, стереотипов и предубеждений.

Развитие готовности к самостоятельной жизни в молодом возрасте предполагает формирование такого социального поведения, в котором действия "для себя" постепенно перерастают в действия "для других", с одной стороны, а с другой, как некий результат вторичной социализации - создание сети новых социальных связей, которые предоставят навыки равного общения, необходимые для дальнейшей социализации. Конкретными показателями в таком случае для нашего исследования являлись такие критерии как самостоятельный/несамостоятельный образ

жизни, получение/неполучение профессионального образования, общение со сверстниками или его отсутствие/ограничения, понимание/непонимание своих возможностей и ограничений, планирование своих жизненных устремлений/ отсутствие каких-либо жизненных планов. Постановка этих вопросов позволила определить особенности социализации, а вместе с этим и развития готовности к самостоятельной жизни молодежи с физическими ограничениями.

Хотелось бы также обратить внимание на междисциплинарный характер понятия "социализация". И это вполне отвечает современным запросам решения социальных проблем. С одной стороны, как высказал предположение Ч. Миллз, изучение социальной реальности требует зачастую иной специализации: которая "будет осуществляться в границах проблем, для решения которых потребуются интеллектуальное оснащение, традиционно относящееся к различным дисциплинам". С другой, такой фокусный подход, о котором писал и американский социолог А. Инкельс, позволяет концентрировать внимание на изучении проблемы в комплексе и разрабатывать более эффективные предложения для решения, учитывая многогранность социальной действительности.

Отклонения социализации молодых инвалидов проявляются в низком уровне занятости, отдаленности от молодежной субкультуры, феминизации, инфантильности, преобладающем характере краткосрочного планирования жизни. При этом важнейшее условие преодоления "внешних" и "внутренних" барьеров является уровень образования. Чем выше образование, тем более низкая оценка ставится собственной физической недостаточности, тем более высока мотивация к интеграции и развитию социальных контактов. В этом смысле трудно переоценить роль образования для социализации молодежи обычной и с особыми потребностями.

Умственная отсталость - выраженная недостаточность интеллекта - является состоянием, затрудняющим адекватное социальное функционирование индивидуума. Как правило, умственная отсталость

вызывается органической недостаточностью головного мозга, возникающей в силу различных причин. Органические поражения центральной нервной системы оказывают негативное влияние на развитие познавательной деятельности, приводят к нарушению саморегуляции, искажают формирование характера, личности, систем межличностных отношений и социальных связей. Таким образом, вторичные нарушения, являющиеся следствием первичного дефекта биологической природы, приводят к социальным последствиям - "социальному вывиху". "Социальный вывих", по Л.С. Выготскому, - это неспособность индивидуума выполнять в обществе социальные роли, посильные для здоровых людей. Понятно, что успешность интеграции в социум во многом определяется уровнем социального развития человека с ограниченными возможностями здоровья. Уровень социализации умственно отсталого определяется, с одной стороны, степенью его интеллектуальной недостаточности, а с другой - теми социокультурными условиями, в которых он развивается.

Многие проблемы во взаимодействии молодых людей с ментальной инвалидностью с социумом связаны с нарушениями формирования самосознания, с его неполнотой и нечеткостью. Таким людям бывает сложно посмотреть на себя глазами других. Недостаточностью самосознания в определенной мере обусловлено то, что для них характерны противоречивые ценностные ориентации, определяющие жизненные планы, рассогласование потребностей и интересов личности с реальными возможностями их удовлетворения.

В исследованиях А.Г. Асафовой, И.А. Коробейникова, Е.Л. Инденбаум, В.Ф. Шалимова и др. отмечается зависимость между структурой и качественным своеобразием интеллектуального дефекта и достигнутым уровнем социальной адаптации.

Американская ассоциация умственной отсталости оперирует термином адаптивное поведение при характеристике уровней адаптации умственно отсталого к окружающей жизни. Соответствие 3-му уровню описывается как

возможность во взрослом состоянии (после 21 года) овладевать профессией, не требующей высокой квалификации, при наблюдении и руководстве в условиях незначительных стрессовых ситуаций социально-экономического плана. Достижение 4-го уровня означает способность социально-профессиональной адаптации при соответствующем обучении и потребность в руководстве и наблюдении в условиях серьезных стрессовых ситуаций.

Отечественная практика и исследования показывают, что определенная часть выпускников вспомогательных школ успешно осваивают различные профессии, справляются с бытом, взаимодействуют с социумом, что может быть обозначено как социальная адаптация конформного типа. В то же время в них отмечается, с одной стороны, проблема направленного формирования активности, самостоятельности в освоении реалий независимой жизни со стороны умственно отсталых выпускников, а с другой стороны, говорится о необходимости создания служб их социально-психологической поддержки.

Исходя из медицинской модели инвалидности, мероприятия целевых программ всегда были направлены на личность инвалида, его реабилитацию, медицинскую помощь, социальные выплаты, уход. МКФ акцентирует внимание на имеющихся или оставшихся способностях людей с инвалидностью и на том, что они способны делать, а не на медицинской оценке нарушений функционирования; оцениваются факторы, которые препятствуют взаимодействию инвалидов с окружающей средой и тем самым мешают их участию в жизни общества.

Фактически, социальная модель инвалидности действует на основе «принципа нормализации» и направлена на компенсацию недостающих или утраченных функций, навыков и пр. путем изменения, подстраивания внешней среды под нужды человека с разного рода нарушениями для максимального включения его в жизнь общества.

Для России переход от медицинской к социальной модели инвалидности свидетельствует о серьезных изменениях в государственном подходе к проблемам инвалидов. Введено понятие абилитации, которое

подразумевает развитие способностей инвалида, в отличие от реабилитации, направленной на восстановление утраченных функций.

Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», вступивший в силу 1 сентября 2013 года, включает Статью 5. Право на образование. Государственные гарантии реализации права на образование в Российской Федерации: «В целях реализации права каждого человека на образование федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления: ...создаются необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации... в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья». Таким образом, впервые в законодательстве РФ было закреплено понятие инклюзивного образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), в том числе с инвалидностью. Детальнее организация образовательного процесса для детей с ОВЗ раскрывается в Статье 79. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. В статье указывается, что содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Раскрыто понятие специальных образовательных условий. Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в настоящем Федеральном законе понимаются условия обучения, воспитания и развития

таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания и др.

В соответствии с частью 5 статьи 42 закона, выпущен Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 20 сентября 2013 года № 1082 г. «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (ПМПК). В качестве одной из новаций следует отметить тот факт, что если ранее ПМПК обследовало только детей в возрасте до 18 лет, то, в соответствии с Положением, теперь возраст обучающегося не имеет предельного значения, если процесс образования не завершен. С учетом положений Закона, обучение для инвалидов должно происходить также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Также в соответствии со ст. 79 п. 5 создаются отдельные организации, осуществляющие образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, в том числе и для лиц с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». Эти организации аналогичны учреждениям коррекционного образования в прошлом.

Вступивший в силу с 1 января 2015 года ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» № 442-ФЗ предусматривает расширение рынка социальных услуг, которые будут оказывать не только государство, но и негосударственные и некоммерческие организации, а также индивидуальные предприниматели. Новацией является и создание единого реестра поставщиков и получателей социальных услуг.

В Законе раскрыто понятие «социальное сопровождение», что также является новым для Российской Федерации. «Статья 22. Содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение)». Социальное сопровождение осуществляется путем привлечения организаций предоставляющих такую помощь, на основе

межведомственного взаимодействия в соответствии со ст. 28 настоящего Федерального закона. Мероприятия по социальному сопровождению отражаются в индивидуальной программе.

Кроме реализации эффективных технологий социального обслуживания и сопровождения необходимо предпринимать меры к разработке и реализации альтернативных моделей жизнеустройства инвалидов старше 18 лет – сопровождаемого проживания, сопровождаемого трудоустройства, дневной занятости.

В России указанные технологии и формы развиваются преимущественно силами социально ориентированных некоммерческих организаций и родительских ассоциаций, мотивированных на создание достойных условий проживания и дневной занятости, обеспечение максимальной жизненной самостоятельности и социальной интеграции в социум собственных детей по достижении ими 18 лет, и реализуются более чем в 20 регионах РФ, в том числе и в Красноярском крае.

Молодые инвалиды с ментальными нарушениями – с необходимой помощью и сопровождением могут жить в обычных условиях проживания вне стационарных учреждений социального обслуживания.

Во всех странах мира интернаты или закрытые учреждения для людей с интеллектуальными и психофизическими нарушениями в течение многих десятков лет являлись единственным местом содержания людей с ментальной инвалидностью. К настоящему времени практически все развитые страны, включая страны СНГ и бывшего социалистического лагеря, находятся в стадии ликвидации и реорганизации интернатов. Этому способствовало принятие международным сообществом Конвенции ООН о правах инвалидов, ратифицированной Россией в 2012 году.

В основу проведения деинституализации интернатной системы за рубежом были положены принцип нормализации и стационарозамещающие технологии, включающие комплексные услуги сопровождаемого проживания, сопровождаемой социальной дневной занятости и

сопровождаемого трудоустройства: – стационарозамещающие формы и технологии – формы и методы предоставления социальных услуг гражданам, нуждающимся в стационарной форме обслуживания, вне стационарных учреждений в объеме необходимом и достаточном для нормализации их жизни; – сопровождаемое проживание – стационарозамещающий комплекс услуг, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность проживания в местах обычного проживания лиц с инвалидностью, в том числе с ментальной, нуждающихся в сопровождении, старше 18 лет вне стационарных учреждений социального обслуживания.

Сопровождаемое проживание – комплексная услуга охватывающая различные аспекты человеческой жизни дома: быт, проведение свободного времени, общение и взаимодействие с другими людьми. Необходимо также обеспечение дневной занятости лиц с ментальной инвалидностью в форме сопровождаемого трудоустройства или сопровождаемой социальной занятости, организации досуга, занятий спортом, включения в местное сообщество и пр.

– сопровождаемая социальная дневная занятость – стационарозамещающий комплекс услуг, направленных на удовлетворение потребности лиц с ментальной инвалидностью старше 18 лет в общении, в самореализации через их вовлечение в активную (в том числе трудовую) совместную с другими людьми деятельность в течение рабочего дня;

– сопровождаемое трудоустройство – стационарозамещающий комплекс услуг, направленных на обеспечение трудоустройства лиц с ментальной инвалидностью старше 18 лет, включая сопровождаемую профессиональную подготовку, поиск работодателя, содействие работодателю в создании специального рабочего места для инвалида и периодическое сопровождение лица с инвалидностью на рабочем месте с целью его социально-трудовой абилитации и интеграции.

Анализ существующей российской практики, зарубежный опыт показывают, что организация стационарозамещающих форм

жизнеустройства как комплекса услуг сопровождаемого проживания в различных формах с обеспечением сопровождаемой социальной дневной занятости и сопровождаемого трудоустройства одинаково применима для целевых групп:

- выпускников детских домов-интернатов системы социальной защиты интернатов;

- молодых людей с инвалидностью, уже попавших в психоневрологические интернаты;

- инвалидов, достигших 18-летнего возраста, воспитывающихся в семьях.

Анализ практики показывает, что сопровождаемое проживание может быть организовано в квартире, доме, общежитии, деревне, поселении, городке (квартале).

Формы организации сопровождаемого проживания:

- индивидуальное или групповое (общежитие);

- интегративное (вместе живут люди с различными нарушениями) или разделенное (по степени тяжести и потребности в помощи);

- в привычных условиях – на дому (особенно при немощи или после смерти родителей).

Услуги по сопровождаемому проживанию могут предоставляться государственными и негосударственными организациями, в том числе социально ориентированными НКО, частными лицами, при этом сопровождение должно быть в объеме необходимом для нормализации жизни человека с инвалидностью.

Из анализа данных субъектов федераций и социально ориентированных НКО следует необходимость решения ряда проблем, затрудняющих внедрение стационарозамещающих технологий, в частности, таких как:

- отсутствие нормативно-правовых условий для организации сопровождаемого проживания взрослых людей с тяжелыми нарушениями развития вне интернатов;

- ограниченный диапазон и объем услуг, в соответствии с рекомендованным перечнем услуг в соответствии с 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания в РФ»;

- отсутствие рынка социальных услуг, социального жилья;

- межведомственная разобщенностью и пр.

Для широкого внедрения стационарозамещающих технологий необходимы:

- разработка положения о разных формах сопровождаемого проживания людей с инвалидностью, включая финансово-экономическое обоснование сопровождения в разных формах проживания;

- законодательная возможность финансирования и исполнения услуг с использованием разных форм – со стороны государства, НКО, родителей, спонсоров и т. п.;

- законодательная возможность использования жилого фонда любой формы собственности на договорной основе, предоставление выпускникам интернатов полагающегося по закону жилья;

- введение в законодательство понятия «сопровожаемое проживание», «сопровожаемая (социальная) дневная занятость»;

- разработка критериев оценки потребности человека в том или ином объеме сопровождения (постоянном, регулярном, периодическом);

- разработка стандартов оказания услуг по сопровождению, механизмов их исполнения на основе межведомственного взаимодействия, методик и регламентов по сопровождаемому проживанию;

- обучение социальных работников новым формам работы, подготовка специалистов, предоставляющих услуги по сопровождению проживания, занятости (функции, подготовка, организация работы, ответственность, условия работы);

– развитие конкурентного рынка, привлечение в социальную сферу негосударственных, родительских, благотворительных организаций;

– определение содержания услуги, стандарта услуги, организация оценки качества услуг и контроля их эффективности и пр.

Возможно строительство поселений, социальных деревень на основе государственного финансирования, выделение на льготной основе земельных участков для строительства в случае привлечения профильных НКО.

Одним из основных вопросов при обсуждении внедрения стационароразмещающих технологий как альтернативы интернатному содержанию лиц с инвалидностью является финансово-экономическая составляющая, включающая оценку стоимостных показателей и оптимальное формирование структуры затрат при переходе на внестационарные формы жизнеустройства.

1.2 Анализ имеющихся отечественных и зарубежных социальных практик сопровождаемой социализации молодых людей с ментальной инвалидностью.

Сопровождаемое проживание – одна из основных и наиболее эффективных альтернатив интернатным учреждениям, где еще более, чем в родительской семье, снижаются возможности инвалида по социализации и интеграции в общество.

Сегодня во многих странах мира проблема социальной интеграции людей с особыми потребностями активно решается путем развития системы социального обслуживания, внедрения новых подходов к организации их проживания и трудоустройства, обеспечения широких возможностей для проведения досуга и общения. В частности, в Великобритании различные формы поддерживаемого проживания начали развиваться в связи с сокращением практики длительного пребывания пациентов в психиатрических больницах, которое в корне изменило политику общественного здравоохранения в направлении перераспределения средств и ресурсов в более эффективные службы, относящиеся к внебольничным структурам. Этот путь начался еще в 60-е годы и включал в себя последовательные шаги, в первую очередь на государственном уровне. Более того, Национальная служба здравоохранения и Закон о медицинской помощи по месту жительства 1990 года дали негосударственным организациям право управлять учреждениями с постоянным проживанием больных. Инициатива «Партнерские отношения в действии» (Department of Health and Social Security, 1998) содействовала формированию комплексных служб медицинской и социальной помощи и созданию междисциплинарного управления всеми поддерживающими службами. Программа «Поддержка» (Department of the Environment, Transport and the Regions, 2001) была направлена на предоставление недееспособным людям (в том числе с психическими заболеваниями) жилья, надежно финансируемого и четко

организованного благодаря скоординированной межведомственной работе. Закрепление ответственности на местном уровне дает возможность более точно оценивать и планировать потребность в жилье. В настоящее время в стране доступны различные виды помощи людям, чей психический статус и/или особенности соматического здоровья ограничивают их возможность самостоятельного проживания. Формы поддерживаемого проживания и основные поставщики услуг (градуация по уровню зависимости клиентов) (Lelliott, P., Audini, B., Knapp, M., et al. The mental health residential care study: classification of facilities and descriptions of residents // *British Journal of Psychiatry*. 1996. Vol. 169. P. 139–147):

- отделения для длительного пребывания пациентов: обычно в крупных больницах Национальной службы здравоохранения;
- общежития с высоким и средним уровнем укомплектования штата сотрудников (отделения с круглосуточным обслуживанием больных): обеспечиваются по-разному – непосредственно через Национальную систему здравоохранения, с помощью частного и общественного секторов, департаментов социальных служб местных органов власти;
- общежития с низким уровнем укомплектования штата сотрудников: преимущественно частный и общественный секторы (некоторые создаются департаментами социальных служб местных органов власти);
- дома с обслуживающим персоналом: частный и общественный секторы, некоторые департаменты социальных служб местных органов власти;
- групповые дома: общественный сектор и некоторые департаменты социальных служб местных органов власти;
- жилье для двух человек или группы людей с высоким уровнем зависимости: в основном благотворительные организации и жилищные ассоциации.

При выборе той или иной формы проживания для конкретного пациента в последние годы используется новый диагностический инструмент – опросник St Louis (оценка навыков жизни в сообществе), определяющий

степень приспособленности человека к окружающей бытовой обстановке. В настоящее время в Великобритании, в условиях развитой, но рассредоточенной и по своей природе межведомственной системы внебольничной помощи, вопрос ее качества становится наиболее важным и острым. Выявлено, что в условиях общежитий, которые внешне выглядят вполне современными, помощь зачастую является чрезмерно институционализированной и это в значительной степени зависит от личностных характеристик и ориентации руководителей проекта.

В Германии был реализован другой путь становления практики независимого проживания инвалидов. Здесь в свое время самой активной и действенной силой, лоббирующей и развивающей данное направление, стало «Движение за независимое проживание», которое зародилось в 1960-е годы в среде молодых инвалидов, недовольных тем, что отстаиванием их интересов занимались не они сами, а родители, объединившиеся в ассоциации по признаку диагноза. В основу отношения к клиентам и самой концепции их реабилитации был положен следующий принцип: «Инвалиды лучше других разбираются в своих нуждах, поэтому они должны сами принимать решения, а общество должно не столько руководить ими, сколько помогать им реализовать эти решения». При этом в Германии для обозначения таких людей широко используется термин «самоопределившиеся», подчеркивающий определенный уровень самосознания и принятия себя, а также возможность удовлетворения своих основных экономических потребностей. С начала 80-х годов прошлого века выделились два направления «Движение за независимое проживание»: создание инфраструктуры для инвалидов и формирование сети помогающих организаций, с одной стороны, и защита политических и гражданских прав инвалидов – с другой. В 1982 году активисты движения познакомились с концепцией независимого проживания, принятой в США и Великобритании. В 1986 году состоялась их ознакомительная поездка в США. Именно эти контакты со всей очевидностью показали идеологическое отличие подходов

к оказанию помощи людям с инвалидностью в Германии и США. В Германии превалировала «медицинская» модель, в США – «социальная». В некоторых городах Германии после этого стали создаваться первые центры независимого проживания. С самого начала целями нового «Движения за права людей с инвалидностью» стали борьба с сегрегацией, за самоопределение инвалидов и реализацию принципа, гласящего, что именно сам человек с инвалидностью принимает решения относительно всего, что касается его жизни.

В 1990 году после визита в Швецию и изучения ее опыта активисты движения в Бремене образовали первый кооператив по обеспечению людей с инвалидностью персональной помощью. Реализуемая здесь модель «потребительского» кооператива предполагает, что нанимателем персонального помощника является кооператив как таковой, а помощников для себя его члены выбирают в рамках процедуры оценки. Однако в разных городах Германии и в организации работы кооперативов (а их сейчас более 20), и в вопросах управления финансами есть различия. Например, в Гамбурге программы по независимому проживанию инвалидов осуществляет общественная организация «Автономно жить». Система работает таким образом, что вокруг каждого человека с инвалидностью создается сеть помогающих специалистов, в том числе выбираемый им самим из их числа, так называемый лидер-опекун. Квалифицированная комиссия определяет виды помощи, в которых нуждается клиент, и размер субсидии на жилье, так как зарабатываемых им денег часто не хватает для оплаты жилья. Определенные однажды условия регулярно пересматриваются, например, может увеличиваться объем и изменяться содержание работы персонального помощника (в частности, в связи со снижением возможностей клиента). Часть оказываемых услуг оплачивается из средств индивидуального страхования, другая часть денег выделяется государством напрямую клиенту, с тем, чтобы он мог сам оплачивать необходимые ему услуги.

Опыт самостоятельного проживания отдельно от родителей особенно важен для молодых людей, которые после окончания школьного обучения должны перейти на новый уровень автономизации, освоения быта и форм взрослой жизни. Вот почему сопровождаемое проживание становится значимым условием их социализации и интеграции в общество.

В нашей стране активное участие в поиске новых подходов к организации профориентации, трудовой занятости и социальной адаптации молодых людей с нарушением интеллекта принимают следующие общественные организации:

- Санкт-Петербургская Лига жизненной помощи людям с проблемами в развитии;
- Общественное объединение родителей детей-инвалидов ГАООРДИ, г. Санкт-Петербург;
- Фонд «Интеграция», г. Санкт-Петербург;
- Центры лечебной педагогики г. Москвы и г. Пскова;
- Томская региональная общественная организация родителей и опекунов инвалидов детства «Незабудка»;
- ВООО АРДИ «Свет», г. Владимир.

В настоящее время в нашей стране существуют следующие формы поддерживаемого проживания молодых людей с нарушением интеллекта:

- центр дневного пребывания,
- социальная гостиница,
- общинное проживание.

Один из немногих примеров в данной области – успешный опыт организации сопровождаемого проживания молодых людей с различными нарушениями развития в г. Пскове – учебная квартира, основой которого стали германская и голландская модели сопровождаемого проживания.

В Пскове независимое проживание – лишь одна из форм социальной реабилитации и интеграции молодых людей с отклонениями в развитии

наряду с центром дневного пребывания, трудовыми мастерскими, театральным кружком и др.

Проект по организации поддерживаемого проживания реализуется городским Центром лечебной педагогики в рамках программы TACIS совместно с Handicap International, ЦЛП г. Москвы и ВООО АРДИ «Свет» г. Владимира. Идеологически он базируется на тезисе о том, что проживание молодых людей отдельно от родителей в формате учебной квартиры предоставляет уникальную возможность нормализации их жизни, типичной для которой является схема «дом – работа – дом».

Несмотря на действующие на всей территории РФ правовые нормы, касающиеся специализированного жилого фонда, организациям, помогающим реализовать формат поддерживаемого проживания, пока довольно трудно. Поэтому в Москве, например, ограничиваются обучением молодых людей социально-бытовым навыкам в режиме дневных занятий, во Владимире организовано подобное обучение с проживанием в специализированной квартире по выходным. В Пскове, благодаря тесным связям с германскими коллегами и благотворительными организациями, появилась возможность реализации полноценного независимого проживания для молодых людей, имеющих разнообразные отклонения в развитии.

Уже в сентябре 1993 года Лечебно-педагогический центр принял своих первых воспитанников – детей от 6 до 16 лет. В 1995 году был организован класс трудовой подготовки, который постепенно преобразовался в производственно-интегративные мастерские. А в 1996 году Лечебно-педагогический центр инициировал и начал реализацию проекта по организации в г. Пскове службы ранней помощи детям с отклонениями в развитии. Таким образом, к началу XXI века в Пскове функционировала система комплексной помощи детям и подросткам с отклонениями в развитии и их семьям, охватывающая все возрастные группы детей-инвалидов, предоставляющая широкий спектр услуг и зарекомендовавшая себя в глазах местной власти и общественности как ответственный партнер и

надежное звено системы социальной защиты. В 2006 году началась реализация проекта «Учебная квартира», который продолжает движение Лечебно-педагогического центра по пути помощи инвалидам.

Положительный опыт сопровождаемого проживания представлен и во Владимирской области. Родители детей, с ментальными нарушениями, объединились в организацию, Владимирскую областную общественную организацию «Ассоциация Родителей Детей-Инвалидов «СВЕТ», и организовали для ребят «Школу Жизни». В «Школе жизни» ребята осваивали элементарный счет, письмо, учились делать покупки, пользоваться транспортом, ухаживать за вещами, убираться в квартире и многому другому. Результаты были очень хорошими: через 4 года обучения из 64 детей – 11 детям был снят статус «необучаемые», и эти ребята были зачислены в коррекционные школы 8 вида.

С 2005 года ВООО АРДИ «СВЕТ» разработала и реализует программы для молодых людей с тяжелой формой инвалидности, ранее признанных «необучаемыми», обучение самостоятельному (сопровождаемому) проживанию в «учебных квартирах»:

1) Ежедневное обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю, навыкам общения и другим формам жизнедеятельности в будние дни по программе «Школа жизни» для детей и молодых людей проходит с 8:30 до 17:00;

2) Кратковременное – двухдневное обучение проживанию с сопровождением проходит в выходные дни с 9 час. утра субботы до 9 час. утра понедельника;

3) Месячное – трехмесячное обучение проживанию с сопровождением. Эти формы обучения способствуют развитию молодых людей, показывают хорошие результаты у ребят в приобретении ими социальных и бытовых умений, навыков, готовят их к взрослой самостоятельной жизни с сопровождением и дают надежду их родителям на достойное будущее своих детей.

На средства родителей ВООО АРДИ «СВЕТ», фонда «Реновабис» в марте 2013 года была приобретена квартира площадью 177 квадратных метров, которая принадлежит организации. Так началась реализация новой программы «Сопровождаемое проживание в квартире в обычном многоквартирном доме как альтернатива психоневрологическим интернатам».

В квартире сопровождаемого проживания 5 отдельных комнат по 14 квадратных метров для каждого человека, большая кухня – гостиная, комната для педагога сопровождения, несколько душевых, туалетных комнат, постирочная. Квартира находится в городе Владимире, недалеко от остановки городского транспорта. Квартира открыла свои двери для ребят 23 февраля 2014 года. Проживание в этом доме позволяет молодым людям с тяжелой формой инвалидности жить в домашней обстановке, заниматься спортом, творчеством, ремеслами и быть активными членами общества.

В 2015 г. ВООО АРДИ «СВЕТ» началось строительство «Дома сопровождаемого проживания» на участке земли, который администрация города Владимир выделила общественной организации.

В соответствии со статьей 19 Конвенции ООН о правах инвалидов: «Государства-участники настоящей Конвенции признают равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания, при равных с другими людьми вариантах выбора, и принимают эффективные и надлежащие меры для того, чтобы содействовать полной реализации инвалидами этого права и их полному включению и вовлечению в местное сообщество, в том числе обеспечивая, чтобы:

- инвалиды имели возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, и не были обязаны проживать в каких-то определенных жилищных условиях;

- инвалиды имели доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки

жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации от местного сообщества;

- услуги и объекты коллективного пользования, предназначенные для населения в целом, были в равной степени доступны для инвалидов и отвечали их нуждам».

Как будут жить люди с тяжелыми психофизическими нарушениями без родителей, после жизни родителей? Этот вопрос волнует многих членов общественной организации. Оставшись одни, без родственников, они, как правило, попадают в психоневрологический интернат. Безусловно, проживание в психоневрологическом интернате – это надежная и гарантированная государством форма обустройства человека с психофизическими нарушениями. Эта форма может быть вполне приемлемой, если в интернатах будут созданы все условия для развития личности и индивидуальности человека, если люди будут жить в достойных условиях, если там будут работать трудовые мастерские, кружки для занятий творчеством, спортом.

Озаботившись таким же вопросом, при поддержке министерства социальной политики Красноярского края, к нам в учреждение обратилась президент КРООР "Открытые сердца" Елена Нига. Поскольку такая форма работы как сопровождаемое проживание не осуществляется на базе домов-интернатов, она предложила совместно с их общественной организацией реализовывать в Красноярском доме-интернате для инвалидов проект «Теремок». Для внедрения такой формы работы как сопровождаемое проживание, этот проект предполагает открытие тренировочной квартиры в учреждении, для привития навыков самостоятельной жизни молодым людям с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и для «домашних детей» - молодых людей, старше 18 лет, имеющих ментальные отклонения. Так же в рамках реализации этого проекта, планировалось открытие мастерской по гончарному делу, сапожной мастерской и швейной мастерской. Занятие в мастерских будет способствовать развитию трудовых

навыков, обеспечивать дневную занятость молодых людей и способствовать реабилитационному процессу.

Мастерская по гончарному делу уже открыта и работает, так как оборудование было закуплено в конце 2016 года на грантовые средства общественной организации, а учреждением были предоставлены помещения, для оборудования мастерской.

На сегодняшний день, можно с уверенностью говорить о том, что в России практически сформирован социальный запрос на развитие и широкое внедрение стационарозамещающих технологий, включающих комплексные услуги сопровождаемого проживания в различных формах с обеспечением сопровождаемой социальной дневной занятости или сопровождаемого трудоустройства. Но, к сожалению, еще нет опыта работы таких стационарозамещающих технологий, как сопровождаемое проживание, поддерживаемое проживание в государственных учреждениях стационарного типа.

## **Выводы по первой главе**

На основе проведенного анализа различных социологических, психологических, педагогических подходов по проблеме развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью мы пришли к следующим выводам:

1. Согласно утверждениям представителей отечественной и зарубежной науки развитие готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате, направленное на обеспечение полноценной и независимой жизни, на реализацию гражданских и социальных прав людей с ментальной инвалидностью, является одной из основных задач в работе с данной категорией. Важным фактором в планировании работы по реабилитации и социализации молодых людей с ментальной инвалидностью является взаимосвязь с другими видами деятельности и межведомственный подход. Развитие и внедрение постинтернатного сопровождения.

Важнейшим условием для самореализации молодых людей с ментальной инвалидностью будет являться расширение сферы их самостоятельности, под которой понимается преодоление ими обособленности, приобретение умения осваивать и применять без непосредственной посторонней помощи знания и навыки для решения повседневных задач.

Таким образом, переход к сопровождаемым технологиям будет играть важную роль в развитии готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью.

2. Анализ опыта отечественных и зарубежных практик сопровождаемой социализации молодых людей с ментальной инвалидностью показывает, что во всем мире, в том числе и в России, такая форма жизнеустройства этой категории, дает положительные результаты.

Но, к сожалению, у нас, опыт работы сопровождаемого проживания в основном представлен усилиями общественных организаций созданных усилиями родителей детей, имеющих отклонения в психо-эмоциональной сфере, либо социально ориентированными некоммерческими организациями созданными по инициативе все тех же родителей.

Практически отсутствует опыт сопровождаемого проживания молодых людей с ментальной инвалидностью в государственных стационарных учреждениях. Наш дом-интернат, являясь стационарным учреждением нового типа, на переходном этапе, сотрудничая с социально ориентированными некоммерческими организациями, активно внедряет в свою практику новые технологии сопровождаемого жизнеустройства молодых людей с ментальной инвалидностью.

Таким образом, в результате объединения усилий общественных организаций и государственных учреждений сопровождаемое проживание молодых людей с ментальной инвалидностью, обеспечивающее максимально возможную самостоятельность проживания таких людей, станет эффективной моделью.

ГЛАВА 2. Организация экспериментальной работы по развитию готовности молодых людей с ментальной инвалидностью к самостоятельной жизни в краевом государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Красноярский дом-интернат для инвалидов».

2.1 Изучение особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью.

Опираясь на исследования В.М Гребенниковой, И.А. Коробейникова и др., готовность к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью (легкой и умеренной степенью умственной отсталости) мы рассматриваем как интегративное качество их личности, которое определяет способность и готовность молодого инвалида применять освоенный в период пребывания в интернате социальный и трудовой опыт (социально значимые умения, навыки) для успешного приспособления к различным средам самостоятельной жизнедеятельности. Готовность к самостоятельной жизни характеризуется уровнем владения потенциальным выпускником дома-интерната нормами социального поведения, профессиональной ориентированностью и социально - нравственным опытом проявления самореализации в различных жизненных ситуациях.

Анализ различных научных исследований по проблеме социальной адаптации и готовности к условиям самостоятельной жизни в современном социуме позволил выделить нам наиболее важные группы требований, которые необходимо усвоить молодым инвалидам в возрасте 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости, для их успешной адаптации в социуме:

- группа требований социально-бытового характера (включает требования сформированности знаний, умений и навыков, которые необходимы для осуществления самообслуживания в различных областях бытовой жизнедеятельности).

- группа требований социального характера (элементарно-базовые представления об общественных взаимоотношениях, например в системах «покупатель – продавец», «гражданин – представители власти (например, полицейские)», «наемный работник – начальник производства, работодатель», «житель конкретной квартиры – соседи – представителя органа власти местного самоуправления» и др.

- группа требований мотивационно-эмоционального характера, необходимы хотя бы в минимально-базовой степени, умения и навыки в сфере познавательной деятельности, в области реализации конкретного трудового функционала достаточно простых видов профессий, которые доступны для лиц с легкой и умеренной степенью умственной отсталости (например, швея, озеленитель, сборщик жалюзи, укладчик готовой продукции, штукатур и др.);

- группа требований правового характера: необходимы базовые знания в сфере защиты своих прав как представителя особой категории граждан – «лиц с инвалидностью», которая находится под активной социально-правовой защитой государственных органов власти, общественных организаций, региональных общественных организаций инвалидов и др.).

Основными компонентами, определяющими готовность к самостоятельному жизнеустройству выпускника дома-интерната, являются:

- мотивационный компонент (стремление к полноценной самостоятельной жизни вне стен интернатного учреждения);

- когнитивный компонент (знание основных норм социального поведения; сформированность основ самопонимания себя как социально-значимой личности; осознание перспектив своего личностного роста, трудоустройства и др.);

- деятельностный компонент (наличие определенного позитивного опыта социально-значимого поведения в ситуациях самообслуживания, соблюдения режима дня, выполнения трудового распорядка и конкретных профессиональных функций в период пребывания в доме-интернате,

сформированность умений ставить перед собой социально-значимые цели в сфере организации своего досуга и обеспечивать их достижение, сформированность умений взаимодействовать с членами коллектива).

Уровнями сформированности готовности к самостоятельной жизни потенциальных выпускников дома-интерната являются:

- минимально-базовый уровень (включает в себя следующие составляющие: сформированность необходимых социальных навыков, наличия которых достаточно для начального этапа самопроявления в самостоятельной жизни; однако у выпускника недостаточно развиты навыки в сфере общения с незнакомыми людьми, низкий уровень профессионального самоопределения. Такой молодой человек нуждается в значительном внимании и сопровождении после выпуска из дома-интерната);

- социально-стабильный уровень (характеризуется следующими составляющими: сформированность необходимого для общения в стандартных и малознакомых ситуациях уровня коммуникативной культуры, ориентированность на трудовую самореализацию, осознание ценностей социально одобряемого образа жизни; такой молодой человек нуждается в определенной поддержке и сопровождении в самостоятельной жизни);

- социально-перспективный уровень (данный уровень характеризуется тем, что у молодого человека сформирована на максимально возможном и доступном для его личностного развития и социально приемлемом уровне культура полоролевого поведения, коммуникативная культура, профессиональное самоопределение). [18]

Для изучения особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью необходимо рассмотреть такие понятия как социальный интеллект, социальный интерес и социальная компетентность.

Многие авторы (Д. Китинг, Дж. Гилфорд) определяют социальный интеллект как самостоятельную группу основных ментальных способностей в противовес способностям академического интеллекта.

Социальный интеллект - способность понимать и прогнозировать поведение людей в разных житейских ситуациях, распознавать намерения, чувства и эмоциональные состояния человека (Дж.Гилфорд, М. Салливен).

Социальный интеллект- комплексная способность к решению социальных проблем (умение адекватно воспринимать, оценивать других людей и строить свое поведение в контексте взаимодействия (А.Г. Асмолов, Г.У. Солдатова).

Показателями социального интеллекта являются:

- способность вести переговоры и уходить от конфликтных ситуаций;
- быть хорошим собеседником и внимательным слушателем;
- уметь контактировать с разными людьми;

Социальная компетентность - сложное образование, под которым понимают: степень адекватности и эффективности реагирования на проблемные жизненные ситуации, достижение реальных целей в особом социальном контексте, использование подходящих для этого методов и позитивное развитие как результат активности, подтверждение со стороны других адекватности социального поведения, способность участвовать в сложной системе межличностных отношений и успешно использовать и понимать других людей [Психология общения, 2011].

Различные содержательные и процессуальные аспекты формирования социальной компетентности как личностного качества, как совокупности способностей, знаний и умений, как показателя высокого уровня социальной адаптации, индикатора эффективности социального поведения рассматриваются в работах таких исследователей, как С.З. Гончаров, А.П. Ветошкин, Е.В. Коблянская, В.Н. Куницына, М.И. Лукьянова, А.М. Прихожан и др. [49]

Социальная компетентность - способность уверенно действовать в обществе, проявлять социальную инициативу, стремление к уважению со стороны других, к открытым дружеским контактам, к поддерживанию связей с друзьями (Дж. Равен, М.И. Лукьянова) - речевые и не речевые умения.

Изучению социального интереса посвящены исследования как зарубежных психологов (А. Адлер, С. Joubert, Н.В. Kaplan, D. Elliott и др.), так и отечественных (В.С. Юрасов, Р.И. Турханова, Н.В. Никифоров, Л.Н. Карпий, И.Д. Пелих и др.). Автором термина «социальный интерес» является австрийский психолог А.Адлер.

Социальный интерес - эмоциональное отношение личности к социальным событиям, социально направленные чувства - коллективизм, ответственность, заботливость (А.Адлер, Л.И. Божович, К.Д. Радина). Социальный интерес формируется постепенно - от эмоционального отклика (ситуативное проявление) к эмоциональному настрою (коллективное переживание) к эмоциональному опыту (постоянный интерес к другим, социальное поведение).

На развитие социального интереса оказывают влияние такие факторы как: возраст, уровень интеллектуального развития, особенности среды жизнедеятельности человека, удовлетворение социальных потребностей.

Для определения степени готовности к самостоятельной жизни молодых людей как недееспособных, так и с восстановленной дееспособностью проживающих в доме-интернате было организовано и проведено исследование.

Целью изучения особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью в рамках проводимого исследования является доказательство выдвинутой гипотезы, согласно которой развитию готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, проживающих в доме-интернате будет способствовать:

1. организация специального диагностического исследования особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью;

2. разработка и апробация специальной программы по формированию социальных умений.

При выполнении диссертационной работы был использован комплексный подход, включающий в себя взаимосвязанные **методы исследования**:

1. Теоретический анализ и обобщение данных психолого-педагогической литературы.
2. Психологические методы.
3. Педагогический эксперимент.
4. Методы математической статистики.

*Теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы.*

анализ и изучение литературных источников проводился с целью определения актуальности темы диссертационного исследования, тенденций и перспектив решения проблем готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью (с легкой и умеренной степенью умственной отсталости).

Анализировалась научно-методическая литература по педагогике, психологии другим направлениям.

В них рассматривались особенности развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, формированию у них социальных и бытовых умений.

*Психологические методы*

Для решения указанных задач применяли следующие методы:

Наблюдение и эксперимент.

Использовалось наблюдение за деятельностью молодых людей в свободное время, в процессе проведения реабилитационной деятельности и на занятиях, цель которых была фиксация особенностей сформированности социальных и бытовых умений у молодых людей с ментальной инвалидностью.

Ведущее место в исследовании было отведено эксперименту.

Организовывались следующие его виды:

- констатирующий эксперимент - выявил уровень сформированности готовности к самостоятельной жизни до специального экспериментального обучения;

- формирующий эксперимент - выявил сформированность готовности к самостоятельной жизни после специально организованной обучающей работы;

- с целью подтверждения гипотезы нами было проведено специальное исследование, в котором приняло участие 20 молодых человек в возрасте от 18 до 35 лет.

по количеству испытуемых, участвовавших в исследовании: индивидуальный, групповой.

*Методы математической статистики.*

метод статистической обработки - t-критерий Стьюдента — статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно.

Экспериментальная работа проводилась в соответствии с общепринятыми этапами научного исследования.

Опытно – экспериментальная работа проводилась Никулиной Г.А. на базе КГБУ СО «Красноярский дом-интернат для инвалидов», в эксперименте участвовали молодые люди, как недееспособные, так и с восстановленной дееспособностью (с легкой и умеренной степенью умственной отсталости).

Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Красноярский дом-интернат для инвалидов» в своей деятельности руководствуется Конвенцией ООН о правах инвалидов, Конституцией Российской Федерации, Федеральным Законом «Об образовании», Федеральным Законом «Об основах социального обслуживания в Российской Федерации».

Учреждение стационарное, социально-медицинское, реабилитационное, предназначенное для постоянного, временного (до шести

месяцев) проживания и обслуживания инвалидов в возрасте от 18 лет, нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также в социальной реабилитации.

В учреждении всего проживает 72 молодых человека, из них 36 человека восстановлены в дееспособности и 16 человек являются недееспособными. На 01.07.2016 г. в учреждении проживало 22 недееспособных молодых человека. В эксперименте приняло участие 20 человек, из них 6 девушек и 14 юношей.

Цель диагностического этапа: определить особенности готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью до проведения формирующего эксперимента.

Исследование особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет с легкой и умеренной умственной отсталостью целесообразно изучать в два этапа. На первом этапе проводится наблюдение за молодыми людьми во время свободной деятельности, во время проведения реабилитационных мероприятий и в ходе занятий, а на втором – с помощью индивидуального мониторинга.

Наблюдение за деятельностью молодых ребят позволяет определить оптимальное содержание и условия проведения педагогического эксперимента. Изучается способность к включению в целенаправленную деятельность, уровень развития социальных навыков и умений, уровень сформированности социального интереса и социального интеллекта

Изучение особенностей формирования готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью в возрасте от 18 до 35 лет на втором этапе проводится специалистом в ходе индивидуального обследования.

Использованные методики для определения готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью:

1. Определение уровня социального интереса, методика Дж. Кренделла «Шкала социального интереса, шкала личностной значимости черт».
2. Выявление уровня развития соответствующих способностей к познанию поведения, тест Дж. Гилфорда «Социальный интеллект».
3. Шкала социальной компетентности (А.М. Прихожан)  
(см. Приложение 1)

На основании методики Дж. Кренделла «Шкала социального интереса, шкала личностной значимости черт» был проведен опрос. По результатам исследования выявлено, что из 20 участников исследования – у 25% (5 чел.) средний уровень социального интереса, у 45% (9 чел.) результаты ниже среднего, у 30% (6 чел.) - низкий уровень социального интереса. Это говорит о том, что для людей с низким социальным интересом характерно более негативное отношение к собственным родителям и к ранним переживаниям детства. По сравнению с теми, у кого более высокий социальный интерес, они преувеличивают значение прошлого опыта для своей нынешней жизни.

Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Определение уровня социального интереса молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.  
(нулевой срез)

Уровень социального интереса	Количество исследуемых	Количество (%)
Низкий	6	30%
Ниже среднего	9	45%
Средний	5	25%
Выше среднего	0	0
Высокий	0	0
Общее количество	20	100%

С целью выявления уровня развития соответствующих способностей к познанию поведения, мы использовали тест Дж. Гилфорда «Социальный интеллект».

Результаты исследования по субтесту № 1 - «Истории с завершением» показали, что у 25 % молодых людей – низкие способности к познанию поведения, у 25 % - способности к познанию поведения ниже среднего; у 50 % опрошенных – средние способности. Это свидетельствует о том, что большинство опрошенных плохо понимают связь между поведением и его последствиями. Такие люди могут часто совершать ошибки, попадать в конфликтные, потому, что неверно представляют себе результаты своих действий или поступков других. Они плохо ориентируются в общепринятых нормах и правилах поведения.

Результаты исследования по субтесту №2 - «Группы экспрессии» показали, что у 37,5 % молодых людей способности к познанию поведения ниже среднего, а 62,5 % опрошенных имеют средние показатели. Это говорит о том, что часть опрошенных плохо владеют языком телодвижений, взглядов и жестов, который раньше осваивается в онтогенезе и вызывает больше доверия, чем вербальный язык. В общении такие люди в большей степени ориентируются на вербальное содержание сообщений. И они могут ошибаться в понимании смысла слов собеседника потому, что не учитывают (или неправильно учитывают) сопровождающие их невербальные реакции.

Результаты по субтесту № 3 - «Вербальная экспрессия» показали, что 25% молодых людей обладают низкими способностями к познанию поведения; у 37,5% человек - способности ниже среднего и у 37,5% опрошенных средний уровень. Что свидетельствует о том, что большинство молодых людей плохо распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Такие люди часто «говорят невпопад» и ошибаются в интерпретации слов собеседника.

Результаты по субтесту № 4 - «Истории с дополнением» показали, что у 25% опрошенных средние способности к познанию поведения, а у 75% - способности к познанию поведения ниже среднего. Данные результаты свидетельствуют о том, что опрошенные испытывают трудности в анализе ситуаций межличностного взаимодействия и, как следствие, плохо адаптируются к разного рода взаимоотношениям между людьми (семейным, деловым, дружеским и другим). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Определение уровня социального интеллекта молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости по отдельным субтестам и тесту Дж. Гилфорда и М. Салливена (нулевой срез)

Субтест	Уровень социального интеллекта				
	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий
“Истории с завершением”	25%	25%	50%	-	-
“Группы экспрессии”	-	37,5%	62,5%	-	-
“Вербальная экспрессия”	25%	37,5%	37,5%	-	-
“Истории с дополнением”	-	75%	25%	-	-

Для диагностики социальной компетентности молодых людей с ментальной инвалидностью нами была использована методика «Шкала социальной компетентности» (А.М. Прихожан), которая позволяет выявить как общий уровень социальной компетентности в соответствии с возрастом, так и компетентность в отдельных областях.

Анализ полученных результатов показал, что у молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости высокий уровень социальной адаптированности отсутствует, у 2 человек средний уровень социальной адаптированности, 18 человек показали низкий уровень.

Уровень автономности был зафиксирован в 3 случаях высокий, средний в 8 случаях и низкий у 9 респондентов.

Один человек отличается высоким уровнем социальной активности, девять человек показали средний уровень и у 10 человек прослеживается низкий уровень; что же касается уровня нравственности, высокий уровень показал только 1 молодой человек, средний 6 человек, и у 13 отмечается низкий уровень. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Анализ уровня социальной компетентности молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости по отдельным

субшкалам методики А.М. Прихожан

(нулевой срез)

Показатель	Уровень социальной компетентности		
	Высокий	Средний	Низкий
Уровень социальной адаптированности	-	2	18
Уровень автономности	3	8	9
Уровень социальной активности	1	9	10
Уровень нравственности	1	6	13

У всех опрошенных респондентов социальный возраст ниже хронологического.

Из полученных данных мы видим, что у большинства молодых людей исследуемой группы особенности готовности к самостоятельной жизни, в большинстве случаев находятся на уровне ниже среднего и низком уровне.

Для подтверждения выдвинутой нами гипотезы исследования мы включили в экспериментальную группу молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

В экспериментальной группе мы апробируем разработанную нами программу по социально-бытовой ориентировке, организуем предметно – развивающую среду. По итогам контрольного среза определим уровень готовности развития к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, используя Т-шкалу.

Таким образом, в экспериментальную группу вошло 20 молодых людей 18-35 лет, 6 девушек и 14 юношей.

Итак, определим задачи следующего этапа исследования:

1. Разработать и апробировать программу по социально-бытовой ориентировке молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

2. Сравнить результаты нулевого и контрольного диагностических срезов у молодых людей с ментальной инвалидностью экспериментальной группы.

2.2 Включение молодых людей с ментальной инвалидностью в социально-ориентированную ответственную деятельность. Реализация условий развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

Результаты констатирующего этапа экспериментальной работы, представленные в параграфе 2.1, убеждают в необходимости создания условий развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости в условиях дома-интерната (общего типа).

**Условие первое.** На основе анализа психолого-педагогической литературы, определенных особенностей развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости, нами была разработана дополнительная общеразвивающая программа «Тропинка» (см. Приложение 2).

#### **Научное обоснование программы.**

6 июня 2016 года состоялось заседание Попечительского совета при Правительстве РФ по актуальным вопросам секции «Проблемы детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью», на котором обсуждалась ситуация и проблемы, существующие в психоневрологических интернатах.

На заседании, было отмечено, что в системе ПНИ существует несколько проблем, одна из которых, это отсутствие эффективных мероприятий по реабилитации и социализации детей. Практически 100 % детей сирот с инвалидностью попадают в ПНИ.

Был сделан акцент на принятом решении разработать программу для проведения реформы ПНИ.

Реформа включает в себя изменение действующего законодательства в соответствии с конвенцией о правах человека и о правах инвалидов, разработку альтернативных форм проживания людей с ментальной

инвалидностью, вывод части социальных услуг на дом, создание рабочих мест и других форм занятости для людей, проживающих в ПНИ.

Альтернативой ПНИ может служить развитие стационарозамещающих технологий. Это и сопровождаемое проживание, и сопровождаемое трудоустройство или социальная занятость, включение в социум - то есть нормализация жизни.

«Технологии сопровождения успешно реализуются социально ориентированными НКО, родительскими организациями, которые работают в интересах собственных детей с инвалидностью. Теперь главная задача - перенести их в государственное русло и тиражировать в регионах. Очень радует, что нас слышат представители власти на самом высоком уровне с пониманием, что проблема есть и есть пути решения», - прокомментировала Елена Ключко, руководитель секции «Проблемы детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью» Попечительского совета. [31]

По состоянию на 01 мая 2017 г., на территории Красноярского края функционирует 12 психоневрологических домов-интернатов, в том числе 4 детских, в которых проживает 3 409 человек, из них 779 - дети.

Наиболее многочисленной группой, проживающих в интернатах, являются больные со снижением интеллекта, поступившие в ПНИ из детских домов-интернатов для детей с дефектами умственного развития, семей, психиатрических больниц и других учреждений.

Правительство и министерство социальной политики Красноярского края приняли решение изменить сложившуюся систему и дать возможность молодым людям с ментальной инвалидностью реализовать имеющийся у них потенциал и стать полноправными членами общества.

После перепрофилирования учреждения, в Красноярский дом-интернат для инвалидов с 2014 года стали поступать молодые люди в возрасте от 18 лет с восстановленной дееспособностью, а также недееспособные выпускники детских психоневрологических интернатов.

Одной из важнейших задач, стоящих перед учреждением, является подготовка молодых людей с ментальной инвалидностью к самостоятельной жизни в социуме.

Для понимания сущности готовности к самостоятельной жизни важнейшее значение имеют исследования готовности к деятельности М.И. Дьяченко и Л.А. Кандыбович. Ученые утверждают, что готовность - это целостное образование, существенная предпосылка успешной деятельности. [22]

Такая подготовка должна носить интегрированный социально-педагогический, медико-социальный, психологический, социокультурный, физкультурно-адаптивный, профориентационный характер. Она должна являться неотъемлемой частью социально-реабилитационной деятельности дома-интерната, стимулирующей целенаправленную социализацию молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости, формирование у них определенного позитивного опыта социального поведения и самостоятельной трудовой (профессиональной) деятельности.

Независимая жизнь, это, прежде всего, возможность самостоятельно определять стиль своей жизни, принимать решения и управлять жизненными ситуациями.

Концепция независимой жизни рассматривает проблемы человека с ограниченными возможностями здоровья в свете его гражданских прав и ориентируется на устранение социальных, экономических, психологических и др. барьеров. Согласно идеологии независимой жизни инвалиды составляют часть общества и должны жить там же, где и здоровые люди. Материальное обеспечение инвалидов должно быть таким, чтобы они чувствовали себя независимыми и были обеспечены всем, что может предложить им современное общество.

Одним из представителей принципа нормализации считается Б. Нирье (1976). Сущность его концепции состоит в том, что люди с ограниченными возможностями при соответствующих условиях могут усвоить социально

значимые навыки и стереотипы поведения, которые необходимы для нормального социального функционирования наравне с другими членами общества, для того, чтобы жить в обществе независимой жизнью в соответствии со своими особыми потребностями.

Вот почему государство, обеспечивая социальную защищенность таких инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, развития творческих и производственных возможностей и способностей. В настоящее время процесс социальной реабилитации инвалидов является предметом исследования в трудах Н.Ф. Дементьевой, А.А. Модестова, Е.И. Холостовой, О.С. Андреевой, Э.В. Устиновой.

До 80-х годов в России наиболее очевидная социальная помощь инвалидам с ментальными нарушениями оказывалась в специальных домах-интернатах. Эта сложившаяся традиционная форма медико-социальной помощи людям с ментальными нарушениями помимо положительных сторон имела и отрицательные (монотонный образ жизни, необходимость изменения жизненного стереотипа для инвалидов, бесперспективность и т.д.) Эти обстоятельства делали дома-интернаты малопривлекательными для инвалидов.

Человек с интеллектуальной недостаточностью нуждается в такой социокультурной среде, которая учитывала бы «своеобразие пути», использовала бы «иные способы» и «иные средства» (Л.С.Выготский) социального и личностного развития. Реабилитация людей с интеллектуальной недостаточностью должно основываться на учете их потребностей в доступности общения и задач, стоящих перед ними. Необходимо проведение системно организованной образовательно – воспитательной работы, в основе которой – ориентация на социальную адаптацию людей с ограниченными возможностями здоровья в домах-интернатах.

**Новизна** программы заключается в том, что она содержит комплекс мероприятий сопровождаемого жизнеустройства молодых людей с ментальной инвалидностью во время проведения практических занятий, способствующих развитию социальных компетенций, а вместе с тем и развитию готовности к самостоятельной жизни молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости, в условиях стационарного учреждения общего типа.

**Целью** данной программы является развитие готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате.

**Основные задачи программы:**

1) формирование у людей с ограниченными возможностями здоровья, постоянно проживающих в доме-интернате знаний и умений, способствующих социальной адаптации;

2) развитие коммуникативной функции речи как непременное условие социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья;

3) развитие умений, необходимых людям с ограниченными возможностями здоровья для осуществления своей жизнедеятельности в режиме самостоятельности;

4) формирование умения ориентироваться в окружающем социуме на бытовом уровне;

5) формирование социального поведения, умения адекватно общаться, обращаться за помощью, соблюдая принятые правила приличия.

6) отработка навыков самообслуживания и личной гигиены для достижения возможной степени независимости.

**Целевая группа:** молодые люди с ментальной ивализдностью в возрасте 18-35 лет.

**Длительность периода реализации программы:** 2 учебных года (18 месяцев), 144 часа.

**Программный материал.** Материал распределен по принципу усложнения и увеличения объёма информации. В каждом разделе программы представлены основные знания, умения и навыки, которыми должны овладеть молодой человек в процессе занятий по развитию готовности к самостоятельной жизни.

**Методы и приемы работы:**

Характеризуя методы и приёмы работы, необходимо отметить, что обучение должно носить наглядно-действенный характер. При этом специалист на первом этапе проявляет максимальную активность, демонстрируя молодому человеку наглядный материал и пособия, показывая способ действия с ними, сопровождая свои действия словесными пояснениями. Затем действия осуществляются совместно, чтобы избежать ситуаций неудач. И далее молодой человек выполняет задание самостоятельно.

Программа по социально-бытовой ориентировке составлена в соответствии с основными направлениями, которые будут способствовать развитию готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, а именно формированию социального интереса, развитию социального интеллекта и их социальной компетенции.

**Разделы программы:**

1. Личная гигиена
2. Питание
3. Одежда и обувь
4. Культура поведения
5. Жилище
6. Транспорт
7. Средства связи
8. Медицинская помощь
9. Торговля
10. Семья

11. Экономика домашнего хозяйства

12. Учреждения, организации и предприятия

13. Профессиональная ориентация и трудоустройство

Раздел «Личная гигиена» решает задачи связанные со значением личной гигиены для здоровья и жизни человека.

Раздел «Питание» знакомит с продуктами питания, решает задачи связанные с необходимостью здорового питания, правилами приготовления и хранения готовых блюд. Знакомит с кухонными приборами и средствами ухода за ними.

Раздел «Одежда и обувь» знакомит с видами одежды, обуви и головных уборов. Решает задачи связанные с уходом за одеждой и обувью, осуществлением мелкого ремонта одежды и обуви своими руками.

Раздел «Культура поведения» решает задачи связанные со взаимоотношениями между сверстниками, со старшими людьми. Знакомит с правилами поведения в учреждении и в общественных местах. Учит полоролевому поведению.

Раздел «Жилище» знакомит с видами жилых помещений, организацией рабочего места. Решает задачи связанные с гигиеной жилых помещений, средствами ухода.

Раздел «Транспорт» предназначен для знакомства с видами транспорта, освоением транспортных маршрутов, оплатой проезда. Решает задачи связанные со знанием правил дорожного движения.

Раздел «Средства связи» знакомит с основными средствами связи, видами почтовых отправлений.

Раздел «Медицинская помощь» знакомит с видами и правилами оказания медицинской помощи.

Раздел «Торговля» решает задачи связанные с приобретением продовольственных и промышленных товаров в магазинах и на рынке.

Раздел «Семья» решает задачи связанные с внутрисемейными отношениями.

Раздел «Экономика домашнего хозяйства» решает задачи связанные с основными статьями расходов (питание, содержание жилища, одежда и обувь, культурные потребности). Учит планированию расходов.

Раздел «Учреждения, организации и предприятия» знакомит с видами учреждений, организаций, предприятий. Решает задачи связанные с правилами обращения в учреждения, организации и на предприятия.

Раздел «Профессиональная ориентация и трудоустройство» знакомит видами профессий. Решает задачи связанные с обращением учреждения и отделы по трудоустройству. Трудоустройство в организации.

Занятия по социально – бытовой ориентировке проводятся в специальном кабинете, в котором отведены места для учащихся и для оборудования, обеспечивающего выполнение в полном объеме всех видов практических работ, предусмотренных программой. При организации кабинета учитываются санитарно – гигиенические нормы и правила техники безопасности.

Освоение программы предусматривает сочетание аудиторных занятий, основанных на интерактивных формах освоения учебного содержания, а также использовании примеров и ситуаций из опыта знакомых людям с ОВЗ героев литературных произведений, социальных педагогов, и самостоятельной работы, ориентированной на включение освоенного теоретического материала в реальную практику для решения конкретных проблем в повседневной жизни.

#### **Принципы программы:**

1. Дидактический принцип возможности и особенности познавательной деятельности молодых людей с ментальной инвалидностью.
2. Воспитывающая и развивающая направленность обучения.
3. Научность и доступность обучения.
4. Систематичность и последовательность обучения.
5. Связь обучения с жизнью.
6. Принцип коррекции в обучении.

7. Принцип наглядности.
8. Сознательность и активность клиентов.
9. Индивидуальный и дифференцированный подход.
10. Прочность знаний, умений и навыков.
11. Принцип практической направленности обучения.
12. Материал расположен по принципу усложнения и увеличения объема информации.

**Методы работы:**

- Практические методы (дидактические игры, упражнения, задания, самостоятельная работа).
- Наглядные методы (натуральные предметы: одежда, обувь, посуда; реальные объекты: помещение, учреждение; муляжи, игрушки, изображения: предметные, сюжетные).
- Словесные методы (рассказ, объяснение, беседа).

Занятия по социально-бытовой ориентировке проводятся в специальном кабинете, в котором отведены места для учащихся и для оборудования, обеспечивающего выполнение в полном объеме всех видов практических работ, предусмотренных программой. При организации кабинета учитываются санитарно-гигиенические нормы и правила техники безопасности.

Освоение программы предусматривает сочетание аудиторных занятий, основанных на интерактивных формах освоения учебного содержания и практической работы, ориентированной на включение освоенного теоретического материала в реальную практику для решения конкретных проблем в повседневной жизни.

**Условия реализации программы:** занятия по социально-бытовой ориентировке проводятся в специально оборудованном кабинете, в котором расположены ученические столы со стульями, интерактивная доска, компьютер, видеопроектор. Для работы предусмотрен набор канцелярских

принадлежностей, дидактический материал состоящий из наглядных пособий и пиктограмм.

Занятия посещают молодые люди с легкой и умеренной степенью умственной отсталости, как недееспособные, так и с восстановленной дееспособностью. По этому признаку, молодые люди, разделенные на подгруппы. Непосредственно занятие состоит из теоретической и практической части. Такая форма работы способствует лучшему усвоению изучаемого материала, так как предполагает смену деятельности, соответственно переключению внимания, и как следствие - сохранению интереса к изучаемому материалу. Практические занятия, проводимые с выходом в «естественную среду», помогают молодым людям с ментальной инвалидностью приобретать социальный опыт.

Каждая подгруппа состоит из 6-7 человек.

**Условие второе.** Необходимость создания условий для развития социально-бытовых компетенций в доме-интернате общего типа стало особенно актуальным с 2014 года, когда в учреждение стали поступать молодые люди с ментальной инвалидностью. Организация развивающей среды должна строиться таким образом, чтобы дать возможность наиболее эффективно развивать имеющийся положительный социальный опыт, с которым молодые люди пришли в наше учреждение из психоневрологических домов-интернатов и способствовать приобретению новых социально-бытовых умений и навыков.

После завершения экспериментальной работы нами был проведен итоговый диагностический срез по определению уровня развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости. Мы измерили те же компоненты: социальный интерес, социальный интеллект и социальную компетентность. На основе полученных результатов провели сравнительный и уровневый анализ.

Для определения произошедших или не произошедших изменений в уровне развития готовности к самостоятельной жизни были использованы такие же методики, что и на этапе констатирующего эксперимента.

При исследовании молодых людей с ментальной инвалидностью, прошедших годовой курс занятий по социально-бытовой ориентировке были получены данные уровня социального интереса, которые представлены в таблице 4.

Таблица 4

Определение уровня социального интереса молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

(контрольный срез)

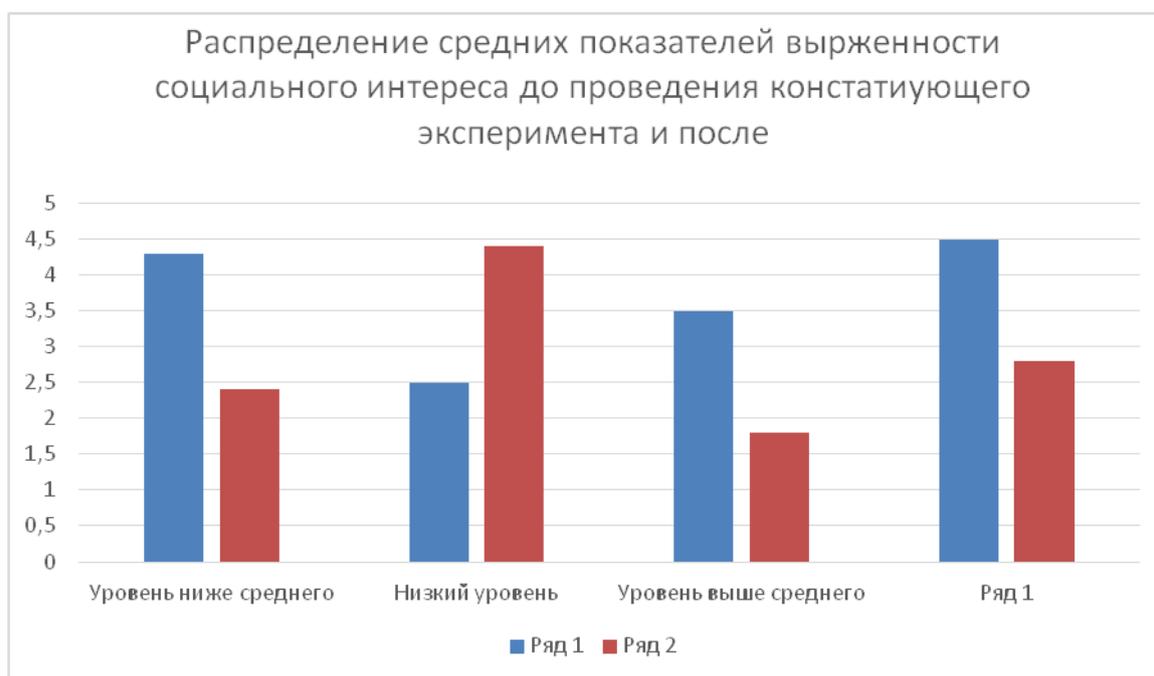
Уровень социального интереса	Количество исследуемых	Количество (%)
Низкий	1	5%
Ниже среднего	12	60%
Средний	7	35%
Выше среднего	0	0
Высокий	0	0
Общее количество	20	100%

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что в группе молодых людей с ментальной инвалидностью, принявшей участие в эксперименте наблюдается положительная динамика, т.е. уровень социального интереса значительно возрос. Всего один респондент показал низкий уровень социального интереса, что составляет 5% от общего числа.

Был проведен сравнительный анализ средних показателей выраженности социального интереса у молодых людей 18-35 лет с легкой и

умеренной степенью умственной отсталости. Данные представлены на рисунке 1.

Рис.1



При измерении социального интеллекта молодых людей с ментальной инвалидностью, участвовавших в эксперименте, были получены результаты, представленные в таблице 5.

Таблица 5

Определение уровня социального интеллекта молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости по отдельным субтестам и тесту Дж. Гилфорда и М. Салливена (контрольный срез)

Субтест	Уровень социального интеллекта				
	Низкий	Ниже	Средний	Выше	Высокий

		среднего		среднего	
“Истории с завершением”	24%	26%	50%	-	-
“Группы экспрессии”	-	37,5%	62,5%	-	-
“Вербальная экспрессия”	25%	38%	37%	-	-
“Истории с дополнением”	-	73%	27%	-	-

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что в группе молодых людей с ментальной инвалидностью, принявшей участие в эксперименте, положительная динамика совершенно незначительна. Уровень социального интеллекта практически остался прежним.

При измерении уровня социальной компетентности молодых людей с ментальной инвалидностью, занимавшихся по программе социально-бытовой ориентировке, были получены результаты, которые представлены в таблице 6.

Таблица 6

Анализ уровня социальной компетентности молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости по отдельным

субшкалам методики А.М. Прихожан

(контрольный срез)

Показатель	Уровень социальной компетентности		
	Высокий	Средний	Низкий
Уровень социальной адаптированности	4	6	10
Уровень автономности	3	8	9
Уровень социальной	4	9	7

активности			
Уровень нравственности	1	8	11

Данные контрольного среза по определению уровня социальной компетентности молодых людей 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости по отдельным субшкалам, позволяют сделать вывод о том, что уровень социальной компетентности значительно возрос. Особенно это заметно по субшкале «Уровень социальной адаптированности». 4 молодых человека показали высокий уровень, чего не наблюдалось прежде, и снизилось количество молодых людей, прежде показавших низкий уровень. Так же заметны результаты по субшкале «Уровень социальной активности», 4 человека показали высокий уровень. Динамика по другим субтестам положительная, но не настолько.

Мы получили данные, которые свидетельствуют о наличии статистически значимых различий в показателях измеряемых компонентов, способствующих развитию готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате. Все три измеряемых компонента, после проведения контрольного среза показали положительную динамику. Это позволяет сделать вывод, что выдвинутая нами гипотеза верна.

Проведя анализ полученных в ходе экспериментальной работы результатов, мы можем сделать вывод, что повышению уровня готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате, способствовала реализация следующих условий:

1. изучение особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате;
2. разработка и апробация общеразвивающей программы по социально-бытовой ориентировке.

## **Выводы по второй главе**

Исследование проводилось на базе КГБУ СО «Красноярский дом-интернат для инвалидов». В эксперименте принимали участие 20 молодых людей в возрасте 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

Изучение особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью в возрасте 18-35 лет проводилось специалистом в ходе индивидуального обследования и состояло из нескольких разделов, включающих разнообразные задания.

Из полученных данных мы увидели, что у большинства молодых людей с ментальной инвалидностью, которые входили в исследуемую группу, уровень готовности к самостоятельной жизни находился на уровне ниже среднего или на низком уровне.

Для подтверждения выдвинутой нами гипотезы исследования нами была сформирована экспериментальная группа, из числа молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости, как с недееспособных, так и с восстановленной дееспособностью.

В экспериментальной группе мы апробировали разработанную нами программу по социально-бытовой ориентировке, организовали предметно – развивающую среду в учреждении.

Таким образом, в экспериментальную группу вошло 20 молодых людей 6 девушек и 14 юношей.

На контрольном этапе эксперимента мы применяли диагностические задания (аналогичные тем, которые использовались на констатирующем этапе).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что в группе молодых людей, принявших участие в эксперименте, произошли значительные положительные изменения в развитии уровня готовности к самостоятельной жизни.

Значительно вырос уровень социального интереса, а так же, заметные результаты отмечаются в повышении уровня социальной компетентности молодых людей с ментальной инвалидностью. Уровень социального интеллекта повысился незначительно, но положительная динамика отмечается.

И так, на контрольном этапе мы получили данные, которые свидетельствуют о наличии статистически значимых различий в показателях измеряемых компонентов, способствующих развитию готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате. Все три измеряемых компонента, после проведения контрольного среза показали положительную динамику. Это позволяет сделать вывод, что выдвинутая нами гипотеза верна.

Проведя анализ полученных в ходе экспериментальной работы результатов, мы можем сделать вывод, что повышению уровня готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате, способствовала реализация следующих условий:

1. изучение особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате;
2. разработка и апробация общеразвивающей программы по социально-бытовой ориентировке.



## **Заключение**

Проведенный нами теоретический и экспериментальный анализ проблемы готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью в возрасте 18-35 лет, проживающих в доме интернате, позволил сформулировать следующие выводы.

Развитие готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью является одной из важных задач, стоящих перед учреждениями социального обслуживания, на этапе перехода к стационарозамещающим технологиям.

Экспериментальная работа проходила в несколько этапов:

Первый этап: изучение и анализ литературы по проблеме исследования, формулирование цели и задач исследования, объекта и предмета исследования, постановка гипотезы.

Составление плана исследования, подбор методик констатирующего эксперимента, проведение и анализ констатирующего эксперимента.

Второй этап: разработка и апробация программы по развитию готовности к самостоятельной жизни молодых инвалидов с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате.

Третий этап: определение уровня развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью 18-35 лет с легкой и умеренной степенью умственной отсталости на этапе контрольного эксперимента;

обработка и систематизация материала, обработка полученных результатов, проверка гипотезы.

При выполнении диссертационной работы был использован комплексный подход, включающий в себя взаимосвязанные **методы исследования:**

1. Теоретический анализ и обобщение данных социологической и психолого-педагогической литературы.

2. Наблюдение.

3. Эксперимент.

*Теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы.*

анализ и изучение литературных источников проводился с целью определения актуальности темы диссертационного исследования, тенденций и перспектив решения проблем развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

Анализировалась научно-методическая литература по социологии, педагогике, психологии и другим направлениям.

В них рассматривались особенности развития готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью.

*Психологические методы*

Для решения указанных задач применяли следующие методы:

Наблюдение и эксперимент.

Использовалось наблюдение за деятельностью молодых людей в свободное время, в процессе проведения реабилитационной деятельности и на занятиях, цель которых была фиксация особенностей сформированности социальных и бытовых умений у молодых людей с ментальной инвалидностью.

Ведущее место в исследовании было отведено эксперименту.

Организовывались следующие его виды:

- констатирующий эксперимент - выявил уровень сформированности готовности к самостоятельной жизни до специального экспериментального обучения;

- формирующий эксперимент - выявил сформированность готовности к самостоятельной жизни после специально организованной обучающей работы;

- с целью подтверждения гипотезы нами был проведён педагогический эксперимент, в котором приняло участие 20 молодых инвалидов в возрасте 18-35 лет.

по количеству испытуемых, участвовавших в исследовании: индивидуальный, групповой.

Экспериментальная работа проводилась в соответствии с общепринятыми этапами научного исследования.

Эмпирическое исследование проводилось при помощи специально подобранных и адаптированных диагностических методик.

База исследования: Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Красноярский дом-интернат для инвалидов», в эксперименте участвовали 20 молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости в возрасте 18-35 лет, из них 14 юношей и 6 девушек.

Изучение особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью в возрасте 18-35 лет проводилось специалистом в ходе индивидуального обследования и состояло из нескольких разделов.

Из полученных данных мы увидели, что у большинства молодых людей с ментальной инвалидностью, которые входили исследуемую группу уровень развития готовности к самостоятельной жизни находится на уровне ниже среднего или низком уровне.

Для подтверждения выдвинутой нами гипотезы исследования нами была сформирована экспериментальная группа, из числа молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости, как с недееспособных, так и с восстановленной дееспособностью.

В экспериментальной группе мы апробировали разработанную нами программу по социально-бытовой ориентировке, организовали предметно – развивающую среду в учреждении.

Таким образом, в экспериментальную группу вошло 20 молодых людей 6 девушек и 14 юношей.

На контрольном этапе эксперимента мы применяли диагностические задания (аналогичные тем, которые использовались на констатирующем этапе).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что в группе молодых людей, принявших участие в эксперименте, произошли значительные положительные изменения в развитии уровня готовности к самостоятельной жизни.

Значительно вырос уровень социального интереса, а так же, заметные результаты отмечаются в повышении уровня социальной компетентности молодых людей с ментальной инвалидностью. Уровень социального интеллекта повысился незначительно, но положительная динамика отмечается.

И так, на контрольном этапе мы получили данные, которые свидетельствуют о наличии статистически значимых различий в показателях измеряемых компонентов, способствующих развитию готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате. Все три измеряемых компонента, после проведения контрольного среза показали положительную динамику. Это позволяет сделать вывод, что выдвинутая нами гипотеза верна.

Проведя анализ полученных в ходе экспериментальной работы результатов, мы можем сделать вывод, что повышению уровня готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате, способствовала реализация следующих условий:

1. изучение особенностей готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате;

2. разработка и апробация общеразвивающей программы по социально-бытовой ориентировке.

Таким образом, наш формирующий эксперимент показал положительные результаты. Заявленная гипотеза подтверждается

## Библиографический список:

1. Агрба М. В. Профессиональная ориентация, профессиональная подготовка и трудоустройство при умственной отсталости. – 2007.
2. Алтынцева Е. Н. Проблема готовности к самостоятельной жизни в психолого-педагогических исследованиях. – 2005.
3. Андреева Л. В. и др. Образование лиц с ограниченными возможностями в контексте программы ЮНЕСКО «Образование для всех»: опыт России //СПб.: Изд-во РГПУ им. АИ Герцена. – 2007.
4. Асмолов А. Г. Психология личности. – М : Смысл, 2001.
5. Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития/Пер. со шведского/Под ред //Ю. Колесовой. СПб. – 2001.
6. Барабанщиков В. А. Восприятие и событие //СПб.: Алетейя. – 2002.
7. Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. – 2009.
8. Белявский Б. В., Соловьева И. Л. Система работы по профориентации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях //Специальное образование.–2016.– №.2.
9. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – "Издательский дом " Питер"", 2007.
10. Болотненко Л. Н. Подготовка лиц с восстановленной дееспособностью к независимой жизни как актуальная социальная проблема //Гуманитарные научные исследования. – 2015. – №. 11. – С. 320-324.
11. Булат Г., Кара А. Основные направления инклюзивного образования в Республике Молдова //Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. – 2009. – С. 25-27.

- 12.Выготский Л. С. К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка //Собр. соч. в. – 1995. – С. 115-136.
- 13.Выготский Л. С. Коллектив как фактор развития дефективного ребенка //Собр. соч. – 1983. – Т. 5.
- 14.Выготский Л. С. О связи между трудовой деятельностью и интеллектуальным развитием ребенка //Дефектология. – 1976. – №. 6. – С. 3-8.
- 15.Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости //Собр. соч. – 1983. – Т. 5. – С. 231-256.
- 16.Гайдукевич С. Е. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. – 2008.
- 17.Гиллберг К., Хеллгрен Л. Психиатрия детского и подросткового возраста //Пер. со швед. М: ГЭОТАР-Мед. – 2004. – Т. 544.
- 18.Гилфорд Д. Три стороны интеллекта //Психология мышления.–М.: Прогресс. – 1965. – С. 433.
- 19.Гребенникова В. М., Никитина Н. И., Агронина Н. И. Социальная адаптивность молодых людей с ментальной инвалидностью к самостоятельной жизни в социуме: сущность, специфика, уровни проявления, критерии и показатели их оценки //Историческая и социально-образовательная мысль. – 2015. – Т. 7. – №. 6-1.
- 20.Грозная Н. С. Включающее образование. История и зарубежный опыт //Вопросы образования. – 2006. – №. 2.
- 21.Гурович И. Я., Ньюфельдт О. Г. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи //М.: Медпрактика-М. – 2007. – Т. 355.
22. Дьяченко М. И. Кандыбович ЛА Психологические проблемы готовности к деятельности //Минск: Изд-во БГУ. – 1976. – С. 118-123.
- 23.Жаворонков Р. Реализация права детей-инвалидов на образование (европейская практика и российский опыт) //Человек и труд. – 2005. – №. 9. – С. 22-28.

24. Зайцев Д. В. Интегрированное образование детей с ограниченными возможностями // Социологические исследования. – 2004. – №. 7. – С. 127-132.
25. Закон Ф. Об образовании в Российской Федерации // М.: Проспект. – 2013.
26. Закон Ф. Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10.12. 95. № 195—ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 1995. – №. 50.
27. Замский Х. С. Умственно отсталые дети // История изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины. – 2008. – Т. 19.
28. Зозуля Т. В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М. : ИЦ" Академия", 2001.
29. Иовчук Н. М. Интегративное воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья: условия и перспективы // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2006. – №. 2.
30. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. – 2004.
31. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. Санкт-Петербург: СПб НИПИ им // ВМ Бехтерева; 1998. 255 с.
32. Ключко Е. Ю. Жизнь без барьеров: о перспективах и изменениях в положении детей с инвалидностью и инвалидов с детства // НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ НА 2012–2017 ГОДЫ: НАУКА, ОБРАЗОВАНИЕ, ПРАКТИКА. – 2016. – С. 94.
33. Коллегова В. А., Янович Ф. П. Опыт организации внебольничной психиатрической помощи детям и подросткам // М.: Медицина.— 1975.—192 с. – 1975.
34. Конвенция О.О.Н. О правах инвалидов // Принята резолюцией. – 2006. – Т. 61. – №. 10.

35. Копылова Т. Г., Лашина О. Л. Система профориентационной работы в коррекционной школе VIII вида // Дефектология. – 2006. – №. 5. – С. 75-78.
36. Корень Е. В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. – №. 4.
37. Кулагина Е. В. Актуальные вопросы модернизации специального образования // Национальные приоритетные проекты / Под ред. д-ра экон. наук А.Ю. Шевякова. М.: ИСЭПН РАН. – 2007.
38. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов // М.: Просвещение. – 1991.
39. Лукьянова М. И. Социальная компетентность как компонент управленческой культуры руководителя // Психология инновационного управления социальными группами и организациями. – 2001. – С. 240-242.
40. Макаров И. В. Лекция 7. Олигофрении. Систематика, клиника, диагностика // ИВ Макаров. Лекции по детской психиатрии. – СПб.: Речь. – 2007. – С. 126-146.
41. Макаров И. В. Психозы у детей с олигофренией // Журн неврол и психиат. – 2004. – Т. 104. – С. 2.
42. Малофеев Н. Н., Шматко Н. Д. Отечественные модели интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии и опасность механического переноса западных моделей интеграции // Актуальные проблемы интегрированного обучения. – 2001. – С. 8-13.
43. Мартиненко А. В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – Nauka Publishers, 1999.
44. Мифтахова Л. Р. Умственно отсталые дети: социально-демографические аспекты (на примере республики Татарстан) // Вестник экономики, права и социологии. – 2013. – №. 3.

45. Моргачева Е. Н. Компаративный анализ парадигм феномена умственной отсталости в специальной педагогике России и США: Автореферат дисс.... докт. пед. наук. – 2011.
46. Обуховский К. Галактика потребностей. Психология влечений человека/К. Обухов" ский. – 2003.
47. Олешкевич В. И. Интегрированное обучение как педагогическая проблема //Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития.–Минск: Международное бюро просвещения ЮНЕСКО. – 2009.
48. Плохова И. А. Социальная реадaptация молодых инвалидов с умственной отсталостью //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №. 5.
49. Посмитюха А. И., Борщева Н. М. Развитие социальной компетентности подростков в условиях учреждения дополнительного образования //ББК Ч466я431 П86. – 2014. – С. 93.
50. Программа и направление работы Новосибирская региональная общественная организация инвалидов Центр независимой жизни «Финист»
51. Равен Д. Компетентность в современном обществе. – М. : Когито-центр, 2002. – С. 396.
52. Риппа Д., Риппа Б. Стратегии обучения в инклюзивном классе //Ресурсные материалы по вопросам инклюзивного образования и образования для устойчивого развития. – 2009. – С. 209.
53. Рубина Л. П., Макаров И. В. Организация и особенности детской психиатрической помощи в Санкт-Петербурге //Психиатрия. – 2004. – №. 3 (9). – С. 55-58.
54. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника //М.: Просвещение. – 1986. – Т. 192. – С. 1.
55. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – 2010.

56. Сиротина Т. В., Хакимова М. П. Забота о людях с ментальными нарушениями в психоневрологическом интернате: Социально-исторический контекст // ББК 87.21+ 115 К 17. – С. 129.
57. Старобина Е. Профессиональная подготовка лиц с умственной отсталостью. – Litres, 2017.
58. Статистика для психологов – Учебник М., Ермолаева О. Ю. 2-е изд. Испр // М.: Московский психолого-социальный институт Флинта. – 2003.
59. Столярова П. П. Изучение временной организации образа Я у детей 12-14 лет с умственной отсталостью // Дефектология. – 2005. – №. 6. – С. 83-88.
60. Трошин О. В., Жулина Е. В., Кудрявцев В. А. Основы социальной реабилитации и профориентации // М.: ТЦ Сфера. – 2005.
61. Худоренко Е. А. Лица с ограниченными возможностями здоровья. Проблемы образования и инклюзии // Социологические исследования. – 2010. – №. 9. – С. 65-70.
62. Царёв А. М. ФГОС образования обучающихся с интеллектуальными нарушениями – инструмент реализации права на образование детей с особыми // Сибирский вестник специального образования. – 2016. – №. 1-2. – С. 122-130.
63. Шевченко Ю. С., Северный А. А., Иовчук Н. М. Актуальные проблемы современной организации психиатрической помощи детям в России // Вопр. психического здоровья детей и подростков. – 2006. – Т. 2. – С. 23-32.

## Приложения

### Приложение 1

1. Определение уровня социального интереса, методика Дж. Кренделла «Шкала социального интереса, шкала личностной значимости черт».

Методика Дж. Кренделла предназначена для выявления уровня развития социального интереса учащихся.

Основопологающим методом исследования является тестирование. Методика предназначена для подростков и юношей 14-17 лет. Результаты исследования предназначены для преподавателей, воспитателей, кураторов учебных групп, мастеров производственного обучения, социального педагога, классных руководителей.

Методика проводится в стандартных условиях учебных заведений (возможны групповая и индивидуальная формы тестирования).

Интерпретация результатов проводится в соответствии с ключом оценки и обработки данных исследования.

Инструкция. Ниже приведены пары личностных качеств, или черт. В каждой паре подчеркните качество, которое вы цените более высоко. Совершая выбор, спросите себя, каким из двух качеств вы предпочли бы обладать как одной из ваших собственных характеристик.

Рассмотрим, например, первую пару: одаренный воображением – рациональный. Если бы вы могли выбирать, каким бы вы предпочли быть? Подчеркните в каждой паре ту характеристику, которую вы выбрали.

Некоторые из качеств будут встречаться дважды, но в разных сочетаниях: на самом деле ни одна пара не повторится.

**Я предпочел бы быть:**

1. Одаренным воображением – рациональным;
2. Полезным – сообразительным;
3. Умелым – сопереживающим другим;
4. Уравновешенным – продуктивным;
5. Интеллектуальным – деликатным;
6. Надежным – честолюбивым;
7. Уважающим других – оригинальным;
8. Творческим – здравомыслящим;
9. Великодушным – особенным;
10. Ответственным – оригинальным;
11. Способным – принимающим других;
12. Заслуживающим доверия – умудренным опытом;
13. Умелым – логически мыслящим;
14. Прощающим других – утонченным;
15. Продуктивным – уважающим других;
16. Практичным – уверенным в своих силах;
17. Способным – независимым;
18. Энергичным – способным сотрудничать;

19. Одаренным воображением – полезным;
20. Реалистичным – высококонрастным;
21. Деликатным – умудренным опытом;
22. Сопереживающим другим – особенным;
23. Честолюбивым – терпеливым;
24. Трезвомыслящим – сообразительным.

Показатель социального интереса определяется по сумме ключевых ответов:

в парах 2, 7, 9, 12, 14, 21 и 22 – по одному баллу начисляется за первую по порядку черту пары;

в парах 3, 5, 11, 15, 18, 19, 20 и 23 – за вторую.

Пары 1, 4, 6, 8, 10, 13, 16, 17 и 24 являются несущественными, и баллы за них не начисляются.

Уровни показателя социального интереса:

0–2 балла – низкий;

3–5 – ниже среднего;

6–8 – средний;

9–11 – выше среднего;

12–15 – высокий.

2. Выявление уровня развития соответствующих способностей к познанию поведения, тест Дж. Гилфорда «Социальный интеллект». Описание методики.

Методика включает четыре субтеста, из них три составлены на невербальном стимульном материале и один – на вербальном. Субтесты диагностируют четыре способности в структуре социального интеллекта: познание классов, систем, преобразований и результатов

поведения. Два субтеста имеют в своей факторной структуре также второстепенные веса, касающиеся способности понимать элементы и отношения поведения.

Методика рассчитана на весь возрастной диапазон, начиная с 9 лет.

Стимульный материал представляет собой набор из четырех тестовых тетрадей. Каждый субтест содержит от 12 до 15 заданий. Время проведения субтестов ограничено.

Краткое описание субтестов.

Субтест № 1. «Истории с завершением»

В субтесте используются сцены с персонажем комиксов Барни и его близкими (женой, сыном, друзьями). Каждая история основывается на первой картинке, изображающей действия персонажей в определенной ситуации. Испытуемый должен найти среди трех других картинок ту, которая показывает, что должно произойти после ситуации, изображенной на первой картинке, учитывая чувства и намерения действующих лиц.

Субтест измеряет фактор познания результатов поведения, то есть способность предвидеть последствия поведения персонажей в определенной ситуации, предсказать то, что произойдет в дальнейшем.

Субтест № 2. «Группы экспрессии»

Стимульный материал субтеста составляют картинки, изображающие невербальную экспрессию: мимику, позы, жесты. Три картинки, расположенные слева, всегда выражают одинаковые чувства, мысли, состояния человека. Испытуемый должен среди четырех картинок, расположенных справа, найти ту, которая выражает такие же мысли, чувства, состояния человека, что и картинки слева.

Субтест измеряет фактор познания классов поведения, а именно способность к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека.

Субтест № 3. «Вербальная экспрессия»

В каждом задании субтеста предъявляется фраза, которую один человек говорит другому в определенной ситуации. Испытуемый должен среди других трех заданных ситуаций общения найти ту, в которой данная фраза приобретет другое значение, будет произнесена с другим намерением. Субтест измеряет фактор познания преобразований поведения, то есть способность понимать изменение значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации.

#### Субтест № 4. «Истории с дополнением»

В данном субтесте появляются персонажи комикса «Фердинанд», включенные в семейные, деловые и дружеские контакты. Каждая история состоит из четырех картинок, причем одна из них всегда пропущена. Испытуемый должен понять логику развития, сюжет истории и среди четырех других картинок, предлагаемых для ответа, найти пропущенную.

Субтест измеряет фактор познания систем поведения, а именно способность понимать логику развития ситуаций взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях.

#### Процедура проведения

В зависимости от целей исследования методика допускает как проведение полной батареи, так и использование отдельных субтестов. Возможны индивидуальный и групповой варианты тестирования.

При использовании полного варианта методики субтесты предъявляются в порядке их нумерации. Вместе с тем эти рекомендации авторов методики не являются непреложными.

Время, отведенное на каждый субтест, ограничено и составляет:

- 6 минут (1 субтест - «Истории с завершением»),
- 7 минут (2 субтест - «Группы экспрессии»),
- 5 минут (3 субтест - «Вербальная экспрессия»),
- 10 минут (4 субтест - «Истории с дополнениями»).

Общее время тестирования, включая инструкцию, составляет 30-35 минут.

## Правила тестирования

1. Раздавать тестовые тетради только в момент проведения данного субтеста.
2. Убеждаться каждый раз, что обследуемые правильно поняли инструкцию к субтестам.
3. Добиваться от обследуемых усвоения описанных в инструкциях сведений о Барни и Фердинанде - действующих лицах первого и последнего субтестов.
4. Ориентировать испытуемых на выбор ответов, отражающих наиболее типичное поведение персонажей в данной ситуации, исключая оригинальные и юмористические трактовки.
5. Предупреждать обследуемых, что в случае исправлений необходимо четко вычеркивать в бланке неправильные ответы.
6. В целом не поощряя ответы наугад, следует указать обследуемым, что лучше все же давать ответы, даже если они не совсем уверены в их правильности.
7. При возникновении вопросов по ходу тестирования необходимо адресовать обследуемых к письменной инструкции, не допуская обсуждения вслух.
8. Точно измерять время и следить за тем, чтобы обследуемые не начинали работать раньше времени.

Перед началом тестирования обследуемым выдаются бланки ответов, на которых они фиксируют некоторые сведения о себе. После этого они получают тестовые тетради с первым субтестом и начинают знакомиться с инструкцией по ходу ее зачитывания экспериментатором. В процессе чтения инструкции экспериментатор делает паузу после знакомства с примером, чтобы убедиться, что обследуемые правильно его поняли. По окончании инструкции отводится время для ответов на вопросы. После этого экспериментатор дает команду «Переверните страницу. Начали» и включает секундомер.

За минуту до окончания работы над субтестом обследуемых предупреждают об этом. По истечении времени работы дается команда «Стоп. Отложите ваши ручки», обследуемые отдыхают в течение нескольких минут и переходят к выполнению следующего субтеста.

#### Обработка результатов

Для обработки результатов используются бланк ответов, ключ к обработке и нормативные таблицы для определения стандартных значений. Бланки ответов обрабатываются с помощью специальных ключей. Результаты подсчитываются по каждому субтесту в отдельности и по всему тесту в целом. Результаты по отдельным субтестам отражают уровень развития одной (или нескольких) способностей фактора познания поведения. Результат по тесту в целом называется композитной оценкой и отражает общий уровень развития социального интеллекта.

Суммы «сырых баллов» за каждый субтест, подсчитанные с помощью «ключей», записываются в первую строку Итоговой таблицы на Бланке ответов. За каждый правильный ответ обследуемому начисляется один балл. «Сырые баллы» переводятся в стандартные с помощью нормативных таблиц и записываются во вторую строку Итоговой таблицы.

Композитная оценка представляет собой сумму «сырых баллов» по каждому субтесту. Полученная сумма тоже переводится в стандартное значение.

Перевод «сырых» оценок в стандартную шкалу дает возможность сравнивать степень выраженности отдельных способностей к познанию поведения (социального поведения) у данного обследуемого (интраиндивидуальная диагностика с построением профиля социального интеллекта), а также сравнивать уровень развития способностей к познанию поведения у разных людей (интериндивидуальная дифференциальная диагностика).

#### Ключ

При совпадении ответа с ключом испытуемый получает 1 балл по соответствующей шкале. При несовпадении - 0 баллов.

№	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4
<b>1</b>	2	1	3	4
<b>2</b>	2	4	3	3
<b>3</b>	2	3	3	3
<b>4</b>	3	3	1	2
<b>5</b>	1	2	1	1
<b>6</b>	3	1	2	1
<b>7</b>	3	2	2	4
<b>8</b>	3	2	1	1
<b>9</b>	3	1	2	1
<b>10</b>	3	4	3	2
<b>11</b>	3	1	1	1
<b>12</b>	1	1	2	2
<b>13</b>	1	2		2
<b>14</b>	2	4		1
<b>15</b>		4		

Нормативные таблицы для определения стандартных значений (для  
возрастной категории 18-55 лет)

Стандартные значения	Субтесты				Композитная оценка
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
<b>1</b>	0 – 2	0 – 2	0 – 2	0 – 1	0 – 12
<b>2</b>	3 – 5	3 – 5	3 – 5	2 – 4	13 – 26
<b>3</b>	6 – 9	6 – 9	6 – 9	5 – 8	27 – 37
<b>4</b>	10 – 12	10 – 12	10 – 11	9 – 11	38 – 46
<b>5</b>	13 – 14	13 – 15	12	12 – 14	47 – 55

## Интерпетация результатов.

При интерпретации результатов необходимо помнить, что успешность выполнения теста положительно коррелирует со скоростью мышления, образовательным уровнем обследуемого и не зависит от его пола.

## Интерпретация отдельных субтестов

После завершения процедуры обработки результатов получают стандартные баллы по каждому субтесту, отражающие уровень развития соответствующих способностей к познанию поведения. При этом общий смысл стандартных баллов можно определить следующим образом:

- 1 балл - низкие способности к познанию поведения;
- 2 балла - способности к познанию поведения ниже среднего (среднеслабые);
- 3 балла - средние способности к познанию поведения (средневыборочная норма);
- 4 балла - способности к познанию поведения выше среднего (среднесильные);
- 5 баллов - высокие способности к познанию поведения.

При получении стандартной оценки 1 балл по какому-либо субтесту необходимо прежде всего проверить, правильно ли обследуемый понял инструкцию.

## Субтест № 1 - «Истории с завершением»

Лица с **высокими** оценками по субтесту умеют предвидеть последствия поведения. Они способны предвосхищать дальнейшие поступки людей на основе анализа реальных ситуаций общения (семейного, делового, дружеского), предсказывать события, основываясь на понимании чувств, мыслей, намерений участников коммуникации. Их прогнозы могут оказаться ошибочными, если они будут иметь дело с людьми, ведущими самым неожиданным, нетипичным образом. Такие люди умеют четко выстраивать стратегию собственного поведения для достижения поставленной цели. Успешное выполнение субтеста предполагает умение ориентироваться в

невербальных реакциях участников взаимодействия и знание нормо-ролевых моделей и правил, регулирующих поведение людей.

Лица с **низкими** оценками по субтесту плохо понимают связь между поведением и его последствиями. Такие люди могут часто совершать ошибки (в том числе и противоправные действия), попадать в конфликтные, а возможно, и в опасные ситуации потому, что неверно представляют себе результаты своих действий или поступков других. Они плохо ориентируются в общепринятых нормах и правилах поведения.

Успешность выполнения данного субтеста положительно коррелируют со следующими психологическими особенностями:

- способностью полно и точно описывать личность незнакомого человека по фотографии;
- способностью к расшифровке невербальных сообщений;
- дифференцированностью Я-концепции, насыщенностью Я-образа пониманием интеллектуальных, волевых характеристик, а также описанием особенностей духовной организации личности.

#### Субтест № 2 - «Группы экспрессии»

Лица с **высокими** оценками по субтесту способны правильно оценивать состояния, чувства, намерения людей по их невербальным проявлениям, мимике, позам, жестам. Такие люди, скорее всего, придают большое значение невербальному общению, обращают много внимания на невербальные реакции участников коммуникации. Чувствительность к невербальной экспрессии существенно усиливает способность понимать других. Способность читать невербальные сигналы другого человека, осознавать их и сравнивать с вербальными, по мнению А. Пиза, лежит в основе «шестого чувства» - интуиции. В психологии широко известны исследования, доказывающие большое значение невербальных средств общения. Так, Р. Бедсвилл обнаружил, что в беседе словесное общение занимает менее 35%, а более 65% информации передается невербально.

Лица с **низкими** оценками по субтесту плохо владеют языком телодвижений, взглядов и жестов, который раньше осваивается в онтогенезе и вызывает больше доверия, чем вербальный язык). В общении такие люди в большей степени ориентируются на вербальное содержание сообщений. И они могут ошибаться в понимании смысла слов собеседника потому, что не учитывают (или неправильно учитывают) сопровождающие их невербальные реакции.

Успешность выполнения субтеста положительно коррелирует:

- с точностью, полнотой, нестереотипностью и пластичностью при описании личности незнакомого человека по фотографии;
- с чувствительностью к эмоциональным состояниям других в ситуациях делового общения;
- с разнообразием экспрессивного репертуара в общении;
- с открытостью и проявлением дружелюбия в общении;
- с эмоциональной стабильностью;
- с сенситивностью к обратной связи в общении, восприимчивостью к критике, совестливостью;
- с высокой самооценкой и степенью принятия себя;
- с насыщенностью Я-образа описанием волевых характеристик личности, активности, стеничности;
- с глубиной рефлексии;
- с точностью понимания того, каким образом собственное эмоциональное состояние человека воспринимается его партнерами по общению, что является показателем конгруэнтности коммуникативного поведения, предпосылкой успешной самопрезентации;
- с эмпатией, с невербальной чувствительностью.

Субтест № 3 - «Вербальная экспрессия»

Лица с **высокими** оценками по субтесту обладают высокой чувствительностью к характеру и оттенкам человеческих взаимоотношений, что помогает им быстро и правильно понимать то, что люди говорят друг

другу (речевую экспрессию) в контексте определенной ситуации, конкретных взаимоотношений. Такие люди способны находить соответствующий тон общения с разными собеседниками в разных ситуациях и имеют большой репертуар ролевого поведения (то есть они проявляют ролевую пластичность).

Лица с **низкими** оценками по субтесту плохо распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Такие люди часто «говорят невпопад» и ошибаются в интерпретации слов собеседника.

Успешность выполнения субтеста также положительно коррелирует с точностью описания личности незнакомого человека по фотографии, насыщенностью Я-образа описанием духовных ценностей и шкалой эмпатии.

#### Субтест № 4 - «Истории с дополнением»

Лица с **высокими** оценками по субтесту способны распознавать структуру межличностных ситуаций в динамике. Они умеют анализировать сложные ситуации взаимодействия людей, понимают логику их развития, чувствуют изменение смысла ситуации при включении в коммуникацию различных участников. Путем логических умозаключений они могут достраивать неизвестные, недостающие звенья в цепи этих взаимодействий, предсказывать, как человек поведет себя в дальнейшем, отыскивать причины определенного поведения. Например, субтест позволяет прогнозировать успешность построения следователем целостной картины преступления на основе неполных данных. Успешное выполнение субтеста предполагает способность адекватно отражать цели, намерения, потребности участников коммуникации, предсказывать последствия их поведения. Кроме этого, требуется умение ориентироваться в невербальных реакциях человека, а также нормах и правилах, регулирующих поведение в обществе.

Лица с **низкими** оценками по субтесту испытывают трудности в анализе ситуаций межличностного взаимодействия и, как следствие, плохо

адаптируются к разного рода взаимоотношениям между людьми (семейным, деловым, дружеским и другим).

Субтест является наиболее комплексным и информативным по общему факторному весу в структуре социального интеллекта.

Успешность выполнения субтеста положительно коррелирует с точностью, полнотой, дифференцированностью и гибкостью описания незнакомого человека по фотографии, с дифференцированностью Я-концепции, глубиной рефлексии, с принятием себя, чувством собственного достоинства, с интересом к социальным проблемам, общественной активностью, с экзаменационной успешностью.

Интерпретация композитной оценки социального интеллекта.

Общий уровень развития социального интеллекта (интегрального фактора познания поведения) определяется на основе композитной оценки. Смысл композитной оценки, выраженной в стандартных баллах, можно определить следующим образом:

- 1 балл - низкий социальный интеллект;
- 2 балла - социальный интеллект ниже среднего (среднеслабый);
- 3 балла - средний социальный интеллект (средневыборочная норма);
- 4 балла - социальный интеллект выше среднего (среднесильный);
- 5 баллов - высокий социальный интеллект.

Социальный интеллект представляет собой систему интеллектуальных способностей, определяющих адекватность понимания поведения людей. По мнению авторов методики, способности, отражающиеся на уровне композитной оценки, «вероятно, перекрывают собой традиционные понятия социальной чувствительности, эмпатии, восприятия другого и то, что можно назвать социальной интуицией». Выполняя регулирующую функцию в межличностном общении, социальный интеллект обеспечивает социальную адаптацию личности, «гладкость в отношениях с людьми».

Лица с **высоким** социальным интеллектом способны извлечь максимум информации о поведении людей, понимать язык невербального

общения, высказывать быстрые и точные суждения о людях, успешно прогнозировать их реакции в заданных обстоятельствах, проявлять дальновидность в отношениях с другими, что способствует их успешной социальной адаптации.

Лица с высоким социальным интеллектом, как правило, бывают успешными коммуникаторами. Им свойственны контактность, открытость, тактичность, доброжелательность и сердечность, тенденция к психологической близости в общении.

Высокий социальный интеллект связан с интересом к социальным проблемам, наличием потребности воздействовать на других и часто сочетается с развитыми организаторскими способностями. Люди с развитым социальным интеллектом обычно имеют выраженный интерес к познанию себя и развитую способность к рефлексии.

Уровень развития социального интеллекта в большей степени определяет успешность адаптации при поступлении на работу, чем уровень развития общего интеллекта. Люди с высоким социальным интеллектом обычно легко уживаются в коллективе, способствуют поддержанию оптимального психологического климата, проявляют больше интереса, смекалки и изобретательности в работе.

Лица с **низким** социальным интеллектом могут испытывать трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, что усложняет взаимоотношения и снижает возможности социальной адаптации.

Низкий уровень социального интеллекта может в определенной степени компенсироваться другими психологическими характеристиками (например, развитой эмпатией, некоторыми чертами характера, стилем общения, коммуникативными навыками), а также может быть скорректирован в ходе активного социально-психологического обучения.

### 3. Шкала социальной компетентности (А.М. Прихожан)

Шкала разработана А. М. Прихожан по типу шкалы социальной компетентности Е. Долла и направлена на выявление уровня социальной компетентности подростков.

Шкала предназначена для подростков 10-16 лет и позволяет выявить как общий уровень социальной компетенции подростка в соответствии с возрастом, так и компетентность в отдельных областях.

Методика проводится индивидуально, устно, в виде беседы. Письменное заполнение шкалы недопустимо. Беседа может проводиться с самим подростком, а также с людьми, хорошо его знающими (родителями, другими взрослыми родственниками, лицами, заменяющими родителей, педагогами, а также самим психологом).

Психолог зачитывает последовательно каждый пункт и оценивает ответ, занося его в соответствующую графу бланка. В том случае если беседа проводится с самим подростком, пункты читаются во втором лице.

Для оценки используется трехбалльная шкала:

1 балл – школьник полностью владеет указанным навыком, умением, ему свойственна указанная форма поведения;

2 балла – владеет ими отчасти, проявляет время от времени, непостоянно;

3 балла – не владеет.

1. Вычисляется коэффициент социальной компетентности (СК) по формуле:

$$СК = (СВ-ХВ) \times 0,1,$$

где СК - коэффициент социальной компетентности; СВ - социальный возраст (определяется по табл. 3.25); ХВ - хронологический возраст.

2. В соответствии с ключом вычисляется балл по каждой субшкале.

№ п/п	Субшкала	Шифр субшкалы	Пункты
1.	Самостоятельность	С	2,8,16,20,31,36
2.	Уверенность в себе	У	1,13, 19,22,27,33

3.	Отношение к своим обязанностям	Об	6, 10,24,26,28,35
4.	Развитие общения	О	4,12, 15,23,30,34
5.	Организованность, развитие произвольности	П	3,9, 14,17,29,32
6.	Интерес к социальной жизни, наличие увлечений, владение современными технологиями	И	5,7, 11, 18,21,25

Полученные данные сопоставляются с показателями социального возраста по каждой шкале в соответствии с полом школьника (табл. 3). В том случае, если данные по возрастам совпадают, для вычисления берется возраст, ближайший к хронологическому возрасту подростка.

2. Вычисляется коэффициент социальной компетентности (СК) по каждой субшкале по формуле:

$$(СВ-ХВ) \times 0,1,$$

где СК - коэффициент социальной компетентности в соответствующей сфере; СВ - социальный возраст (определяется по табл. 3); ХВ - хронологический возраст.

#### Интерпретация результатов

Если беседа проводится с самим подростком, то данные оцениваются с точки зрения самооценки социальной компетентности, если с хорошо знающими подростка людьми - как экспертная оценка социальной компетентности.

Коэффициент социальной компетентности (и по шкале в целом, и по отдельным субшкалам) может находиться в интервале от -1 до +1 и интерпретируется следующим образом:

0-0,5 - социальная компетентность подростка в целом соответствует его возрасту (социально-психологический норматив);

0,6-0,75 - подросток по уровню социальной компетентности несколько опережает своих сверстников;

0,76-1 - подросток существенно опережает своих сверстников по уровню социальной компетентности, что может свидетельствовать о чрезмерно быстром взрослении как неблагоприятной тенденции развития;

0-(-0,5) - социальная компетентность подростка в целом соответствует его возрасту (социально-психологический норматив);

(-0,6)-(-0,75) - отставание в развитии социальной компетентности;

(-0,76)-(-1) – существенное отставание в развитии социальной компетентности.

Данные по отдельным субшкалам позволяют качественно проанализировать сферы «опережения» и «отставания» в социальной компетентности и составить соответствующую психолого-педагогическую программу.

Оценка результатов диагностики в 4-балльной шкале

- 4 балла - коэффициент социальной компетентности соответствует норме (-0,5 до + 0,5)
- 3 балла - коэффициент социальной компетентности незначительно отклоняется от норматива (0,6-0,7 или -0,6 - -0,75)
- 2 балла - коэффициент социальной компетентности значительно превышает норматив (0,76 – 1)
- 1 балл - коэффициент социальной компетентности значительно отстает от норматива (- 0,76 - -1)

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ  
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ

«КРАСНОЯРСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ»  
660130 г. Красноярск, ул. 2 я Ботаническая, 9 тел/факс 246-76-40

Утверждаю \_\_\_\_\_  
Директор  
КГБУ СО «Красноярский  
дом-интернат для  
инвалидов»  
В.В. Васильев

## ПРОГРАММА

### «Тропинка»

Срок реализации:

2 года

Целевая группа:

Молодые люди с ментальной инвалидностью  
(недееспособные и восстановленные в  
дееспособности) в возрасте от 18 до 35 лет

Автор-составитель:  
Никулина Г.А.

Красноярск 2016

Инвалиды с нарушениями ментальной сферы в нашей стране относятся к наиболее социально дезадаптированным категориям населения. Большинство из них не имеет семьи и не желает участвовать в общественной жизни. Полноценная жизнедеятельность подавляющего большинства инвалидов, проживающих в психоневрологических интернатах невозможна без предоставления им различных видов помощи и услуг, соответствующих их социальным потребностям, в том числе в сфере реабилитационных и социальных услуг, вспомогательных средств и приспособлений, материальной и иной поддержки. Адекватное и своевременное удовлетворение индивидуальных потребностей инвалидов призвано обеспечить компенсацию имеющихся у них ограничений жизнедеятельности и требует поиска наиболее эффективных методов и технологий решения проблем в условиях дома-интерната.

Вот почему государство, обеспечивая социальную защищенность таких инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, развития творческих и производственных возможностей и способностей. В настоящее время процесс социальной реабилитации инвалидов является предметом исследования в трудах Н.Ф. Дементьевой, А.А. Модестова, Е.И. Холостовой, О.С. Андреевой, Э.В. Устиновой.

До 80-х годов в России наиболее очевидная социальная помощь инвалидам с ментальными нарушениями оказывалась в специальных домах-интернатах. Эта сложившаяся традиционная форма медико-социальной помощи нетрудоспособным гражданам помимо положительных сторон имела и отрицательные (монотонный образ жизни, необходимость изменения жизненного стереотипа для инвалидов, бесперспективность и т.д.) Эти обстоятельства делали дома-интернаты малопривлекательными для инвалидов. Человек с интеллектуальной недостаточностью нуждается в такой социокультурной среде, которая учитывала бы «своеобразие пути», использовала бы «иные способы» и «иные средства» (Л.С.Выготский)

социального и личного развития. Реабилитация людей с интеллектуальной недостаточностью должно основываться на учете их потребностей в доступности общения и задач, ставящихся перед ними. Необходимо проведение системно организованной образовательно – воспитательной работы, в основе которой – ориентация на социальную адаптацию людей с ограниченными возможностями здоровья в домах-интернатах.

В связи с этим возникла потребность в создании программы по социально – бытовой ориентировке. Каждому инвалиду необходимо помочь обрести максимально возможную независимость в рамках удовлетворения основных жизненных потребностей, овладеть необходимыми умениями, позволяющими обслуживать себя и адаптироваться в обществе. Люди с множественными нарушениями психофизического развития наделены особыми способностями, имеют свой собственный темп и ритм развития, а также большое количество ограничений. Многие из них затрудняются свободно передвигаться, самостоятельно удовлетворять личные потребности, приобретать опыт деятельности, подражать социальному поведению, инициировать и поддерживать социальное взаимодействие. Весь процесс обучения и воспитания направлен на то, что бы подготовить их к самостоятельной жизни и интеграции в общество.

Социальная адаптация представляет собой механизм социализации, позволяющий людям с интеллектуальной недостаточностью принимать активное участие в посильном труде и в общественной жизни, приобщаться к социальной и культурной жизни в обществе.

Задача специалистов состоит в выявлении альтернативных путей развития деятельности инвалидов.

Таким образом, формирование социально-бытовой компетентности, как развитие готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью, осуществляется в ходе занятий по социально бытовой ориентировке и адаптации, в процессе которых молодые люди

получают знания о разнообразных сферах жизни и деятельности человека, приобретают практические умения, позволяющие им успешно адаптироваться в быту и социальной среде.

Данный процесс осуществляется на протяжении длительного времени, требует особых усилий, терпения и настойчивости со стороны, как самих молодых людей с ограниченными возможностями здоровья, так и специалистов, оказывающих им помощь и поддержку.

Программа по социально – бытовой ориентировки составлялась с учетом возрастных и психофизических особенностей развития людей данной категории, уровня их знаний и умений; по принципу усложнения и увеличения объема сведений. Последовательное изучение тем обеспечивает возможность систематизировано формировать и совершенствовать у инвалидов необходимые им навыки самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, ориентировки в окружающем мире.

**Новизна** программы заключается в том, что она содержит комплекс мероприятий сопровождаемого жизнеустройства молодых людей с ментальной инвалидностью во время проведения практических занятий, способствующих развитию социальных компетенций, а вместе с тем и развитию готовности к самостоятельной жизни молодых людей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости, в условиях стационарного учреждения общего типа.

**Целью** данной программы является развитие готовности к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью проживающих в доме-интернате.

**Задачи программы:**

1) формирование у людей с ограниченными возможностями здоровья, постоянно проживающих в доме-интернате знаний и умений, способствующих социальной адаптации;

2) развитие коммуникативной функции речи как неперенное условие социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья;

3) развитие умений, необходимых людям с ограниченными возможностями здоровья для осуществления своей жизнедеятельности в режиме самостоятельности;

4) формирование умения ориентироваться в окружающем социуме на бытовом уровне;

5) формирование представления о чистоте и порядке в помещении, на территории дома-интерната.

6) формирование представления и знания о нормах культуры поведения, помощь в накоплении соответствующего опыта.

7) формирование социального поведения, умения адекватно общаться, обращаться за помощью, соблюдая принятые правила приличия.

8) отработка навыков самообслуживания и личной гигиены для достижения возможной степени независимости.

**Целевая группа:** молодые люди с ментальной и инвалидностью в возрасте 18-35 лет.

**Длительность периода реализации программы:** 2 учебных года (18 месяцев), 144 часа.

**Принципы программы:**

1. Дидактический принцип возможности и особенности познавательной деятельности молодых людей с ментальной инвалидностью.
2. Воспитывающая и развивающая направленность обучения.
3. Научность и доступность обучения.
4. Систематичность и последовательность обучения.
5. Связь обучения с жизнью.
6. Принцип коррекции в обучении.
7. Принцип наглядности.
8. Сознательность и активность клиентов.
9. Индивидуальный и дифференцированный подход.
10. Прочность знаний, умений и навыков.
11. Принцип практической направленности обучения.

12. Материал расположен по принципу усложнения и увеличения объема информации.

**Методы работы:**

– Практические методы (дидактические игры, упражнения, задания, самостоятельная работа).

– Наглядные методы (натуральные предметы: одежда, обувь, посуда; реальные объекты: помещение, учреждение; муляжи, игрушки, изображения: предметные, сюжетные).

– Словесные методы (рассказ, объяснение, беседа).

Занятия по социально-бытовой ориентировке проводятся в специальном кабинете, в котором отведены места для учащихся и для оборудования, обеспечивающего выполнение в полном объеме всех видов практических работ, предусмотренных программой. При организации кабинета учитываются санитарно-гигиенические нормы и правила техники безопасности.

Освоение программы предусматривает сочетание аудиторных занятий, основанных на интерактивных формах освоения учебного содержания и самостоятельной работы, ориентированной на включение освоенного теоретического материала в реальную практику для решения конкретных проблем в повседневной жизни.

**Аудиторные формы организации занятий:**

**лекция-беседа**, предполагающая непосредственный контакт педагога с учащимися. Использование данной формы занятия позволит привлечь внимание учащихся к наиболее важным вопросам темы, определить содержание и темп изложения учебного материала с учетом психофизических и интеллектуальных особенностей людей с ОВЗ, а так же позволит определить степень усвоения ими предыдущего материала;

**лекция** с разбором конкретных ситуаций, предполагающая в процессе лекции обсуждение конкретных жизненных ситуаций;

**практические занятия** дают возможность людям с ОВЗ использовать теоретические знания в практической деятельности. Активное участие в практической работе ведет к систематизации знаний, к выработке умений и навыков;

**сюжетно – ролевые игры** – представляют собой модель, содержащую несколько принципиально важных для развития людей с ОВЗ типов деятельностей: проблемно-поисковую, мыслительную, коммуникативную, социально-моделирующую.

В данной программе имеются следующие разделы:

1. Личная гигиена
2. Питание
3. Одежда и обувь
4. Культура поведения
5. Жилище
6. Транспорт
7. Средства связи
8. Медицинская помощь
9. Торговля
10. Семья
11. Экономика домашнего хозяйства
12. Учреждения, организации и предприятия
13. Профессиональная ориентация и трудоустройство

#### **Ожидаемые результаты**

В результате реализации программы у молодых людей с ментальной инвалидностью должны быть сформированы теоретические знания, трудовые умения и навыки, достаточные для самообслуживания, адаптации в современном обществе, ориентации в социуме и быту, способствующие их самостоятельности в жизни.

Молодые люди с легкой и умеренной степенью умственной отсталости должны овладеть следующим минимумом жизненно значимых умений

В сфере организации питания:

- различать продукты питания разных групп: молочные, мучные, мясные, рыбные продукты; крупы, кондитерские изделия; овощи, фрукты.
- определять способы употребления в пищу (в сыром, варённом, жареном виде) разных продуктов питания;
- различать доброкачественные (пригодные к употреблению) и испорченные (непригодные к употреблению) продукты;
- размещать продукты питания в соответствующих местах хранения;
- обрабатывать продукты питания перед приёмом в пищу: мыть (фрукты, овощи, ягоды), чистить, отваривать и др.;
- правильно пользоваться столовой, чайной, кухонной посудой, столовыми приборами (столовой и чайной ложками, вилкой и ножом), кухонными приспособлениями и инструментами;
- сервировать стол к завтраку (ужину, обеду);
- убирать стол после еды; мыть посуду; убирать помещение кухни;
- соблюдать правила приёма пищи, культуру поведения и общения за столом;

В сфере ухода за телом:

- выполнять утренний и вечерний туалет (мыть руки, лицо, уши, шею, ноги, чистить зубы);
- мыть тело;
- мыть и расчёсывать волосы;
- чистить и подстригать ногти на пальцах рук и ног;
- пользоваться предметами и средствами гигиены, правильно их хранить;
- пользоваться дезодорантом;
- оценивать свой внешний вид (чистота лица, рук, волос, состояние ногтей, опрятность одежды, обуви).

В сфере ухода за одеждой и обувью:

- складывать и развешивать одежду; размещать одежду в шкафу, в квартире (доме);

- чистить одежду щёткой;
- стирать одежду вручную и в стиральной машине;
- выполнять мелкий ремонт одежды (пришивать пуговицы, вдевать резинку в пояс предметов одежды, зашивать одежду по распоровшемуся шву);
- зашнуровывать обувь, завязывать шнурок на узелок и бантик;
- чистить обувь;
- сушить мокрую обувь.

В сфере ухода за жилищем:

- наводить порядок в комнате;
- застилать постель;
- удалять пыль с мебели, зеркал и др.;
- подметать и мыть, пол;
- пользоваться механической щеткой для чистки ковровых покрытий;
- пользоваться пылесосом;
- выполнять уборку квартиры (повседневную, еженедельную, сезонную);
- ухаживать за комнатными растениями (поливать, удалять сухие листья, удалять пыль с листьев, рыхлить землю) и цветочными горшками.

В сфере обслуживания населения:

в процессе обучения формируются следующие жизненно значимые умения:

- ориентироваться в услугах, оказываемых различными предприятиями и учреждениями торговли (магазин, рынок, киоск), службы быта (парикмахерская, фотоателье, ателье по пошиву одежды, ремонтные мастерские, прачечная, химчистка, столовая), связи (почта, телеграф), медицинской помощи (больница, поликлиника, служба «скорой помощи», аптека), культуры (библиотека, кинотеатр, музей);
- различать и узнавать эти предприятия, учреждения по условным обозначениям, витринам, вывескам-названиям и др.;
- ориентироваться в местонахождении ближайших предприятий и учреждений сферы обслуживания населения в районе проживания;

- осуществлять покупки в универсальных, специализированных магазинах, на рынках, в киосках;
- ориентироваться в размерах, примерять и покупать одежду, обувь;
- обращаться в службы быта, медицинской помощи, правильно вести себя при пользовании их услугами;
- правильно вести себя в учреждениях культуры;
- пользоваться телефоном; обращаться по телефону в службы экстренной помощи: пожарную, милицию, скорую помощь;
- ориентироваться в услугах общественного транспорта (городской, пригородный, междугородный транспорт), осуществлять поездку в общественном транспорте;
- пользоваться деньгами, осуществлять платежи;

В сфере проведения досуга:

- иметь представление о способах организации досуга (посещения парка отдыха, кинотеатра, музея, библиотеки и др.);
- уметь правильно вести себя в местах отдыха и учреждениях культуры.

В рамках социально-бытовой ориентировки будут уметь

- называть свою фамилию, имя, отчество, возраст, адрес;
- приглашать и принимать гостей;
- поздравлять с праздником;
- называть способы организации досуга семьи, уметь организовывать свой досуг.

После усвоения материала по разделу «Трудоустройство» молодые люди будут уметь:

- называть основные документы гражданина РФ;
- называть документы, предоставляемые при поступлении в профессиональное училище, при устройстве на работу;
- оформлять документы (заявление, анкета);

– ориентироваться в ситуациях: заключения трудового договора, перехода с одной работы на другую, начисления трудового стажа, оформления больничного листа.

Результативность будет отслеживаться и анализироваться на основании диагностических данных. Диагностика проводится 3 раза в год (первичная, промежуточная, итоговая). Диагностические данные фиксируются в таблицах (приложение).

Учебно – тематический план  
1 год обучения

№ п/п	Наименование раздела	всего часов					
		Плановых уроков	Формирование новых знаний	Практические работы	Эксперсии	Сюжетно-ролевые игры	Контрольные работы
1	Введение	<b>1</b>					
2	Личная гигиена	<b>7</b>	4	3			
3	Питание	<b>9</b>	5	4			
4	Одежда и обувь	<b>9</b>	5	4			
5	Культура поведения	<b>8</b>	4	2	2		
6	Жилище	<b>9</b>	5	4			
7	Транспорт	<b>7</b>	4		3		
8	Средства связи	<b>7</b>	4	3			
9	Медицинская помощь	<b>9</b>	3	3	3		
10	Торговля	<b>7</b>	4		3		
	обобщение						1

Учебно – тематический план  
2 год обучения

№ п/п	Наименование раздела	всего часов					
		Плановых уроков	Формирование новых знаний	Практические работы	Эксперсии	Сюжетно-ролевые игры	Контрольные работы
1	Личная гигиена	<b>2</b>	2				
2	Одежда и обувь	<b>6</b>	3	3			
3	Жилище	<b>4</b>	3	1			
4	Питание	<b>10</b>	4	6			

5	Семья	4	3	1			
	Культура поведения	4	2	2			
6	Транспорт	2	2				
7	Средства связи	4	2	2			
8	Медицинская помощь	4	2	2			
9	Торговля	8	3	3	2		
10	Экономика домашнего хозяйства	8	4	2	2		
11	Семья	8	4	2		2	
12	Учреждения, организации и предприятия	4	2		2		
13	Профессиональная ориентация и трудоустройство	8	3	3	2		
	обобщение						1

Основное содержание разделов программы  
1 год обучения

Разделы	Основное содержание
«Введение»	<p>Беседа о цели, содержании и значении занятий. Особенности занятий. Знакомство с кабинетом, правила поведения в нем. Соблюдение правил техники безопасности в кабинете. Соблюдение санитарно - гигиенических требований на занятиях.</p>
«Личная гигиена»	<p>Значение личной гигиены для здоровья и жизни человека. Правила и приемы выполнения утреннего и вечернего туалета. Содержание в чистоте и порядке личных вещей. Типы волос и пользование шампунем в соответствии с типом волос. Здоровье и красота прически. Гигиена зрения и слуха, гигиена чтения. Как смотреть телевизор. Закаливания организма (зарядка, обтирание, сезонная одежда, физические упражнения). Уход за руками (уход за ногтями и кожей рук, кремы). Уход за ногами (уход за ногтями и кожей ног). Профилактика грибковых заболеваний. Мытье рук, стрижка ногтей, уход за кожей рук.</p> <p>Практические работы:</p> <p>Выполнение утреннего и вечернего туалета: мытье рук, лица, ушей, чистка зубов.</p> <p>Выполнение вечернего туалета. Подбор моющего средства в соответствии с типом волос. Подбор расчески, прически, причесывание волос.</p> <p>Измерение расстояния от книги до глаз, от телевизора до зрителя. Установка настольной лампы. Чистка ушей.</p> <p>Подобрать косметические средства для ухода за кожей рук.</p>
«Одежда и обувь»	<p>Виды одежды, обуви и головных уборов. Классификация одежды по сезонам (верхняя одежда, легкое платье). Одежда повседневная, праздничная, спортивная. Правила и приёмы повседневного ухода за одеждой. Предупреждение загрязнения, сушка мокрой одежды. Подготовка к хранению одежды. Правила, приёмы и средства ухода за обувью. Правила и приёмы сушки мокрой обуви. Подготовка к хранению обуви.</p> <p>Мелкий ремонт одежды (правила пришивания пуговиц, вешалок, крючков, зашивание распоровшегося шва). Правила</p>

	<p>и приемы ручной стирки изделий из х/б и шелковых тканей. Глажение фартуков, косынок, салфеток. Застежки разных видов.</p> <p>Практическая работа:</p> <p>Пришивание пуговиц, петель, крючков, вешалок на одежду, подшивание брюк, платья, зашивание распоровшегося шва.</p> <p>Чистка и сушка повседневной одежды, верхней одежды, обуви.</p>
«Питание»	<p>Продукты питания (хлеб, мясо, овощи, фрукты и т.д.). Значение разнообразия продуктов питания для здоровья человека.</p> <p>Место приготовления пищи и его оборудование.</p> <p>Кухонные приборы, принадлежности и посуда. Правила пользования и уход за ними.</p> <p>Химические средства по уходу за посудой.</p> <p>Приготовление завтрака. Простые и комбинированные, горячие и холодные бутерброды. Яйца отварные, яичница, и омлет. Приготовление салата - винегрета. Заваривание чая. Сервировка стола к завтраку.</p> <p>Гигиена приготовления пищи. Правила и приемы хранения продуктов и готовой пищи. Замораживание, размораживание. Определение срока годности.</p> <p>Приготовление пищи. Приготовление блюд из круп, макаронных изделий, картофеля и других овощей, молока и молочных продуктов. Сервировка стола к ужину.</p> <p>Практические работы:</p> <p>Оформление готовых блюд. Сервировка стола. Чистка и мытьё кухонных принадлежностей и посуды.</p>
«Культура поведения»	<p>Значение осанки при ходьбе, в положении сидя и стоя для общего здоровья.</p> <p>Формы обращения к старшим и сверстникам при встрече и расставании. Формы обращения с просьбой, вопросом к старшим и сверстникам. Разговор со старшими и сверстниками. Правила поведения за столом.</p> <p>Правила поведения в общественных местах (кино, театре, музее, библиотеке).</p> <p>Правила поведения при посещении культурно-массовых</p>

	мероприятий.
«Жилище»	<p>Виды жилых помещений в городе и деревне. Жилой дом, «интернатские помещения». Варианты квартир и подсобных помещений, виды отопления.</p> <p>Гигиенические требования к жилому помещению и меры по их обеспечению. Основные правила организации рабочего места.</p> <p>Почтовый адрес дома.</p> <p>Повседневная сухая и влажная уборка квартиры. Пользование пылесосом. Уход за полом. Средства по уходу за полом.</p> <p>Комнатные растения (их назначение, допустимое количество и уход).</p> <p>Практические работы:</p> <p>Сухая и влажная уборка помещения, пользование пылесосом и уход за ним. Мытьё полов.</p> <p>Уход за комнатными растениями: полив, опрыскивание, пересадка.</p> <p>Заполнение почтового адреса на открытках.</p>
«Транспорт»	<p>Наземный городской транспорт. Проезд в дом-интернат и социально-значимые места (маршруты, виды транспорта).</p> <p>Поведение в транспорте и на улице. Правила дорожного движения. Знаки дорожного движения.</p> <p>Основные транспортные средства. Пользование городским транспортом.</p> <p>Оплата проезда на всех видах транспорта (разовый, проездной, единый билеты).</p> <p>Железнодорожный транспорт.</p> <p>Экскурсия на вокзал (станцию)</p> <p>Коллективные поездки в транспорте.</p>

«Торговля»	<p>Продовольственные и промтоварные магазины, супермаркеты, специализированные магазины. Их назначение. Порядок приобретения товаров в продовольственных магазинах.</p> <p>Универсальные и специализированные продовольственные магазины.</p> <p>Виды товаров, их стоимость. Порядок приобретения товара.</p> <p>Экскурсия в продовольственный магазин.</p>
«Средства связи»	<p>Основные средства связи (почта, телеграф, телефон). Виды почтовых отправок (письма, бандероли, посылки, телеграммы). Письма, порядок отправления писем. Телефон. Пользование телефоном.</p> <p>Практическая работа: Написание адреса и индекса на конвертах.</p> <p>Экскурсия на почту.</p>
«Медицинская помощь»	<p>Виды медицинской помощи. Виды медицинских учреждений, их значение. Аптека. Работники медицинских учреждений (врачи, медицинские сестры, регистраторы, работники аптек).</p> <p>Экскурсия в аптеку.</p>

Основное содержание разделов программы  
2 год обучения

Разделы	Краткое содержание
«Личная гигиена»	<p>Личная гигиена. Индивидуальные предметы гигиены.</p> <p>Правила и приемы сохранения чистоты и здоровья тела.</p> <p>Гигиена одежды, нательного и постельного белья.</p> <p>Уход за кожей лица.</p> <p>Косметические средства (лосьоны, кремы и др.).</p> <p>Здоровый образ жизни - один из условий успеха в жизни человека (вред курения, алкоголя и наркотиков). Значение физических упражнений: в здоровом теле - здоровый дух.</p> <p>Практическая работа:</p> <p>Упражнение в протирании кожи лица лосьоном, нанесение крема.</p>
«Одежда и обувь»	<p>Ремонт разорванных мест одежды, штопка.</p> <p>Стирка белья из х/б ткани вручную и с помощью стиральной машины.</p> <p>Утюжка белья, брюк, юбки.</p> <p>«Химчистка». Виды услуг. Правила пользования.</p> <p>Особенности ухода за одеждой из шерстяных и синтетических тканей, стирка их в домашних условиях.</p> <p>Правила и приемы глажения блузок, рубашек, платьев.</p> <p>Стиль одежды, мода, обновление одежды. Выбор одежды и обуви при покупке.</p> <p>Выведение мелких пятен на одежды в домашних условиях (средства правила выведения).</p> <p>Техника безопасности при пользовании средствами для выведения пятен.</p> <p>Застежки разных видов.</p> <p>Практическая работа:</p> <p>Определение размеров одежды и обуви, примерка одежды и обуви. Выведение пятен.</p> <p>Ремонт разорванных мест одежды, штопка. Стирка мелких предметов из белой хлопчатобумажной ткани вручную и с помощью стиральной машины.</p> <p>Экскурсия в прачечную.</p>
«Питание»	<p>Продукты питания разных групп: овощи, фрукты, молочные, мучные, мясные, рыбные продукты, крупы, кондитерские изделия.</p>

	<p>Способы употребления в пищу (в сыром, варённом, жареном виде) разных продуктов питания.</p> <p>Доброкачественные (пригодные к употреблению) и испорченные (непригодные к употреблению) продукты.</p> <p>Обработка продуктов питания перед приёмом в пищу: мытье (фруктов, овощей), чистка, отваривание и др.</p> <p>Правила пользования столовой, чайной, кухонной посудой, столовыми приборами (столовой и чайной ложками, вилкой и ножом), кухонными приспособлениями и инструментами.</p> <p>Завтрак, обед, ужин. Разные виды блюд.</p> <p>Практическая работа:</p> <p>Сервировка стола к обеду.</p>
«Культура поведения»	<p>Поведение в гостях. Подарки.</p> <p>Культура общения мужчины и женщины.</p> <p>Внешний вид.</p> <p>Практическая работа:</p> <p>Изготовление несложных сувениров.</p>
«Жилище»	<p>Ежедневная и генеральная уборка жилого помещения.</p> <p>Подготовка квартиры к лету и зиме.</p> <p>Санитарная обработка помещения в случае необходимости.</p> <p>Уход за мебелью в зависимости от покрытия (мягкая обивка, полировка, лак).</p> <p>Содержание животных и птиц в квартире (кошка, собака, попугай).</p> <p>Уборка кухни, санузла, уход за ванной, унитазом, раковинами.</p> <p>Моющие средства, используемые при уборке кухни, ванной, санузла.</p> <p>Практическая работа:</p> <p>Мытье кафельных стен, чистка раковин.</p> <p>Уборка помещения, чистка мягкой мебели, мытьё зеркал.</p> <p>Утепление окон.</p>
«Транспорт»	<p>Междугородний железнодорожный транспорт. Вокзал.</p> <p>Автотранспорт, автовокзал. Основные автобусные маршруты. Расписание движения автобусов.</p> <p>Порядок приобретения билетов. Стоимость проезда.</p> <p>Экскурсия на автобусную станцию.</p>
«Торговля»	<p>Универсальные и специализированные промышленные</p>

	<p>магазины их отделы. Назначение магазинов.</p> <p>Специализированные магазины (книжный, спортивный и др.).</p> <p>Стоимость товаров. Выбор необходимых товаров.</p> <p>Порядок приобретения товаров.</p> <p>Практические работы:</p> <p>Упражнения в планировании покупок, подсчет стоимости товаров.</p> <p>Экскурсия в специализированный магазин.</p> <p>Экскурсия в продуктовый магазин.</p>
«Средства связи»	<p>Телефон. Культура разговора по телефону. Получение справок по телефону.</p> <p>Телеграфная и почтовая связь.</p> <p>Практические работы:</p> <p>Написание и отправка письма конверт.</p> <p>Экскурсия на в почтовое отделение.</p>
«Экономика домашнего хозяйства»	<p>Основные статьи расходов (питание, содержание жилища, одежда и обувь, культурные потребности).</p> <p>Планирование расходов на день, две недели.</p> <p>Покупки.</p> <p>Практические работы:</p> <p>Упражнение в планировании расходов на день, две недели (на конкретных примерах).</p> <p>Упражнения в планировании крупных покупок (на конкретных примерах).</p>
«Профессиональная ориентация и трудоустройство»	<p>Выбор профессии.</p> <p>Учреждения и отделы по трудоустройству.</p> <p>Оформление на работу, постоянную и по срочному договору. Документы, необходимые для поступления на работу.</p> <p>Деловые бумаги: заявление, анкета, расписка, докладная записка, заявка. Правила их составления и написание.</p> <p>Практическая работа:</p> <p>Определение качеств личности необходимых для выбранной профессии.</p> <p>Экскурсия в отдел занятости населения.</p> <p>Упражнение в умении обращаться в службу занятости, отделы кадров для устройства на работу.</p>

	Составление деловых бумаг: заявление, автобиографии, анкеты, заявки на материалы, инструменты, расписки, докладной записки.
--	---

Расписание занятий по дополнительной общеразвивающей  
программе «Тропинка»  
на 2016 – 2017 учебный год.

День недели	Подгруппа	Время занятий
Понедельник	1 подгруппа	10.00-10.45
	2 подгруппа	12.00-12.45
	3 подгруппа	15.00-15.45.
Среда	1 подгруппа	10.00-10.45
	2 подгруппа	12.00-12.45
	3 подгруппа	15.00-15.45.
Пятница	1 подгруппа	10.00-10.45
	2 подгруппа	12.00-12.45
	3 подгруппа	15.00-15.45.

Периодичность проведения занятий – 3 раза в неделю

Длительность одного занятия – 45 минут

Место проведения занятий:

- теоретические занятия – каб. № 46

- практические занятия – социально-значимые объекты г.

Красноярска (почта, аптека, магазин и.т.д.)





