

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ДЕТЕЙ-СИРОТ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ	10
1.1 Психолого-педагогическая характеристика детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития	10
1.2 Формирование социально-бытовой компетентности у детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития	19
1.3 Технологии формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.....	27
Выводы по первой главе.....	34
ГЛАВА 2 ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ДЕТЕЙ-СИРОТ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ	36
2.1 Организация и методы исследования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.....	36
2.2 Диагностика социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития	46
2.3 Эффективность индивидуальных программ формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития	50
Выводы по второй главе.....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	60

ПРИЛОЖЕНИЕ А Индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности для I группы.....	66
ПРИЛОЖЕНИЕ Б Индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности для II группы	68
ПРИЛОЖЕНИЕ В Индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности для III группы	70

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В международных и российских нормативно-правовых документах в области обеспечения прав детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), в том числе детей-инвалидов, закреплён приоритетный мировоззренческий принцип, основанный на отношении к каждому человеку как к высшей ценности и признающий высшей целью общества всестороннее развитие человека [22; 38; 39; 42; 43].

Образование и социализация детей с ОВЗ, детей-инвалидов являются важными государственными задачами, которые поставлены в государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» в редакции, введенной в действие с 1 января 2022 года. При государственной поддержке созданы Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ (г. Москва) и Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного сопровождения детей с интеллектуальными нарушениями, тяжелыми и множественными нарушениями развития (г. Псков) и др.

Одним из ключевых направлений государственной программы определено создание специальных условий для получения без дискриминации качественного образования лицами с ОВЗ. Необходимым специальным условием получения качественного образования является обеспечение естественного права человека на социализацию, к которой причисляется и область бытового взаимодействия, что актуализирует вопросы социально-бытовой реабилитации и абилитации лиц с ОВЗ.

В Федеральном Законе «Об образовании в Российской Федерации» дети со сложными нарушениями развития выделены как отдельная категория детей с ОВЗ, что нацеливает специалистов на разработку и применение результативных технологий их реабилитации и абилитации.

На сегодняшний день очень много делается в этом направлении со стороны государства и в Республике Казахстан.

Государственные образовательные стандарты начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья представляют совокупность обязательных требований при реализации адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования (АООП НОО) в образовательных организациях, в том числе программ, предназначенных для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Требования стандарта направлены на общекультурное и личностное развитие обучающихся с ОВЗ, которое составляет цель и основной результат получения образования и предполагает овладение обучающимися компетенциями, необходимыми для решения практико-ориентированных задач и обеспечивающими становление социально-бытовых отношений в социокультурной среде.

В отечественных научных исследованиях (Т.А. Басилова, И. Ю. Левченко, О.С. Никольская, М.В. Жигорева, А.В. Хаустов, А. М. Царев) выделена категория детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР). Показано, что, популяцию таких детей составляют преимущественно дети-сироты, которые имеют специфические особенности развития и специфические потребности, нуждаются в формировании социально-бытовой компетентности.

При этом в научных и практических источниках обозначается **противоречие** между возрастающей потребностью в образовательных технологиях социально-бытовой реабилитации и абилитации и необходимостью проектирования учебно-методического обеспечения учебных и коррекционных курсов, направленных на социально-бытовую компетентность детей-сирот с ТМНР.

Данное противоречие позволило определить **проблему исследования**: какие технологии реабилитации и абилитации детей-сирот с

тяжелыми и множественными нарушениями развития способствуют формированию социально-бытовой компетентности?

Цель исследования – теоретически обосновать, разработать и экспериментальным путем проверить эффективность индивидуальных программ обучения навыкам самообслуживания в формировании социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Объект исследования – социально-бытовая компетентность детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Предмет исследования – процесс формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Гипотеза исследования: эффективность формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития может быть повышена, если будут теоретически обоснованы, разработаны и внедрены в коррекционно-образовательный процесс индивидуальные программы обучения навыкам самообслуживания.

В соответствии с выдвинутой целью и гипотезой исследования были определены следующие **задачи исследования:**

1. Провести анализ психолого-педагогической литературы по проблеме формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

2. Провести диагностику социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

3. Разработать и реализовать индивидуальные программы обучения навыкам самообслуживания.

4. Оценить эффективность индивидуальных программ обучения навыкам самообслуживания в формировании социально-бытовой

компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: научные концепции по проблеме особых образовательных потребностях детей с тяжелыми множественными нарушениями (Т. А. Басилова, М. Г. Блюмина, Л. А. Головчиц, Я. Ван Дайк, М. В. Жигорева, И. Ю. Левченко, А. М. Царев, В. Н. Чулков, И. М. Яковлева и др.) и исследовательские разработки по формированию социально-бытовой компетентности (М. В. Переверзева, Р. К. Ульянова, Л. М. Шипицына, Н. В. Шульженко и др.).

Методы исследования:

– теоретические методы: анализ специальной психолого-педагогической литературы и психолого-медико-педагогической документации, обобщение результатов исследования;

– эмпирические методы: наблюдение, анкетирование, педагогический эксперимент;

– методы количественной и качественной обработки данных.

База исследования: КГУ Центр поддержки детей с расстройством аутистического спектра «Асыл Мирас». В исследовании участвовало 4 детей с различными сочетаниями сенсорных, интеллектуальных и двигательных нарушений, из которых девочек – 2, мальчиков – 2.

Этапы исследования:

На первом этапе – проводился сбор и анализ теоретического материал по проблеме исследования, разрабатывался план проведения исследования, разрабатывались индивидуальные программы обучения навыкам самообслуживания.

На втором этапе – изучались особенности формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития, внедрялись индивидуальные программы обучения навыкам самообслуживания детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

На третьем этапе – сравнивались результаты психолого-педагогического эксперимента до и после реализации индивидуальных программ обучения навыкам самообслуживания детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Формулировались выводы и оформлялась исследовательская работа.

Научная новизна исследования:

– представлены данные, расширяющие представления о потенциальных возможностях социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития;

– теоретически обоснованы, разработаны и экспериментально проверены индивидуальные программы обучения навыкам самообслуживания детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений: о потенциальных возможностях социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития, о влиянии целенаправленного обучения на становление бытовых навыков; в определении критериев оценки сформированности социально-бытовой компетентности.

Практическая значимость настоящего исследования определяется возможностью использования разработанного диагностического инструментария в целях оценки потенциальных возможностей социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития для разработки индивидуальных программ по формированию навыков самообслуживания, входящих в состав специальных индивидуальных программ развития ребенка с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Положения, выносимые на защиту:

1. На процесс формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития оказывают влияние психические особенности ребенка; структура его

нарушений; социальная ситуация развития и условий среды, в которой он находится; сроки получения коррекционной помощи и продолжительность коррекционного воздействия.

2. Работа по индивидуальной программе обучения навыкам самообслуживания, составленной на основе диагностической карты, обеспечивает положительную динамику формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития, которая подтверждается предложенным диагностическим инструментарием и экспертными оценками.

Апробация результатов исследования.

Результаты исследования представлены на научно-практических конференциях, проходящих в Профессионально-педагогическом институте Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета: IV международной педагогической конференции «Профессия, что всем дает начало: Роль педагога в современном образовании» (Посвящается Году семьи), (25 марта – 2 апреля 2024); V Международной педагогической конференции «Профессия, что всем дает начало: Роль педагога в современном образовании» (Челябинск) (4 марта 2025 г.).

По проблеме исследования имеются публикации.

Структура и объем работы. Работа изложена на 70 страницах, состоит из введения, двух глав (теоретическая и практическая), заключения и библиографического списка, включающего 50 источников. Текст иллюстрирован 2 таблицами и 4 рисунками. Имеется приложение.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗРАБОТКИ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ДЕТЕЙ-СИРОТ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

1.1 Психолого-педагогическая характеристика детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития

В настоящее время среди детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, исследователями выделена категория детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, приводящими к инвалидности ребенка. Теоретический анализ современных научных исследований в области медицины, психологии, педагогики показывает явную недостаточность существующей терминологической системы, используемой при характеристике множественных нарушений развития: сходные нарушения развития могут быть названы сложными, комплексными, множественными, сочетанными, осложненными, основанием их определения у авторов является полиморфный характер нарушений развития.

Анализ практической действительности, нормативных документов и теоретических исследований выявил, что в медицинских источниках отсутствуют четкие критерии дифференциальной диагностики детей, относящихся к категориям «ребенок-инвалид» и «ребенок-инвалид с ТМНР», поскольку медико-социальная экспертиза в соответствии с существующими нормативными требованиями, в соответствии с требованиями МКБ-10, устанавливает инвалидность на основании оценки только одной «линии» нарушения развития ребенка.

Изучение генезиса дефиниции «тяжелые и множественные нарушения развития» в психолого-педагогических исследованиях показало, что это понятие рассматривается в смысловом поле категории «дети с нарушениями развития». Дети с нарушениями развития – это дети, у которых вследствие

врожденной недостаточности или приобретенного органического поражения сенсорных органов, опорно-двигательного аппарата или центральной нервной системы развитие отклоняется от нормативного. Дети, относящиеся к данной категории, нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.

М. В. Жигорева, И. Ю. Левченко (2016) приводят следующие определения полиморфных нарушений развития:

– «... сложные (комплексные) нарушения: категория нарушений, представленных несколькими первичными нарушениями, каждое из которых, будучи отдельным, определило бы характер и структуру нарушенного развития; все составные элементы комплексного нарушения находятся во взаимодействии и имеют отрицательный кумулятивный эффект;

– осложненный дефект: дефект, при котором имеется несколько первичных нарушений, одно из них является основным, ведущим, определяющим структуру нарушенного развития;

– множественные нарушения: нарушения, при которых у ребенка одновременно существуют три и более первичных нарушения, причем каждое имеет отрицательные последствия, усугубляющие отклонения в развитии ребенка, например: умственно отсталые и слепоглухие» [19].

Остановимся подробно на психолого-педагогической характеристике понятия «множественные нарушения развития», наиболее полно представленной в отечественных исследованиях. К таким нарушениям может относиться сочетание у одного ребенка целого ряда невыраженных нарушений, которое приводит к отрицательному кумулятивному эффекту. Например, при сочетании мало выраженных нарушений моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи.

Л. А. Головчиц (2011), рассматривая понятия, связанные с понятием «множественные нарушения», в исторической ретроспективе отмечает, что «... понятие «сложный дефект» получило широкое распространение в

работах исследователей в 80–90-е годы. Термин «множественные нарушения» традиционно использовался в отечественной специальной педагогике для обозначения сочетания трех и более выраженных нарушений развития. Применение термина «множественные нарушения», как правило, связано со случаями патологии развития ребенка генетического происхождения, тяжелых органических нарушений центральной нервной системы» [14].

Исследователями Т.А. Басиловой и И. Ю. Левченко (2008) подчеркивается, что «... термин «множественное нарушение» может использоваться и для обозначения сочетания двух первичных нарушений, являясь синонимом термина «сложное нарушение». Также под тяжелыми и множественными нарушениями развития понимается комплексный синдром, частью которого является нарушение интеллектуального развития в сочетании с нарушениями зрения, слуха, физического развития и трудностями в воспитании» [3].

Стандарты Всемирной организации здравоохранения определяют степени тяжести нарушения психофизического развития: легкую, среднюю, тяжелую и тяжелейшую. Широко распространен практикоориентированный критерий, определяющий форму нарушения на основании объема помощи, который необходимо оказать отдельной личности, имеющей особенности психофизического развития. Различают малую, среднюю, большую и очень большую потребность в помощи.

В соответствии с объемом необходимой помощи выделяют группы людей с нарушением развития, при этом переход от одной группы к другой не имеет четких границ. Среди данных групп особый интерес представляют люди с тяжелейшей формой нарушений психического развития и очень большой потребностью в оказании помощи.

Говоря о тяжелейшей форме нарушений психофизического развития, чаще всего имеют в виду тяжелейшие множественные нарушения, так как зачастую присутствует не одно, а несколько нарушений. При этом причина

отдельно взятых нарушений обычно недостаточно ясна. Нарушенными, как правило, оказываются все виды ощущений (эмоциональные, когнитивные, телесные), социальные и коммуникативные способности, все средства самовыражения. Речь идет о нарушениях, затрагивающих все сферы жизнедеятельности человека: люди нуждаются в гигиеническом уходе за собой, в помощи в бытовой сфере, они не могут самостоятельно устанавливать различные виды отношений с окружающим миром.

Согласно данным Н. М. Назаровой (2019) «... современные исследователи в зависимости от структуры нарушения разделяют детей с сочетанными нарушениями на три основные группы.

Первая группа – дети с двумя выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать нарушение развития, например, слепоглухие, умственно отсталые глухие, слабослышащие с первичной задержкой психического развития и др.

Вторая группа – дети, имеющие одно существенное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в слабой степени, но заметно отягощающее ход развития, например, умственно отсталые дети с небольшим снижением слуха. В таких случаях говорят об «осложненном» дефекте.

Третья группа – дети с «множественными нарушениями», когда имеется три и более первичных нарушений, выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии ребенка, например, умственно отсталые слабовидящие глухие дети» [29].

А. М. Царев (2014) отмечает, что «... основным в клинической картине тяжёлого и множественного нарушения развития является умственная отсталость. При этом в разных сочетаниях выявляются:

- двигательные нарушения (ДЦП разной формы и степени тяжести);
- тяжелые нарушения речи (несформированность речевых и языковых средств);

- нарушения функций анализаторных систем (зрения, слуха, тактильной чувствительности);
- повышенная судорожная готовность (эписиндром);
- расстройства эмоционально-волевой сферы (нарушения регуляции поведения и др.);
- аутистические расстройства (стереотипные действия, нарушение коммуникации, социального поведения)» [45].

Всеми исследователями отмечается, что дети-сироты с тяжелыми и множественными нарушениями развития требуют постоянной, интенсивной поддержки, оказываемой постоянно в жизненно важных «линиях» деятельности. Без такой поддержки участие детей-сирот данной категории в социокультурной жизни общества, в интеграционных процессах, доступных другим людям, невозможно. Основным средством поддержки детей-сирот с ТМНР считается специальная психолого-педагогическая помощь, которая комплексно осуществляется различными специалистами в тесном сотрудничестве с учреждением постоянного пребывания ребенка.

Психолого-педагогическая помощь осуществляется с учетом специфики развития каждого ребёнка и в соответствии с типологическими особенностями развития детей-сирот с ТМНР. Отдельные специфические особенности развития детей-сирот с ТМНР имеют общие черты, которые позволяют разделить детей на три группы:

1. Дети с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, не передвигающиеся самостоятельно (сложные формы ДЦП, спастический тетрапарез, гиперкинез). Эти дети нуждаются в постоянной физической помощи взрослого при переносе, передвижении коляски, одевании и раздевании, туалете, приеме пищи.

2. Дети с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы и регуляции поведения (агрессия, самоагрессия, «полевое» поведение). Эти дети требуют помощи со стороны взрослых в контроле поведения.

3. Дети с умеренной или тяжелой умственной отсталостью, в сочетании с более легкими формами других нарушений (чем в двух вышеназванных случаях). Эти дети не требуют постоянной помощи и контроля со стороны персонала и взрослых [45].

На основании теоретических источников дадим характеристику выделенных групп детей-сирот с ТМНР.

К первой группе относятся дети-сироты, имеющие тяжёлые опорно-двигательные нарушения неврологического генеза (сложные формы ДЦП, спастический тетрапарез, гиперкинез и т.д.) и, как следствие, обладание полной или почти полной зависимостью от посторонней помощи в передвижении, самообслуживании и предметной деятельности. Большинство детей этой группы не могут самостоятельно удерживать своё тело в сидячем положении. Спастика конечностей часто осложнена гиперкинезами. Процесс общения затруднен в связи с несформированностью речевых и языковых средств. Интеллектуальное развитие детей различно. Степень умственной отсталости колеблется от лёгкой до глубокой. Дети данной группы с менее выраженным интеллектуальным недоразвитием имеют предпосылки для формирования представлений, умений и навыков, значимых для социальной адаптации. Большинство детей проявляет интерес к общению и взаимодействию, что позволяет обучать их пользованию невербальными средствами коммуникации: жестами, мимикой, опорой на графические изображения. У них отмечается наличие отдельных двигательных действий (захват, удержание предмета, контролируемые движения шеи), что создаёт предпосылки для обучения выполнению доступных операций самообслуживания и предметно-практической деятельности. Применение специальных электронных и механических устройств, программного обеспечения для персонального компьютера даёт возможность обучать детей первой группы навыкам коммуникации.

Особенности развития детей второй группы вызваны нарушениями эмоционально-волевой сферы, расстройствами аутистического спектра и проявляются в расторможенности, «полевом» поведении, стереотипиях, трудностях коммуникации и социального взаимодействия. Контакт с окружающими отсутствует или возникает в форме физического обращения к взрослым в ситуациях, когда ребёнку требуется помощь в удовлетворении потребности. Дети данной группы не выражают интереса к деятельности других, не проявляют ответных реакций на попытки учителя организовать взаимодействие с окружающими. Они часто не выполняют просьбы или инструкции взрослого, на запрет реагируют агрессией и самоагрессией, другими деструктивными действиями. Такая же реакция наблюдается при скученности людей, шумовых раздражителях. Моторные функции рук у них не нарушены, но предметные действия формируются с трудом в связи со слабой мотивацией деятельности. Аутистические черты личности таких детей часто затрудняют установление тяжести нарушения их интеллектуального развития. Эмоционально-волевые особенности детей второй группы, аутистические черты поведения обуславливают трудности обучения в условиях группы. Такие особенности требуют организации индивидуальной психолого-педагогической работы с целью последующей адаптации к обучению в условиях группы. Сохранные (в большинстве случаев) моторные функции детей делают возможным обучение предметно-практической деятельности. Индивидуальный дифференцированный подход позволяет сначала формировать предметно-манипулятивную деятельность, затем – умения использовать предметы соответственно их назначению, развивать предметную деятельность в ходе выполнения серий упражнений с различными объектами, навыки выполнения бытовых и трудовых операций.

Дети третьей группы могут иметь нарушения общей моторики, но передвигаются самостоятельно. Моторная недостаточность проявляется в замедленном темпе, несформированной координации и неточности

движений. У некоторых детей наблюдаются стереотипии, нежелание контактировать с окружающими и другие аутистические черты, сходные с характеристикой детей второй группы. Среди клинических диагнозов детей третьей группы преобладает умственная отсталость от легкой до глубокой степени. Большинство детей из названной группы имеет элементарные навыки общения. По сравнению с детьми из первой и второй групп у детей третьей группы обычно проявляются более развитые коммуникативные функции, желание общаться. Дети, владеющие вербальной речью, могут обратиться к окружающим и выразить свою потребность, выполнить простую просьбу, сообщить о выполненном задании, ответить на вопросы взрослого на уровне слова, словосочетания или простого предложения. Некоторые дети не владеют вербальной речью, но могут вступать в контакт и осуществлять элементарное общение при помощи естественных жестов, вокализации, отдельных слогов и слов. Они могут выполнить отдельные операции предметных действий, но слабая мотивация, кратковременность концентрации внимания, непоследовательность выполняемых операций препятствуют выполнению целостного действия. Успешность их обучения предметной, бытовой и доступной трудовой деятельности различна и определяется физическим и интеллектуальным развитием детей. При отсутствии парезов рук и при соответствующей интеллектуальной готовности дети данной группы овладевают отдельными навыками бытовой (стирка, глажение, подметание, приготовление пищи) и трудовой деятельности (операции деревообработки, растениеводства, шитья, полиграфии). В отличие от детей второй группы эти дети могут короткое время осуществлять совместную деятельность с другими людьми, что служит предпосылкой для их обучения в группе. У детей третьей группы наблюдается более высокий (по сравнению с первой и второй группами) уровень развития социально значимых представлений, умений и навыков.

Исследователи отмечают, что существенная роль в возникновении множественных нарушений развития принадлежит генетическим факторам.

Исследования Г.П. Бертынь, М.С. Певзнер, И.В. Соломатиной дают представления о детях с синдромами Ушера, Маршалла, имеющих указанные нарушения. В то же время следует отметить, что типология детей с бисенсорными нарушениями в настоящее время существенно изменилась. Состав контингента детей расширился малоизученными субкатегориями, характеризующимися сочетанием нарушений зрения, слуха, интеллекта, речи, при котором каждое из нарушений обладает разной степенью выраженности и «неясной» этиологией. К «неясным» по этиологии множественным нарушениям можно отнести такие синдромы как CHARGE, синдром Лоу. Все чаще выявляются дети, у которых нарушения зрения и слуха не столь значительны, однако они совершенно неспособны использовать остатки зрения и слуха без специально организованной психолого-педагогической помощи [5].

В последние годы полиморфизм нарушений расширился за счет детей, появившихся на свет глубоко недоношенными, жизнь которых была сохранена благодаря достижениям современной медицины. У таких детей развивается ретинопатия (поражение сетчатки), затем наблюдается недоразвитие речи, а в отдельных случаях – и недоразвитие интеллекта. Дети данной субкатегории еще недостаточно изучены, что требует продолжения исследований.

Особую субкатеорию составляют дети с нарушениями зрения и слуха, у которых причиной сложного нарушения явилась краснуха у матери в период беременности. При синдромальной форме у них отмечается тяжелая врожденная глухота, рано и быстро созревающая или врожденная катаракта, врожденный порок сердца, в отдельных случаях умственная отсталость [5].

Методы обучения таких детей предполагают комплексное воздействие на развитие остаточных зрения, слуха, интеллекта, двигательной системы, позволяя тем самым максимально реализовать потенциальные возможности каждого ребенка. Богатейший материал по

обучению и воспитанию детей с множественными сенсорными нарушениями развития накоплен, начиная с середины XX века, в Сергиево-Посадском детском доме для слепоглухих детей. Многолетние наблюдения за развитием детей с ТМНР, в структуру которых входили нарушения слуха и зрения, показали, что для воспитанников были характерны очень позднее самостоятельное хождение и формирование простых навыков самообслуживания, прежде всего опрятности. Дети не узнавали родных и близких, не проявляли интереса к игрушкам, не вступали в контакт с окружающими. При этом несколько лет обучения и воспитания в детском доме доказали, что среди них не было ни одного так называемого «необучаемого» ребенка.

Таким образом, проведенный анализ психолого-педагогических характеристик детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития позволяет сделать вывод о том, что каждый случай ТМНР очень индивидуален. Несмотря на то, что не существует способов полного преодоления ТМНР, имеются доказательства того, что соответствующие образовательные программы и технологии, в том числе социально-бытовой направленности, могут изменить в лучшую сторону жизнь детей-сирот с ТМНР.

1.2 Формирование социально-бытовой компетентности у детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями речи

Главным механизмом психического развития человека является механизм усвоения социальных, исторически сложившихся видов и форм деятельности. Освоенные во внешней форме протекания процессы преобразуются во внутренние, умственные [12].

Согласно теории о поэтапном формировании умственных действий П. Я. Гальперина (2000) «... новое действие, усваиваемое ребенком, первоначально предстает перед ним в развернутой форме и осуществляется

как предметное действие при прямой помощи взрослого. Многократное практическое повторение позволяет ребенку научиться выполнять необходимое действие самостоятельно, при этом действие приобретает обобщенный характер, сокращается и переходит в умственный план, т.е. становится усвоенным» [12].

С. Л. Рубинштейн (1997) отмечает, что «... приступая к любой новой деятельности, для выполнения непривычного действия человеку приходится сознательно определять и контролировать как все действие, направленное на поставленную им цель, так и каждый отдельный элемент этого движения. После нескольких повторений человек приобретает возможность не ставить себе специальную цель подбора способов выполнения тренируемой деятельности, не акцентироваться на отдельных операциях, а сознательно выполнять его как единый акт. Таким образом, происходит автоматизация, т.е. выключение из поля сознания отдельных операций, посредством которых выполняется все действие, и вырабатываются автоматизированные элементы сознательного действия человека – навыки. Операция становится навыком, и человек осуществляет данный элемент действия, не делая его выполнение своей сознательной целью» [37].

Любая из высших форм человеческой деятельности не может быть механически сведена к сумме навыков, однако навыки являются составной частью любой формы деятельности. Когда некоторые действия закрепляются в качестве навыков и переходят в план автоматизированных актов, сознательная деятельность человека освобождается от необходимости их регулировать и перенаправляется на решение других задач.

Процесс освоения общественных способов действия в ходе обучения состоит из нескольких этапов. Первоначально действие является сознательным и имеет цель – освоить данную операцию. На втором этапе освоенное действие включается в сознательную деятельность человека как

подчиненный компонент и начинает автоматически выполняться в ней как навык. Таким образом, происходит становление навыка из действия, сознательно автоматизируемого к функционированию в виде автоматизированного способа выполнения операции.

Навык – способность произвести действие без особого контроля сознания, в то же время он не является жесткой комбинацией фиксированных движений, соединенных условно-рефлекторными или ассоциативными связями. Он сохраняет определенную изменчивость внутри своей устойчивости. Мы можем наблюдать, что один и тот же навык может выполняться посредством различных движений.

Процесс формирования произвольного движения или действия протекает более эффективно, если данная операция выступает как средство достижения цели, а не как сама цель [37]. Таким образом, чтобы выработался навык, частные задачи, выполняемые подлежащими автоматизации действиями, должны быть включены, как звенья, в общие более крупные задачи. В этом случае частное действие, которое не направлено на осознаваемую цель, автоматизируется в результате упражнения. Происходит выработка новых автоматизмов, а также преобразуются в соответствии с условиями данного действия уже имеющиеся.

Н. А. Бернштейн (1997) утверждал, что «... физиологическая основа автоматизации заключается в переходе регулирования движений, посредством которых выполняется действие, с высших центров на низшие. В начале освоения движения на высшем сознательном уровне помимо ведущих коррекций выполняются и необходимые коррекции подчиненных движений, которые в то же время могут быть исполнены уровнями нижележащими. В процессе освоения движения происходит переключение этих фоновых коррекций с сознательного уровня на соответствующие им нейробиологические уровни. Это приводит к тому, что движение начинает

контролироваться афферентацией, адекватной для него, и, следовательно, улучшается качество его выполнения» [6].

Операциональное поле психической деятельности является одним из важнейших адаптивных механизмов психики. Оно создается путем сворачивания сложных произвольных действий до уровня автоматизмов и может иметь обратимый характер [37].

Навыки образуются посредством упражнения, при котором они не просто закрепляются, а корректируются и совершенствуются. Как утверждал С. Л. Рубинштейн «... правильная тренировка представляет собой повторное решение одной двигательной задачи, когда начальное действие или движение не повторяется в первоначальном виде, а качественно улучшается и совершенствуется» [37].

Процесс выработки навыков для каждого человека индивидуален и часто неравномерен. Например, задержка может возникнуть, если необходима качественная перестройка упражнения в связи с невозможностью достигнуть нужного результата только совершенствованием уже выработавшихся приемов, или требуется дополнительное время для закрепления достигнутого.

Мы можем отметить, что для наибольшей эффективности упражнения важно правильно соотнести два направления работы: с одной стороны, целостное выполнение всего действия, с другой, тренировка отдельных частных действий или движений, входящих в состав этого действия и требующих особого закрепления.

Закрепление только отдельных частных движений, а не всего действия даст в результате несовершенное, неуверенное, с плохой координацией частей выполнение целого. В то же время тренировка исключительно целостного действия без специального закрепления отдельных частей или действий также приведет к негативному результату, когда мы будем наблюдать расплывчатое выполнение всего действия в

сочетании с неуверенностью исполнения отдельных операций или движений, их нечеткостью.

Таким образом, вопрос оптимального сочетания общего и частного при формировании навыка является актуальным. Разработанный нами Метод систематизированного наблюдения учитывает это соотношение. Наш подход к подбору упражнений состоит в том, что ребенок постоянно выполняет всю цепочку действий, связанных с самообслуживанием, но при этом усиленное внимание обращается на тренировку и совершенствование операций, входящих в зону актуального развития.

На формирование навыков оказывают влияние два вида их взаимодействия: интерференция и перенос. Процесс тормозящего влияния уже сформированных навыков на образование новых – интерференция – проявляется в двух видах. Ассоциативное торможение возникает, если для одного и того же раздражителя в качестве реакции вырабатывают два различных навыка. В этом случае выработка нового навыка затрудняется. Например, приобретенные в домашних условиях при наличии гиперопеки определенные деструктивные навыки у ребенка затрудняют приобретение других, общественно приемлемых навыков.

Если даже под воздействием ассоциативного торможения оба навыка всетаки укрепились, то включается второй вид интерференции – репродуктивное торможение – которое ослабляет силу каждого и затрудняет их воспроизведение. В такой ситуации оказывается ребенок, когда к одному и тому же действию разные взрослые предъявляют разные требования.

В то же время сознательное и полное владение своими навыками, приобретенное человеком в процессе тренировки, снижает их тормозящее влияние друг на друга.

Положительный эффект от тренировки одного навыка может быть распространен на другие навыки. Для осуществления переноса необходима некая общность, осознаваемая субъектом. Общими могут быть элементы

содержания, способы действия, установка, приемы, процесс, контроль и др. Сознательная выработка навыков упрощает поиск общих элементов, тем самым облегчая перенос.

Способность человека переносить навык с одного органа на другой свидетельствует о том, что его выработка является по своим физиологическим механизмам центрально обусловленным процессом. С. Л. Рубинштейн подчеркивал, что «... упражняется и обучается не наша правая рука или левая нога сами по себе, а мы сами» [37].

Понимание метода действия, принципа операции, осознание места данной операции в осмысленной деятельности человека, положенные в основу формируемого действия, способствуют более успешному освоению данного навыка. Навык формируется в деятельности, чтобы включиться в нее в качестве подчиненного компонента.

Среди разнообразия навыков, которые осваивает человек в период детства, особое место занимают навыки самообслуживания. Они являются одними из первых, которыми овладевает ребенок. Главная отличительная особенность данной группы навыков – наличие сильной естественной мотивации. При выполнении деятельности по самообслуживанию цель общественная – поддержание жизнеспособности члена общества и соблюдение им культурных норм – сходится с личным мотивом – удовлетворением биологических потребностей. Впоследствии, вырастая из удовлетворения естественных нужд, навыки самообслуживания превращаются в инструмент самостоятельности и независимости ребенка. Развивая навыки самообслуживания, мы учим ребенка удовлетворять свои естественные нужды в пище, тепле и др., тем самым формируя на базе биологических уже социальные потребности. Именно в процессе взаимодействия ребенка и ухаживающего за ним взрослого при выполнении деятельности, связанной с ежедневными гигиеническими процедурами и приемом пищи, происходит первая передача маленькому человеку

специфически человеческих способов деятельности, смыслов и свойств предметов.

Навыки самообслуживания являются также первой предметнопрактической деятельностью, осуществляемой сначала руками матери, а впоследствии самим ребенком, на базе которой формируются высшие психические функции.

Хочется отметить, что отсутствие педагогических знаний у родителей приводит их к искаженному пониманию процессов развития ребенка. Часто они считают, что навыки самообслуживания не нуждаются в специальном формировании и появляются у ребенка сами по себе. Более того, в последнее время все чаще наблюдается гиперопека со стороны родителей, которая усугубляет проблемы ребенка с ТМНР.

Обучение навыкам самообслуживания позволяет расширять представления и знания детей об окружающих вещах, обогащать их сенсорный опыт, развивать тонкую моторику, зрительно-моторную координацию и подражание, учить ребенка ориентировке на образец и соблюдению определенной последовательности действий. В работах, посвященных обучению и воспитанию детей дошкольного возраста [16; 26; 28], авторы указывают на необходимость формирования у ребенка навыков самообслуживания.

Исследованиям процесса формирования навыков самообслуживания посвящены работы И.С. Авдеевой, Н.М. Аксариной, М.Г. Борисенко, Н. Бэйли, Ш. Бюлер, А. Гезелла, Л.Г. Голубевой, Х. Зиннхубер, А.М. Казьмина, Л.В. Казьминой, Э.Й. Кипхарда, М.М. Кольцовой, Н.А. Лукиной, Ю.А. Макаренко, В.Г. Нечаевой, Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Д.В. Сергеевой, С.Н. Теплюк, Н.Л. Фигурина, Э.Л. Фрухт, Н.М. Щелованова [1; 21; 30; 48].

Теоретическое обоснование значимости развития социально-бытовых навыков у детей с ТМНР в рамках системы комплексной помощи таким детям представлено в работах С.В. Андреевой, А.П. Антропова, Е.Ю.

Давыдовой, А.Б. Сорокина, А.И. Долженко, А.И. Мещерякова, Ю.А. Разенковой, Э.В. Самариной, Н.Г. Сошниковой, А.М. Царёва [20; 40; 44]

Разработкой программ обучения детей с различными комбинациями нарушений социально-бытовым навыкам занимались А.Д. Апухтина, Т.А. Басилова, Г.В. Васина, В.Н. Чулков; Л. Бейкер, А.Дж. Брайтман; М. Питерси, Р. Трилор; Г.В. Дедюхина, О.Г. Приходько, Е.Д. Худенко; С.М. Аттермиер, К.Г. Дженс, Н.М. Джонсон-Мартин, Б.Дж. Хаккер. Разработкой технологий формирования навыков самообслуживания у детей с различными сочетаниями интеллектуальных, сенсорных и двигательных нарушений занимались Н.А. Аршинова, Т. Вейс, Е.А. Виноградова, Е.В. Замашнюк, Е.А. Зуева, Е.А. Кинаш, Н.Л. Климон, А.А. Кондрашова, Е.С. Лыкова-Унковская, Р.А. Мареева, А.И. Мещеряков, А.Г. Нестерова, Р.К. Ульянова, Н.Р. Финни, К. Хайд.

Деятельность по самообслуживанию универсальна, мотивирована и, главное, регулярна и предсказуема. Исследователи Е.Р. Баенская, Я. Ван Дайк, М.М. Либлинг, Е.В. Максимова, С.А. Морозов О.С. Никольская, Р.К. Ульянова отмечают, что регулярность повторения соответствующей уровню психофизического развития ребенка деятельности снижает вероятность стресса и демонстрации проблемного поведения.

Таким образом, совокупность культурно-гигиенических навыков, направленных на поддержание личной гигиены с помощью социально заданных средств и способов, составляет техническую сторону бытовой деятельности детей-сирот с ТМНР. В то же время, за закрепленным в обществе способом употребления предметов всегда стоят нормы, регулирующие взаимоотношения людей в бытовых процессах и определяющие правила культуры поведения, общения.

1.3 Технологии формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития

Комплексная реабилитация и абилитация детей-сирот с ТМНР включает многие аспекты и предполагает реализацию психолого-педагогического сопровождения детей. Результативность системы психолого-педагогического сопровождения, процесса социализации детей данной категории во многом обеспечивается качеством и адекватностью применяемых технологий социально-бытовой реабилитации и абилитации. Социально-бытовая реабилитация и абилитация детей с ТМНР организуется согласно ряду принципов:

Принцип комплексного воздействия. Действия всех людей, принимающих участие в работе с ребенком, должны иметь согласованный характер. Необходимо формировать команду специалистов с учетом актуальных потребностей ребенка, обсуждать действия членов команды, совместно определять цели развивающей работы, общие и частные задачи.

Принцип нормализации. Идея «нормализации» возникла в конце 50-х годов в скандинавских странах и повлекла за собой изменения в организации помощи людям с ограничениями жизнедеятельности во всём мире. Первое описание принципа нормализации в специальной литературе было сделано в 1969 г. Бенгтом Нирье. Суть этого принципа сводится к тому, что жизнь человека с ограничениями должна быть организована «настолько нормально, насколько это возможно». Важные области жизнедеятельности человека (быт, труд, коммуникация, досуг) должны быть организованы как можно более естественно с учётом привычного для всех людей ритма, соответствующего контакта между полами и др. Принцип акцентирует внимание на создании безбарьерной среды жизнедеятельности лиц с ТМНР и изменении социальных установок окружающих на их функциональные возможности.

Принцип ориентированности на формирование основных жизненных компетенций. Целью комплексной помощи ребенку с ТМНР является появление умений и навыков, которые применимы в повседневной жизни, предпосылок элементарной трудовой деятельности. Важно, чтобы у воспитанника формировалось на доступном для него уровне понимание значения и смысла происходящего. Большая часть работы проводится не в форме занятий с заданиями, а в обычных бытовых ситуациях. Показателем успешности работы являются изменения в реальной жизни, причем не только появление сформированного навыка, но и повышение вовлеченности ребенка в те или иные виды деятельности.

Принцип социально-практической направленности реабилитации и абилитации. Предусматривает преодоление зависимости ребенка от ближайшего окружения, подготовку к самостоятельной жизни в обществе на максимально доступном уровне. Содержание комплексной работы должно способствовать овладению жизненными умениями в различных областях (самообслуживание, социальные контакты, трудовая подготовка).

Принцип дифференцированного и индивидуального подхода. Предусматривает учет вариативности и специфичности структуры ТМНР, имеющихся у детей ограничений жизнедеятельности. На основании принципа осуществляется деление детей на группы, подбираются вариативное содержание и средства реабилитации и абилитации. Предполагает разработку индивидуальных программ развития, определение индивидуальных сроков их реализации с учетом степени проявления нарушения, индивидуально-типологических особенностей, компенсаторных возможностей каждого ребёнка.

Принцип должен соблюдаться на всех этапах реабилитации и абилитации: при постановке целей, планировании мероприятий, отборе технологий, оценке динамики развития ребенка и в ежедневном взаимодействии с ним.

Деятельностный принцип. Процессы реабилитации и абилитации осуществляются в различных видах деятельности с опорой на ведущий для каждого возраста и доступный для овладения конкретным ребенком вид деятельности. Основной целью является овладение детьми-сиротами с ТМНР не знаниями, а доступными и необходимыми для самостоятельной жизни в обществе практическими жизненными умениями.

Принцип полисенсорной основы обучения. Предполагает опору на все сохранные анализаторы, развитие компенсаторных возможностей и максимальное обогащение сенсорного опыта детей-сирот с ТМНР. В соответствии с принципом применяются методы, позволяющие формировать чувственные образы объектов и явлений окружающего мира (базальная стимуляция, сенсорная интеграция).

Принцип единства диагностики и осуществления процессов реабилитации и абилитации. Предполагает всестороннюю и систематическую психолого-педагогическую диагностику каждого ребенка, на основании которой составляется индивидуальная программа его развития, отслеживается динамика развития и уровень овладения жизненными умениями, в том числе социально-бытовыми.

Принцип социальной интеграции. Для успешного развития дети-сироты с ТМНР должны приобретать социальный опыт, доступный их сверстникам: посещение детского сада, обучение в школе, занятия адаптированной физкультурой и спортом, прогулки на детских площадках, участие в культурных и досуговых мероприятиях, трудовой деятельности.

Принцип уважения личности ребенка. Основа этого принципа – принятие ребенка со всеми присущими ему особенностями и потребностями, внимательное отношение к его чувствам, предоставление возможности свободного выбора и личной самостоятельности. При взаимодействии с ребенком с ТМНР необходимо учитывать его возможности и давать ему время ими воспользоваться, помогать в расширении их границ, какими бы они ни были изначально.

Принцип развития собственной активности ребенка. Активность ребенка заключается в возможности проявлять инициативу и принимать участие в осуществлении ежедневной деятельности. Повышение собственной активности ребенка, переход от объектной к субъектной позиции в значимых для него сферах жизни рассматривается как приоритетная цель в развитии.

Таким образом, процессы социально-бытовой реабилитации и абилитации детей-сирот с ТМНР должны осуществляться с учётом ведущих жизненных потребностей детей, направленных на осознание собственной личности и личности другого человека, окружающего предметного и социального мира.

Организация процесса социально-бытовой реабилитации и абилитации детей-сирот, имеющих ТМНР, требует создания специальной развивающей среды, которая соответствует характеристикам:

- безбарьерности;
- адаптивности;
- развивающего характера;
- личностной ориентированности.

Модификация среды направлена на создание условий, облегчающих процессы восприятия окружающего, передвижения, пространственной ориентировки, осмысления информации, осуществления бытовых действий. Модифицируется каждая группа средовых развивающих ресурсов.

Модификация предметных ресурсов: доступная форма предоставления информации, дополнение объектов деталями приспособительного характера, использование специального оборудования и специальных средств.

Модификация пространственных ресурсов: зонирование помещения (учебная, игровая, релаксационная, столовая, сенсорная, двигательная, экологическая зоны), маркирование, доступное обозначение частей

пространства в соответствии с их функцией, визуальное обозначение месторасположения определённых объектов в каждой части пространства.

Модификация организационно-смысловых ресурсов: построение жизнедеятельности в соответствии с дневным, недельным, годовым ритмом, использование планов, алгоритмов, памяток, составление в наглядной форме правил взаимодействия с окружающими людьми.

Модификация социально-психологических ресурсов: организация событийности и сотрудничества, персонификация среды, демонстрация достижений детей, установление широких социальных контактов.

Отметим важные условия проведения педагогических мероприятий по формированию социально-бытовых умений у детей-сирот с ТМНР.

– Обеспечение удобного положения тела ребенка. При тяжелых нарушениях двигательных функций выбор правильного положения тела, в частности, положения при сидении, является важным условием успешного проведения педагогических мероприятий. Гармоничное мускульное напряжение является основной предпосылкой нормального восприятия и двигательной активности.

– Вера в возможность развития ребенка и формирование доверительных отношений. Важным условием успешной проведения педагогических мероприятий на всех четырех уровнях является чувство уважения педагога к ребенку и связанные с этим взаимные доверительные отношения. При этом всегда необходимо принимать во внимание желание ребенка общаться, а также, если возможно, учитывать темы общения. Следует помнить, что данная работа потребует много терпения, прежде чем будут заметны первые успехи.

– Речевое сопровождение. Вербализация любого действия педагога является важным аспектом при работе по формированию социально-бытовых умений у ребенка с ТМНР. Она способствует не только расширению словарного запаса ребенка, но и развитию его восприятия и

мышления путем прослеживания деятельности от планирования действий до их реализации.

Остановимся на алгоритме формирования умений социально-бытовой направленности у детей-сирот с ТМНР.

На первом этапе создаются условия для установления эмоционального контакта с ребенком, формирования у него мотивации к взаимодействию с взрослым. С этой целью с учетом интересов ребенка используются игровые ситуации, сюрпризные моменты, проблемные ситуации, подражание действиям ребёнка, эмоционально-смысловой комментарий действий ребёнка. Данная задача решается первоначально в обиходно-бытовых ситуациях и только потом на специально организованных занятиях. Когда ребенок начинает доброжелательно реагировать на инициативу взрослого, вступать в эмоциональный контакт, можно переходить к следующему этапу обучения.

На втором этапе – этапе совместных действий – взрослый кладет свои руки на руки ребенка и выполняет действия его руками. Важно подобрать индивидуальный темп выполнения действия, предусмотреть эмоциональное комментирование действий (что делаем, в какой последовательности и зачем). «Оречевление» необходимо для развития представлений об окружающем мире, установления смысловых взаимосвязей между событиями и развития речевых функций. Этап важен, так как у ребенка не сформировано подражание и ограничены возможности самостоятельного выполнения движений.

На третьем этапе подключаются имитационные действия: взрослый показывает весь алгоритм действия, ребенок наблюдает, используя сохранные органы чувств (например, слепой ребенок кладет свои руки на руки взрослого, ощущая тактильно движения). Далее отрабатывается поэлементное выполнение действия одновременно ребенком и взрослым, который выполняет движения рядом с ребенком на таком же материале. Взрослый использует эмоциональное комментирование и стимулирует

развитие речевого подражания. В случае затруднения ребенка взрослый может использовать жестовую инструкцию или элементы совместных действий.

На четвертом этапе – этапе проб и ошибок – взрослый показывает алгоритм действий и предлагает повторить его ребенку. Ребенок выполняет действие, в случае ошибки взрослый указывает, что действие совершается неверно и стимулирует к поиску правильного способа выполнения. Для стимуляции можно использовать вопросы:

- подсказывающие вопросы, которые содержат в себе однозначный правильный ответ;
- альтернативные вопросы, которые предполагают выбор из двух контрастных вариантов;
- наводящие вопросы, которые включают опорные слова и требуют распространения высказывания с опорой на опыт.

Если ребенок самостоятельно не способен исправить ошибку, взрослый вновь возвращается на предыдущий этап.

На пятом этапе ребёнок действует по словесной инструкции. Вначале ребенок действует, опираясь на поэлементную инструкцию, а затем ориентируется на целостную многоступенчатую инструкцию, отражающую весь алгоритм действий.

Социально-бытовая компетентность детей-сирот с ТМНР взаимосвязана с процессами развития основных групп жизненных умений (самообслуживания, бытовых и трудовых умений, игровой деятельностью), с познавательным, сенсорным, эмоциональным развитием личности ребенка. У ребенка формируются, прежде всего, умения компенсаторного характера, позволяющие задействовать обходные пути в преодолении ограничений жизнедеятельности, в том числе связанные с использованием вспомогательных средств.

Выводы по первой главе

Разработка проблемы социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития может быть обусловлена следующими теоретическими предпосылками:

1. Социально-психологический подход. Дети-сироты с ТМНР нуждаются в особом подходе, учитывающем не только их физические особенности, но и их социально-психологические потребности. Разработка проблемы социально-бытовой компетентности должна быть основана на понимании и учете этих потребностей.

2. Инклюзивное образование. Одной из теоретических предпосылок разработки проблемы социально-бытовой компетентности детей-сирот с ТМНР является принцип инклюзивного образования. Инклюзивное образование подразумевает создание условий для обучения и развития всех детей вместе, включая детей-сирот с особыми образовательными потребностями. Разработка проблемы социально-бытовой компетентности должна учитывать инклюзивные принципы и направлена на обеспечение доступности социально-бытовых навыков для всех детей.

3. Теория экологического развития. Эта теория предполагает, что развитие ребенка зависит от взаимодействия его среды, включая школу, социальную среду и другие факторы. Разработка проблемы социально-бытовой компетентности должна учитывать воспитательное и образовательное воздействие на ребенка, а также условия его бытового окружения.

4. Теория индивидуального развития. Согласно этой теории, каждый ребенок уникален и развивается по индивидуальной траектории. Разработка проблемы социально-бытовой компетентности должна учитывать индивидуальные особенности детей-сирот с ТМНР и предоставлять индивидуальную поддержку и помощь.

Все эти теоретические предпосылки могут быть использованы в разработке проблемы социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития для создания эффективных и индивидуально ориентированных программ и интервенций.

ГЛАВА 2 ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ДЕТЕЙ-СИРОТ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

2.1 Организация и методы исследования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития

Для детей-сирот с выраженными нарушениями развития характерны разные уровни владения социально-бытовыми навыками. На степень сформированности социально-бытовой компетентности влияют психофизические особенности ребенка; выраженность нарушений; социальные условия, в которых он воспитывается; срок начала и продолжительность оказания коррекционно-педагогической помощи, а также ее качество на всех этапах жизни ребенка.

Наше исследование проводилось для изучения процесса формирования социально-бытовой компетентности у детей-сирот, имеющих тяжелые сочетанные нарушения развития различных комбинаций, а также выявления некоторых характеристик, оказывающих значимое влияние на овладение данными навыками.

Экспериментальная часть исследования включала констатирующий, формирующий и контрольный этапы. Определение актуального уровня сформированности элементарных социально-бытовых навыков и выявление особенностей их формирования у детей-сирот с ТМНР являлись целями констатирующего этапа. Формирующий этап заключался в обучении участников исследования навыкам самообслуживания. Контрольный этап предполагал проведение повторного обследования сформированности навыков самообслуживания участников исследования после одного года диагностического обучения.

В процессе констатирующего эксперимента решались следующие задачи:

– изучить особенности развития детей-сирот, имеющих тяжелые и множественные нарушения развития;

– изучить особенности сформированности навыков самообслуживания у детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями;

– определить задачи обучения навыкам самообслуживания на основе данных диагностики.

Диагностическая программа включала следующие методы:

1. Анализ психолого-медико-педагогической документации детей: дневники наблюдений за ребенком, психолого-педагогические характеристики, результаты психологической диагностики, а также медицинские карты.

2. Наблюдение за деятельностью и поведением детей при выполнении режимных моментов.

3. Метод систематизированного наблюдения для оценки навыков самообслуживания у детей-сирот с ТНР.

4. Анализ результатов исследования (количественный и качественный), методы статистической обработки (группировка материалов статистического наблюдения, построение рядов динамики, кластерный анализ, корреляционный анализ).

Исследование проводилось с 2024 по 2025 годы. Базой являлось КГУ Центр поддержки детей с расстройством аутистического спектра «Асыл Мирас».

В исследовании участвовало 4 детей с различными сочетаниями сенсорных, интеллектуальных и двигательных нарушений, из которых девочек – 2, мальчиков – 2. Минимальный возраст детей – семь лет три месяца, максимальный – восемь с половиной лет.

Основная часть участников исследования обучалась не более трех лет. Дети, участвующие в обследовании, поступали из социальных учреждений. Были проведены беседы с воспитателями и анализ психолого-

педагогической документации. Анализ медицинской документации участников исследования показал наличие большого диапазона сочетаний нарушений. Результаты анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика структуры нарушений у детей-сирот, принявших участие в исследовании

	Нарушения зрения	Нарушения опорно-двигательного аппарата	Расстройства аутистического спектра
Задержка психического развития	1		
Умственная отсталость		1	
Нарушения слуха		1	1

В частности, сенсорные и интеллектуальные нарушения отмечаются у 1 ребенка. Один ребенок имеет интеллектуальные и двигательные нарушения; сочетание сенсорных нарушений с расстройствами аутистического спектра выявлено у 1 воспитанника; сочетание сенсорных и двигательных нарушений – у 1 ребенка.

Таким образом, мы можем отметить среди участников исследования преобладание детей-сирот, имеющих сочетание интеллектуальных, сенсорных и двигательных нарушений.

Охарактеризуем каждый из компонентов оценки социально-бытовой компетентности детей-сирот с ТНМР (таблица 2).

Таблица 2 – Диагностический инструментарий оценки социально-бытовой компетентности (СБК) детей-сирот с ТНРП

Компоненты СБК	Навык приема пищи	Навык пользования туалетом	Навык умывания	Навык чистки зубов	Навык причесывания	Навык раздевания–одевания
Операции	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сообщает о своем желании 2. Пьет из поильника 3. Проглатывает пищу 4. Забирает пищу с ложки губами 5. Пьет из чашки 6. Берет ложку в руку 7. Удерживает чашку 8. Пододвигает чашку к себе 9. Подносит ложку с пищей ко рту 10. Пережевывает пищу 11. Ест печенье, самостоятельно удерживая в руках 12. Зачерпывает пищу ложкой 13. Пододвигает тарелку к себе 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Реагирует на неопрятность 2. Снимает необходимую одежду, подготавливаясь к процессу 3. Садится на унитаз (горшок) 4. Аккуратен во время пользования туалетом 5. Находит туалет (горшок) 6. Сообщает о своей потребности адекватным способом 7. Контролирует процесс днем 8. Выходит из туалета одетым 9. Надевает поэтапно трусы, колготки, штаны после 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подставляет руки под струю воды 2. Трет руки друг о друга при мытье 3. Смывает мыло с рук под струей воды 4. Прикладывает мокрые руки к лицу при умывании 5. Умывает все лицо 6. Берет полотенце 7. Вытирает лицо 8. Опускает рукава после умывания 9. Вытирает нос, когда ему дают носовой платок 10. Намылывает руки 11. Берет мыло из мыльницы 12. Закрывает кран 13. Вешает полотенце 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Берет правильно зубную щетку за ручку 2. Вкладывает зубную щетку щетиной в рот 3. Водит зубной щеткой слева направо щетиной по зубам 4. Водит зубной щеткой сверху вниз щетиной по зубам 5. Ополаскивает щетку после чистки зубов 6. Убирает щетку на место после чистки зубов 7. Выдавливает пасту на щетку 8. Полоскает рот 9. Пользуется своей щеткой 10. Регулярно чистит зубы 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Правильно удерживает расческу 2. Прикладывает расческу зубцами к волосам 3. Выполняет целенаправленные движения расческой 4. Вынимает из волос расческу, не запутывая ее в волосах 5. Убирает расческу на место 6. Находит расческу в привычном месте 7. Пользуется своей расческой 8. Регулярно причесывается 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снимает куртку, когда всего одна рука в рукаве 2. Снимает незавязанную шапку 3. Снимает незастегнутые ботинки 4. Снимает свободные носки 5. Снимает расстегнутую куртку 6. Снимает свободные штаны 7. Снимает трусы 8. Просовывает руки в рукава, а ноги в штанины и вытаскивает – при раздевании 9. Надевает комнатные туфли

	<p>14. После окончания еды отодвигает тарелку, чашку</p> <p>15. Пьет из трубочки</p> <p>16. Откусывает кусочками хлеб и жует его</p> <p>17. Пользуется салфеткой</p> <p>18. Пользуется второй рукой для удерживания тарелки</p> <p>19. Удерживает хлеб свободной рукой, держа ложку в другой</p> <p>20. Ест аккуратно</p> <p>21. Усаживается за стол</p> <p>22. Пользуется фартуком</p> <p>23. Находит место приема пищи</p> <p>24. Убирает за собой</p> <p>25. Намазывает ножом масло на хлеб</p>	<p>справления собственных нужд</p> <p>10. Смывает за собой</p> <p>11. Контролирует процесс ночью</p> <p>12. Пользуется туалетной бумагой</p> <p>13. Моет руки после посещения туалета</p> <p>14. Пользуется мылом после посещения туалета.</p>	<p>14. Открывает кран</p> <p>15. Засучивает рукава перед умыванием</p> <p>16. Вытирает руки</p> <p>17. Набирает воду в ладони</p> <p>18. Моет уши</p> <p>19. Высмаркивает нос</p> <p>20. Регулярно умывается</p> <p>21. Пользуется своими туалетными принадлежностями</p> <p>22. Умеет регулировать температуру воды</p>			<p>10. Надевает ботинки не застегивая, тапочки</p> <p>11. Надевает шапку</p> <p>12. Стягивает частично снятую через голову кофту</p> <p>13. Снимает колготы</p> <p>14. Снимает футболку или блузу</p> <p>15. Снимает майку</p> <p>16. Снимает свитер</p> <p>17. Расстегивает застежку – «липучку»</p> <p>18. Расстегивает кнопки</p> <p>19. Открывает застежку «молния»</p> <p>20. Ходит одетым днем</p> <p>21. Надевает носки</p> <p>22. Надевает сапоги</p> <p>23. Надевает штаны</p> <p>24. Надевает свитер</p> <p>25. Надевает куртку</p> <p>26. Надевает колготы</p> <p>27. Надевает трусы</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>28. Надевает майку</p> <p>29. Надевает рубашку</p> <p>30. Развязывает шнурки на ботинках, шапку</p> <p>31. Надевает варежки</p> <p>32. Надевает перчатки</p> <p>33. Расстегивает большие пуговицы</p> <p>34. Застегивает застежку – «липучку»</p> <p>35. Застегивает молнию</p> <p>36. Застегивает кнопки</p> <p>37. Расстегивает маленькие пуговицы</p> <p>38. Застегивает большие пуговицы</p> <p>39. Застегивает маленькие пуговицы</p> <p>40. Просит взрослых о помощи при затруднениях с одеванием</p> <p>41. Замечает неудобства в одежде</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>42. Одевается в правильной последовательности</p> <p>43. Надевает свою одежду</p> <p>44. Расстегивает ремень</p> <p>45. Выполняет шнуровку</p> <p>46. Определяет левый и правый ботинки</p> <p>47. Определяет левую и правую варежки, перчатки</p> <p>48. Определяет лицевую и изнаночную сторону одежды</p> <p>49. Выворачивает носки</p> <p>50. Определяет зад-перед одежды</p> <p>51. Устраняет неудобства в одежде</p> <p>52. Застегивает ремень</p> <p>53. Завязывает шнурки бантиком.</p>
--	--	--	--	--	--	--

Всего баллов	125	70	110	50	40	256
-----------------	-----	----	-----	----	----	-----

Каждый из навыков был нами разделен на элементарные операции, однозначно трактуемые. Последовательность расположения этих операций в диагностической карте соответствует порядку ожидаемого появления этих операций в онтогенезе.

Каждая операция оценивается независимо от других. Например, при чистке зубов отдельно оцениваются умение взять правильно щетку за ручку, умение вложить зубную щетку щетиной в рот и умение водить щеткой щетиной по зубам. Оценка каждой операции осуществляется в соответствии с критериями, представленными на рисунке 1.

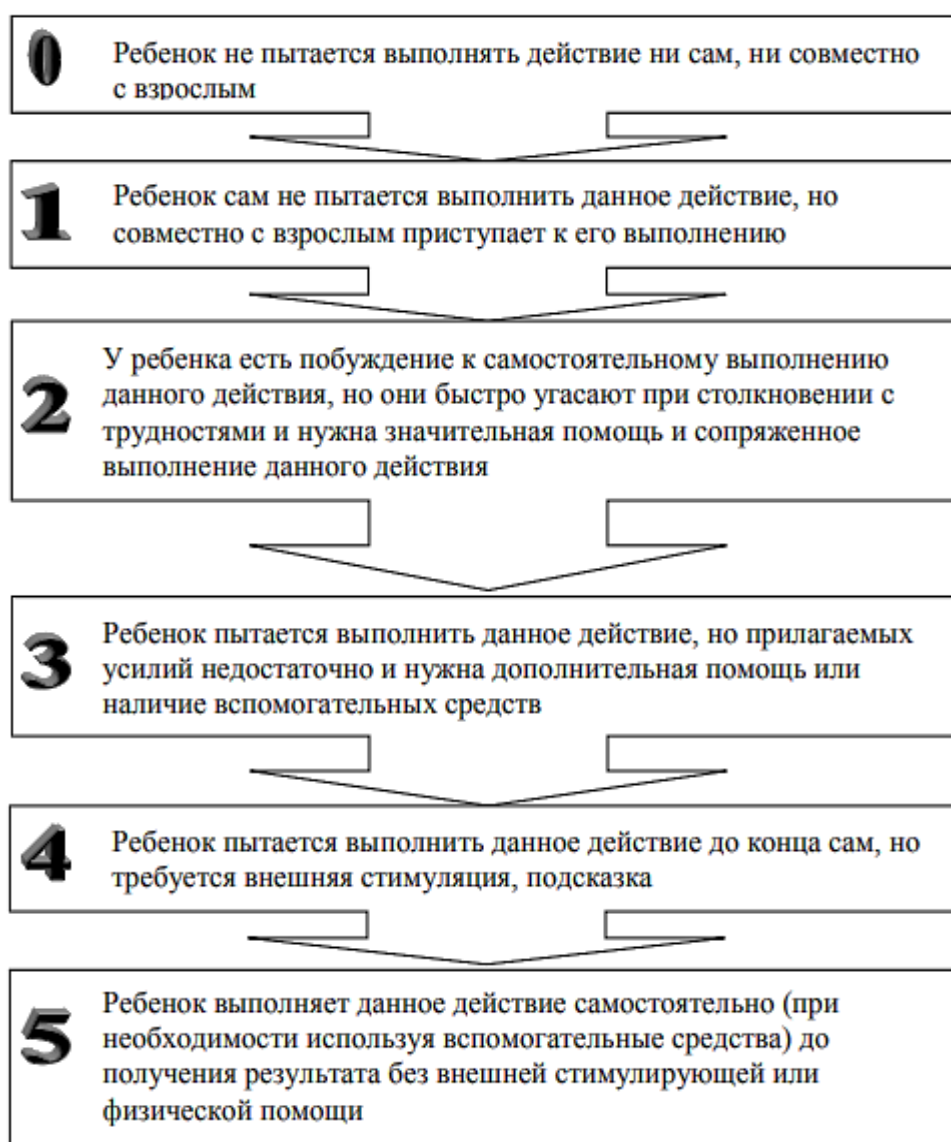


Рисунок 1 – Критерии оценивания компонентов социально-бытовой компетентности детей-сирот с ТМНР

Таким образом, если без напоминания самостоятельно ребенок выполняет всю деятельность по самообслуживанию, то он получает максимально 660 баллов.

Цикл диагностических мероприятий начинается с наблюдения за ребенком в процессе деятельности по самообслуживанию, определения объема помощи, которая ему оказывается при выполнении каждой операции. По результатам наблюдений заполняются бланки диагностической карты, в которых каждая операция оценивается в баллах в соответствии с представленными выше критериями оценки. При этом баллы 0–1 демонстрируют низкий уровень сформированности операции, средний уровень сформированности определяется 2–3 баллами, а 4–5 баллов свидетельствуют о высоком уровне сформированности исследуемой операции.

Далее на основании полученной качественной характеристики возможностей ребенка по самообслуживанию проектируется индивидуальная программа обучения навыкам самообслуживания для каждого участника исследования. Содержанием программы является последовательность операций, актуальных для коррекции или формирования, которая представлена в диагностической карте. Работа проводится в двух направлениях: ребенок учится более качественно выполнять уже доступные ему операции или переходит к освоению более сложных операций.

Внутри каждого навыка, в зависимости от индивидуальных возможностей ребенка в соответствии с онтогенетической последовательностью, выбирается от одной до шести операций, доступных для закрепления или формирования. Задачами обучения являются: формирование операций низкого уровня, закрепление операций среднего уровня и тренировка операций высокого уровня сформированности.

Реализация программы проходит не менее шести месяцев.

После завершения обучения проводится повторная диагностика: оцениваются те же операции по тем же самым критериям – что позволяет сравнивать результаты для определения динамики. В случае неполного овладения навыками самообслуживания ребенком полученные результаты используются также для проектирования индивидуальной программы обучения на следующий диагностический период.

Снижение потребности в помощи, как и увеличение доли, самостоятельно выполняемых операций по каждому навыку, являются демонстрацией положительной динамики в развитии ребенка.

Таким образом, мы выделили показатели по каждому из компонентов социально-бытовой компетентности детей-сирот с ТМНР, которые позволяют оценивать динамику результатов каждого ребенка, сравнивать их с результатами других детей. На основе этих показателей в дальнейшем нами были выделены три группы детей, объединенных в зависимости от уровня социально-бытовой компетентности (низкий, средний, высокий), и дана их качественная характеристика.

2.2 Диагностика социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития

Использование метода систематизированного наблюдения позволило для каждого ребенка, участвующего в исследовании, определить индивидуальный уровень сформированности социально-бытовой компетентности.

Степень владения навыками самообслуживания у детей с ТМНР достаточно вариативна, в то же время есть некоторые общие характеристики, которые позволили нам распределить детей в три группы. Представим наиболее характерные особенности каждой группы участников исследования (рисунок 2).

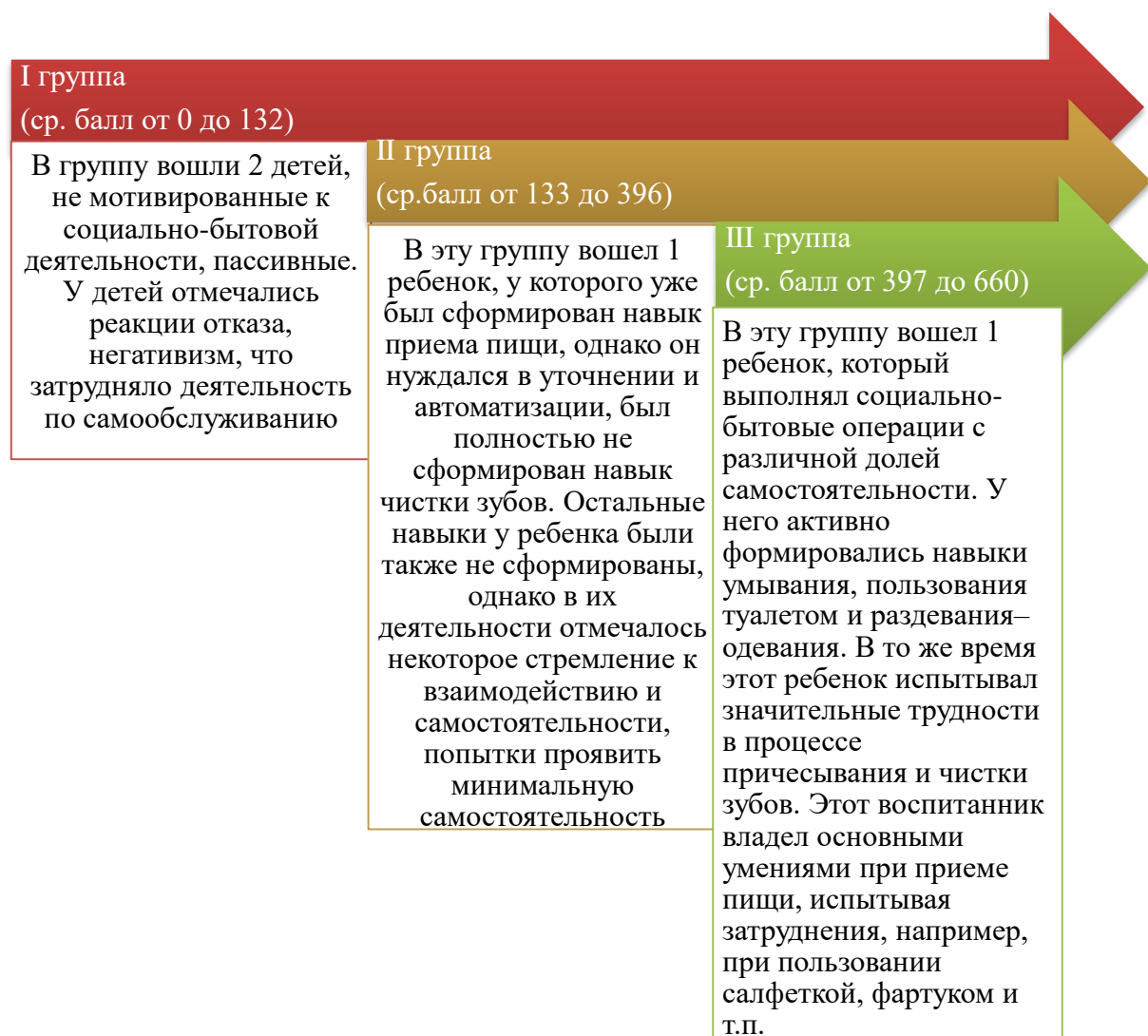


Рисунок 2 – Характеристика групп детей-сирот с разным индивидуальным уровнем сформированности социально-бытовой компетентности

Анализ показал, что хорошо владел социально-бытовыми навыками всего 1 ребенок, что составляло 25 % от общего количества воспитанников. Этот воспитанник был успешен и в других сферах деятельности. В то же время крайне низкий уровень сформированности социально-бытовой компетентности отмечался у 2 детей, или 50 % от общего числа детей.

Анализ медицинской документации показал, что все дети первой группы имели недостатки интеллектуального развития. В остальных группах присутствовали дети без нарушений интеллекта.

Следует отметить, что в группах I и II у 2 детей в структуре нарушений

присутствовали двигательные нарушения, но они не являлись тяжелыми. Эти дети могли передвигаться, в ряде случаев дефектной походкой, иногда со вспомогательными приспособлениями. Ограничения манипулятивных функций не являлись настолько значительными, чтобы полностью препятствовать самообслуживанию.

Анализ показал, что навыки приема пищи и пользования туалетом, являющиеся наиболее социально значимыми, у детей-сирот с ТМНР формируются первыми. Также мы отметили неравномерное отставание по всем группам навыков. У всех участников исследования одни навыки были развиты лучше, другие хуже. Эта асинхрония особенно проявляется у ребенка, имеющего расстройство аутистического спектра.

После рассмотрения характеристик, основанных на нозологическом подходе, позволившем выявить роль интеллектуальных, двигательных и сенсорных нарушений в процессе формирования социально-бытовой компетентности, остановимся на дифференцированной характеристике групп, которые были выделены.

Группа I составляла 50 % от общего количества обследуемых. В данную группу входили 2 детей в возрасте от 7 лет 11 месяцев до 8 лет 5 месяцев. В процессе выполнения деятельности по самообслуживанию дети данной группы продемонстрировали низкую степень владения данными умениями. Так, ни один ребенок не сообщает самостоятельно о своей потребности в еде, не пользуется салфеткой, не удерживает хлеб свободной рукой, держа ложку в другой, не умеет найти место приема пищи и сесть за стол, не пользуется фартуком, не убирает за собой. Все дети данной группы даже в совместной деятельности отказываются взять нож в руки и намазать им масло на хлеб. Все дети группы равнодушны к неудобствам в одежде, не пытаются их исправить, а также не просят о помощи при любых затруднениях с одеванием.

Возраст ребенка, который вошел во II группу 8 лет 3 месяца. Мы видим, что у ребенка лучше всего сформирован навык приема пищи. На

втором месте по степени сформированности примерно в равных количествах представлены навыки одевания, умывания и пользования туалетом. Хуже всего у ребенка в данной группе сформирован навык чистки зубов. Следует отметить, что ребенок, вошедший в эту группу, слабослышащий с генетически обусловленным замедленным темпом психического развития и легкой степенью ДЦП. Передвигается самостоятельно, но есть трудности координации движений. Средствами общения являются непосредственный показ, ограниченный набор естественных жестов, совместно-разделенная деятельность. Устная речь отсутствует. Внимание избирательное. Память избирательная, но долговременная. Девочка наблюдает за деятельностью взрослых, но не включается в нее, выполнить элементарный двигательный акт (например, поднять руки) по подражанию не может. Предметная деятельность развита частично: настойчиво раздевает куклу, перекладывает тряпочки и одежду, к другим пластмассовым, деревянным и металлическим игрушкам интереса не проявляет. Мелкая моторика развита недостаточно.

В III группу вошел ребенок в возрасте 8 лет 6 месяцев. В медицинской документации есть сведения о том, что ребенок кохлеарно имплантирован на оба уха, демонстрирует аутистические проявления. Лучше всего сформирован навык приема пищи. Хуже всего развит навык причесывания. Самостоятельно снимает необходимую одежду и садится на унитаз. При этом самостоятельно не пользуется туалетной бумагой, не моет руки после посещения туалета. Огромную трудность для ребенка представляют просьба взрослых о помощи при затруднениях с одеванием, соблюдение правильной последовательности при одевании, определение левых и правых ботинок или перчаток, лицевой и изнаночной сторон одежды, зада и переда одежды, а также выполнение шнуровки, выворачивание носков и устранение неудобств в одежде. Ребенок выполняет эти операции только в совместной деятельности.

Таким образом, при изучении процесса становления социально-

бытовых навыков у детей-сирот с выраженными сенсорными, интеллектуальными и двигательными нарушениями, была разработана процедура оценки сформированности социально-бытовой компетентности, отличительная особенность которой заключается в разбиении целого навыка на элементарные операции, которые оцениваются каждая в отдельности для возможности диагностики даже минимальных достижений детей. Последовательность операций соответствует не очередности их выполнения в процессе самообслуживания, а логике появления этих операций в онтогенезе, что позволяет проводить диагностику, не связывая ее результаты с паспортным возрастом ребенка. Разработанные критерии оценки позволили максимально точно оценить состояние входящих в социально-бытовую компетентность операций.

2.3 Эффективность индивидуальных программ формирования социально-бытовой компетентности детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития

На основании результатов, полученных в ходе констатирующего эксперимента, для каждого ребенка была составлена индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности, которая использовалась педагогами КГУ Центр поддержки детей с расстройством аутистического спектра «Асыл Мирас».

В основу технологии формирования социально-бытовой компетентности была положена система, разработанная И. А. Соколянским и А.И. Мещеряковым и известная как «совместно – разделенная деятельность» [28]. Она заключается в плавном изменении формы взаимодействия взрослого и ребенка в процессе обучения и представлена на рисунке 3.

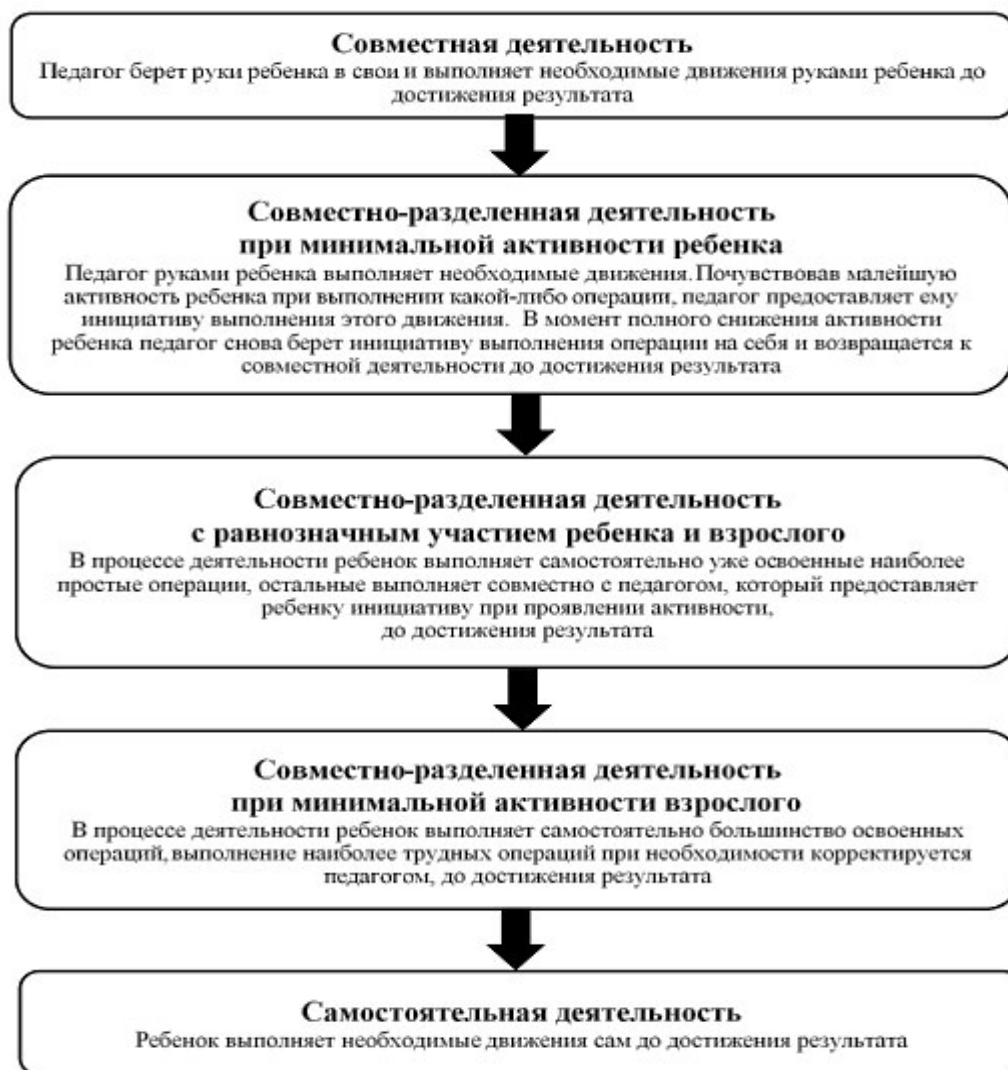


Рисунок 3 – Технология совместно – разделенной деятельности

Первоначально это взаимодействие активного взрослого с пассивным, а иногда и проявляющим негативизм ребенком. Постепенно в процессе взаимодействия педагог стимулирует ребенка на проявление активности, поддерживает каждое такое проявление [28]. Таким образом, доля активности ребенка с каждым повторением осваиваемой операции увеличивается, постепенно превращаясь в его самостоятельную деятельность.

Работа проводилась в двух направлениях: ребенок учился более качественно выполнять уже доступные операции или переходил к освоению более сложных операций. Индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности реализовывалась в течение учебного

года. Ведущим приемом обучения являлась совместно-разделенная деятельность.

Отличительной особенностью данной программы являлось то, что обучение происходило в естественных условиях, в процессе выполнения режимных моментов, что являлось для ребенка более привычной и мотивированной деятельностью, чем специально организованное занятие вне соответствующего времени и контекста. Для проведения обучающих мероприятий использовались личные предметы одежды и гигиены ребенка, подобранные заранее таким образом, чтобы ребенку было удобно проявить самостоятельность при их использовании. Аналогично определялось, какую мебель и посуду будет использовать ребенок при выполнении деятельности по самообслуживанию, продумывался безопасный маршрут передвижения.

Учебно-воспитательный процесс происходил при постоянном сопровождении ребенка взрослым. Для детей, находящихся на низком уровне сформированности социально-бытовой компетентности, обучение проводилось строго индивидуально, владеющие в достаточной мере социально-бытовыми навыками, – объединялись в общую группу. Темп обучения учитывал время на ответную реакцию ребенка.

При осуществлении всех режимных моментов использовалось специфическое средство общения – календарь – индивидуальный для каждого ребенка.

В процессе выполнения социально-бытовой деятельности мы учитывали, что привычная последовательность операций любого навыка самообслуживания отличается от последовательности ожидаемого появления этих операций в онтогенезе. Часто в общепринятой цепочке операций первыми стоят наиболее трудные и появляющиеся в процессе развития гораздо позднее действия. Традиционно при формировании социально-бытовой компетентности педагог начинал обучение с первых операций естественной последовательности. Это приводило к тому, что ребенок тратил много усилий на те операции, которые были недоступны ему

на данном этапе, а освоение доступных ему операций тормозилось из-за несоответствия возможностей и предъявляемых требований.

Таким образом, при реализации индивидуальной программы по формированию социально-бытовой компетентности, во время выполнения цепочки операций навыка педагог акцентировал внимание ребенка только на доступных для него операциях и стимулировал воспитанника к проявлению самостоятельности при их выполнении, а остальные действия ребенок совершал совместно с педагогом в целях создания образа естественной последовательности операций данного навыка.

На рисунке 4 представлены результаты изменения уровня сформированности социально-бытовой компетентности у детей-сирот с ТМНР после реализации индивидуальных программ абилитации и реабилитации.

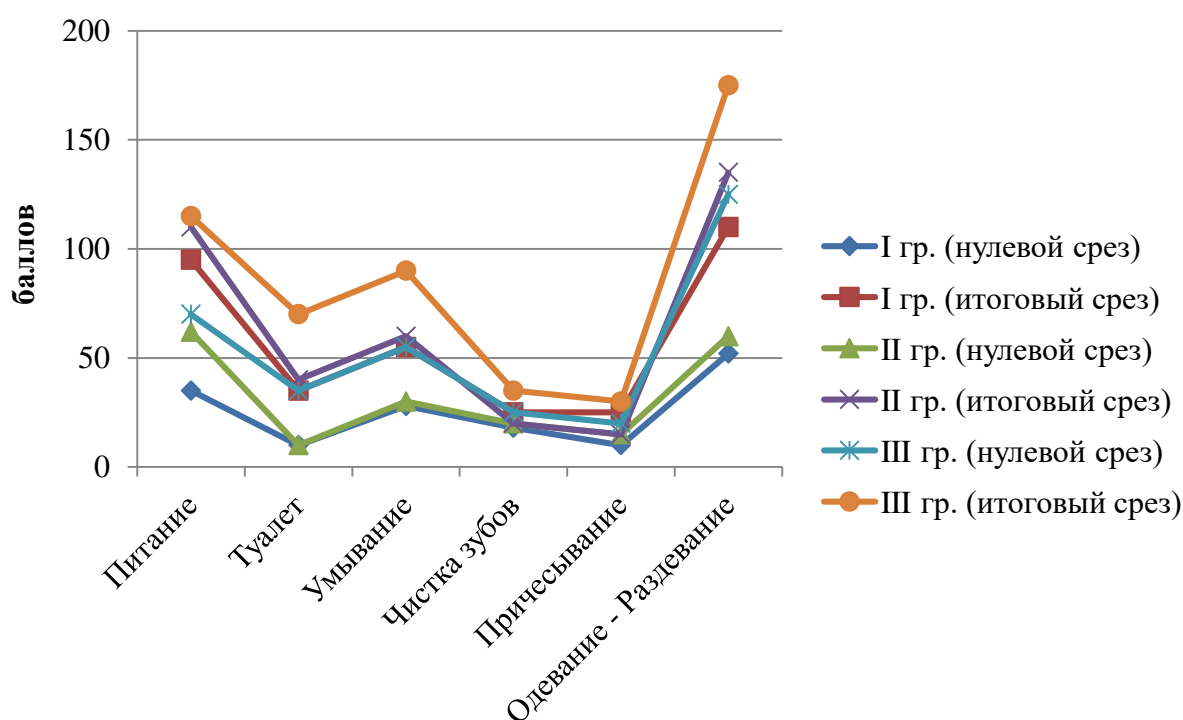


Рисунок 4 – Сравнительный анализ изменения сформированности компонентов социально-бытовой компетентности у детей-сирот с ТМНР

У детей, вошедших в первую группу по результатам входной диагностики были выявлены несформированность всех навыков

самообслуживания и наличие проблемного поведения, осложняющего работу по их формированию. Это послужило основой для разработки индивидуальной программы обучения навыкам самообслуживания, которая представлена в приложении А.

Также для представителей этой группы была предложена стратегия преодоления проблемного поведения по методике коррекции вызывающего поведения детей с множественными нарушениями развития Яна Ван Дайка [18].

У ребенка, вошедшего во вторую группу, по результатам входной диагностики была выявлена асинхрония в развитии навыков самообслуживания: более сформированным является навык приема пищи, а хуже всего сформированы навыки пользования туалетом и чистки зубов. На основании качественного анализа результатов обследования для ребенка была разработана индивидуальная программа обучения навыкам самообслуживания, которая представлена в приложении Б.

Ребенок из третьей группы имел средний уровень сформированности всех компонентов социально-бытовой компетентности, и мы учли этот факт при составлении индивидуальной программы, которая представлена в приложении В.

После окончания работ по программам были проведены оценки их эффективности. С этой целью был использован метод экспертных оценок при участии дефектологов, психологов, воспитателей, работающих в данном учреждении, которые выступали в роли экспертов. Результаты, достигнутые детьми, были зафиксированы в психолого-педагогических характеристиках.

В результате реализации программы в рамках формирующего эксперимента дети I группы научились самостоятельно сообщать о желании кушать, научились пить из чашки, стали брать ложку и подносить ее ко рту, удерживать и пододвигать чашку к себе. С помощью педагога стали находить туалет, снимать необходимую одежду, садиться на унитаз,

спокойно относиться ко всему процессу. В процессе умывания дети стали самостоятельно подставлять руки под струю воды и пытаться умывать лицо, при чистке зубов пытаться водить щетку щетиной по зубам, а при причесывании пытаться прикладывать расческу к волосам и выполнять ею целенаправленные движения. При одевании и раздевании один из детей стал пытаться снимать свободную шапку и носки, незастегнутые ботинки и куртку. Дети стали снимать свободные штаны с помощью педагога/воспитателя и нуждаться в напоминании, чтобы просовывать руки в рукава, а ноги в штанины и вытаскивать при раздевании, а также снимать трусы. Также дети стали спокойно относиться ко всей деятельности, связанной с самообслуживанием, без демонстрации проблемного поведения. По результатам второго обследования средний показатель сформированности социально-бытовой компетентности увеличился на 192 баллов, что говорит о высокой динамике процесса формирования социально-бытовой компетентности.

В результате реализации программы в рамках формирующего эксперимента ребенок из II группы овладел навыками приема пищи, значительно улучшил навыки пользования туалетом, умывания и одевания – раздевания, однако степень самостоятельности при чистке зубов и причесывании осталась на прежнем уровне. По результатам второго обследования у ребенка выявилась достаточная динамика процесса формирования навыков самообслуживания, о чем свидетельствует увеличение общего показателя сформированности социально-бытовой компетентности на 183 балла.

В результате реализации программы в рамках формирующего эксперимента ребенок III группы научился самостоятельно принимать пищу, но так и не смог научиться откусывать и пережевывать пищу, стал самостоятельно пользоваться туалетом. В процессе умывания мальчик стал самостоятельно выполнять все основные операции. При чистке зубов мальчик научился брать правильно зубную щетку за ручку и вкладывать ее

щетиною в рот, стал пытаться водить щетиной по зубам и ополаскивать щетку в конце процесса. Научился с небольшой помощью педагога правильно удерживать расческу, прикладывая расческу зубцами к волосам, выполнять целенаправленные движения расческой. При одевании и раздевании стал самостоятельно выполнять большинство операций, нуждаясь в помощи педагога при выполнении некоторых из них. По результатам второго обследования мы отметили асинхронность процесса формирования отдельных навыков: значительнее всех улучшились навыки умывания и причесывания. Общий показатель сформированности социально-бытовой компетентности увеличился на 185 баллов, что говорит о достаточной динамике процесса формирования социально-бытовой компетентности.

Таким образом, результаты контрольного эксперимента свидетельствуют о состоявшихся позитивных изменениях в формировании социально-бытовой компетентности у детей-сирот с ТМНР. Анализ итоговых результатов позволяет сделать вывод, что динамические изменения у детей вариативны и определяются не первоначальным уровнем сформированности социально-бытовой компетентности, а зависят от индивидуальных особенностей ребенка.

Выводы по второй главе

Подводя итоги главы, стоит сделать следующие выводы:

1. По результатам констатирующего эксперимента для каждого ребенка была составлена индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности, и были описаны ее содержание и алгоритм проектирования. В основе технологии реализации этих индивидуальных программ лежала система «совместно-разделенной деятельности», впервые описанная И.А. Соколянским и А.И. Мещеряковым. Выбор оптимальной формы взаимодействия позволил

наиболее полно раскрыть возможности ребенка в овладении им каждой операцией.

2. При условии целенаправленного обучения навыкам самообслуживания большинство детей-сирот с ТМНР демонстрирует положительную динамику в формировании социально-бытовой компетентности, но величина этой динамики у разных детей различается.

3. Среди детей-сирот с тяжелыми множественными нарушениями развития, есть такие, которые даже при длительном обучении не способны овладеть навыками самообслуживания в полном объеме (сочетание сенсорных и стойких интеллектуальных нарушений), что может говорить о низком потенциале развития этих детей.

4. Для некоторых детей-сирот с ТМНР, даже не имеющих интеллектуальных нарушений, адаптационный период может значительно увеличиваться при частой смене обстановки, например, при ежедневном кратковременном посещении учреждения. Решением этой проблемы может быть или увеличение срока непрерывного пребывания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Введение в образовательное пространство детей-сирот, имеющих выраженные нарушения развития, привело к необходимости разработки новых подходов к их диагностике и обучению. Ведущей задачей обучения этих детей является формирование социально-бытовой компетентности, однако неразработанность проблемы становления у детей с ТМНР навыков самообслуживания затрудняет создание стратегии работы по их формированию. Анализ научно-методической литературы по проблеме формирования социально-бытовой компетентности и обзор практического опыта работы с детьми, имеющими тяжелые множественные нарушения, показали, что процедура диагностики детей-сирот с ТМНР нуждается в пересмотре вследствие невозможности учета незначительной динамики достижений такого ребенка.

Сформированность социально-бытовой компетентности у детей-сирот, имеющих тяжелые множественные нарушения, вариативна и может быть представлена тремя различными уровнями в зависимости от степени самостоятельности ребенка при выполнении деятельности по самообслуживанию и объема необходимой ему помощи. Успешность формирования социально-бытовой компетентности зависит от структуры нарушений и длительности коррекционно-педагогического воздействия.

Выявление особенностей сформированности социально-бытовой компетентности позволяет спроектировать для каждого ребенка, имеющего тяжелые множественные нарушения, индивидуальную программу, опирающуюся на результаты, полученные при использовании метода систематизированного наблюдения. Технология реализации индивидуальной программы основана на «совместно-разделенной деятельности», при которой взаимодействие ребенка и взрослого происходит таким образом, что доля активности ребенка постепенно увеличивается и переходит в самостоятельную деятельность. Выбор

оптимальной формы взаимодействия позволяет наиболее полно раскрыть возможности ребенка в овладении им каждой элементарной бытовой операцией.

При использовании метода систематического наблюдения становится доступной для оценки минимальная динамика уровня сформированности социально-бытовой компетентности у ребенка, имеющего тяжелые множественные нарушения. Полученные при повторном обследовании результаты показали, что скорость овладения детьми-сиротами с ТМНР социально-бытовыми умениями различна и зависит не от первоначального уровня сформированности, а от индивидуальных особенностей, структуры его нарушений. Большинство детей при условии целенаправленного обучения демонстрируют положительную динамику уровня сформированности социально-бытовой компетентности. Однако среди них есть дети, которые даже при длительном обучении не способны овладеть навыками самообслуживания в полном объеме, что может говорить об их низком потенциале развития. Дети-сироты с выраженными интеллектуальными нарушениями нуждаются в пролонгированном периоде обучения социально-бытовым навыкам.

Проведенное исследование, посвященное диагностике и формированию социально-бытовой компетентности, доказало эффективность использования предложенной диагностической системы и индивидуальных программ абилитации и реабилитации для оценки потенциальных возможностей социальной адаптации детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Таким образом, цель исследования была достигнута, задачи решены, а гипотеза подтверждена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аксарина, Н.М. Воспитание детей раннего возраста. / Н.М. Аксарина. – М.: Медицина, 1972. – 304с.
2. Апраушев, А.В. Воспитание оптимизмом: записки директора Загорского детского дома для слепоглухонемых детей / А.В. Апраушев. – М.: Педагогика, 1983. – 104с.
3. Басилова, Т. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития : пособие для родителей / Т. А. Басилова, Н. А. Александрова. – Москва : Просвещение, 2008. – 111 с.
4. Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием: младший дошкольный возраст [Электронный ресурс] / Е.Р. Баенская // Альманах ИКП РАО: книжное приложение №4. – М.: ИКП РАО, 2021. – URL: <http://www.autist.narod.ru/Baensk1.htm>.
5. Бертынь, Г.П. Сложная структура дефекта у детей, матери которых перенесли краснуху / Г.П. Бертынь // Дефектология. – 2023. – № 3. – С. 19 – 23
6. Бернштейн, Н.А. Биомеханика и физиология движений / Н.А. Бернштейн; под редакцией В.П. Зинченко. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 608 с.
7. Блонский, П.П. Педология [Электронный ресурс] / П.П. Блонский. – М., 1934. – URL: http://elib.gnpbu.ru/text/blonsky_pedologiya_1934/go,338;fs,0.
8. Бутко, Г.А. Особенности формирования двигательных навыков у дошкольников с задержкой психического развития: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Бутко Галина Анатольевна. – М., 2021. – 260 с.
9. Веракса, Н.Е. О раннем обучении и развитии детей / Н.Е. Веракса, Н.С. Варенцова // Психологическая наука и образование. – 2022. – №2. – С. 87–93.

10. Воспитание и обучение в детском саду / под ред. А.В. Запорожца, Т.А. Марковой. – М.: Педагогика, 1976. – 582 с.

11. Выготский, Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский ; составитель, автор вступительной статьи и библиографии Т. М. Лифанова ; автор комментариев М. А. Степанова. – Москва : Просвещение, 1995. – 527 с.

12. Гальперин, П.Я. Введение в психологию / П.Я. Гальперин. – М.: Университет, 2000. – 336 с.

13. Гальперин, П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий / П.Я. Гальперин // Психология как объективная наука: избранные психологические труды / П.Я. Гальперин; ред. А.И. Подольский. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 1998. – С. 272 – 317.

14. Головчиц, Л. А. К проблеме терминологии: «сложные, множественные, комплексные...» нарушения развития / Л. А. Головчиц // Дефектология. – 2023. – № 3. – С. 3–11.

15. Гольдберг, А.И. Педагогическое изучение аномальных детей [Электронный ресурс] / А.И. Гольдберг, Н.М. Стадненко, А.Л. Лебедева, И.Н. Манжуло // Альманах ИКП РАО. – 2021. – №22. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-22/pedagogicheskoe-izuchenie-anomalnyix-detej>.

16. Давыдов, В.В. Теория развивающего обучения / В.В. Давыдов. – М.: ИНТОР, 1996. – 544с.

17. Екжанова, Е. А. Системы коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта / Е.А. Екжанова, Е.А. Стребелева // Дефектология. – 2022. – №6. – С. 1–15.

18. Дайк, Я. В. Подход к обучению и диагностике детей с множественными сенсорными нарушениями // Дефектология. – 2023. – № 1. – С. 67–74.

19. Жигорева, М. В. Дети с комплексными нарушениями развития: Диагностика и сопровождение / М. В. Жигорева, И. Ю. Левченко. – Москва : Национальный книжный центр, 2021. – 208 с.
20. Запорожец, А.В. Основные проблемы онтогенеза психики / А.В. Запорожец // Избранные психологические труды: в 2-х т. – Т. I. – М.: Педагогика, 1986. – С. 223 – 275.
21. Ильенков, Э.В. Учитесь мыслить смолоду [Электронный ресурс] / Э.В. Ильенков. – URL: <http://padaread.com/?book=6729&pg=1>.
22. Конвенция о правах инвалидов : принята Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 13 декабря 2006 г. № 61/106 : ратифицирована Федеральным Законом Российской Федерации от 03 мая 2012 г. № 46-ФЗ. URL: <http://base.garant.ru/2565085/#text>
23. Левченко, И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – Москва : Просвещение, 2008. – 239 с.
24. Левченко, И.Ю. Психологическое изучение детей с органическим поражением ЦНС: материалы общества невропатологов и психиатров / И.Ю. Левченко. – М.: Медицина, 1998. – С. 101 – 127.
25. Леонтьев, А.Н. К теории развития психики ребенка. / А.Н. Леонтьев // Избранные психологические произведения: В 2 т. – Т. 1. – С. 285-286.
26. Лубовский, В. И. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей / В.И. Лубовский // Дефектология. – 1971. – № 6. – С. 15–19.
27. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст: советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е.М. Мастюкова. – М.: Гуманит. изд. центр Владос, 1997. – 304 с.
28. Методические указания к «Программе воспитания в детском саду». – М.: «Просвещение», 1964. – 272 с.

29. Назарова, Н. М. Проблемы воспитания инклюзивной культуры / Н. М. Назарова // Понятийный аппарат педагогики и образования : коллективная монография / Уральский государственный педагогический университет ; ответственный редактор М. А. Галагузова, В. М. Полонский. – Екатеринбург : [б. и.], 2022. – Выпуск 11. – С. 344–352.

30. Пантюхина, Г. В. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни: учебное пособие / Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ЦОЛИУВ, 2022. – 84 с.

31. Певзнер, М.С. Клиническая характеристика детей с нарушением темпа психофизического развития / М.С. Певзнер // Дети с временными 171 задержками развития / под ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. – М.: Педагогика, 1971. – С. 15–20.

32. Переверзева, М.В. Роль формирования навыков самообслуживания у детей с тяжелыми множественными нарушениями развития на первоначальном этапе обучения / М.В. Переверзева // Преодоление. – 2021. – №1. – С.24–29.

33. Переверзева, М.В. Разработка индивидуальной программы формирования навыков самообслуживания для ребенка с тяжелыми множественными нарушениями развития / М.В. Переверзева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017(17). – №1. – С.84–90.

34. Переверзева, М.В. О влиянии специального обучения на формирование навыков самообслуживания у детей с тяжелыми множественными нарушениями развития / М.В. Переверзева // Коррекционная педагогика. – 2022. – №1(75). – С. 61 – 68.

35. Переверзева, М.В. Критерии оценки при диагностике развития детей с тяжелыми множественными нарушениями на начальном этапе обучения / М.В. Переверзева // Детская и подростковая реабилитация. – 2023. – №1(20). – С.71 – 76.

36. Переверзева, М.В. Использование метода систематизированного наблюдения для оценки навыков самообслуживания у детей с тяжелыми нарушениями развития / М.В. Переверзева // Коррекционная педагогика. – 2012. – №2(49). – С.15 – 31.

37. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2017. – 713 с.

38. Саламанкская Декларация и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями : [принята Всемирной конференцией по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество. Саламанка. Испания 7–10 июня 1994 г.]. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/salamanka.pdf (дата обращения: 16.10.2023).

39. Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года : [утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 мая 2015 г. № 996-р.] – URL: <http://docs.cntd.ru/document/420277810> (дата обращения: 16.10.2023).

40. Сошникова, Н.Г. Социальное воспитание глухих и слабослышащих дошкольников со сложными нарушениями развития: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / Сошникова Наталья Григорьевна. – М., 2008. – 206 с.

41. Стребелева, Е.А. Подходы к созданию единой системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей / Е.А. Стребелева // Дошкольное воспитание. – 2023. – №1. – С.70 – 73.

42. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации : от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ [Текст]. – Москва : Эксмо, 2019. – 787 с.

43. ФГОС: Выявление особых образовательных потребностей у школьников с ограниченными возможностями здоровья на уровне основного общего образования / под редакцией Е. Л. Черкасовой, Е. Н. Моргачевой. – Москва : Национальный книжный центр, 2016. – 144 с.

44. Форман, Н. Новый подход к обучению детей с особыми потребностями в Великобритании / Н. Форман, А. Праттен // Дефектология. – 2021. – № 4. – С. 53–55.

45. Царёв А. М. Требования к структуре образовательных программ для детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития и к возможным результатам их освоения в контексте разработки ФГОС для обучающихся с ОВЗ / А. М. Царёв, Л. А. Головчиц // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2022. – № 3. – С. 12–19.

46. Шипицына, Л.М. Социально-трудовая абилитация и адаптация детей с глубоким нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына, Е.С. Иванов, В.Н. Асикритов. – СПб: Изд-во Образование, 1996. – 44 с.

47. Шиф, Ж.И. Психологическое изучение основных вопросов обучения аномальных детей [Электронный ресурс] // Альманах ИКП РАО. – 2015. – №22. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-22/psixologicheskoe-izuchenie-osnovnyixvoprosov-obucheniya-anomalnyix-dete>

48. Шульженко, Н.В. Педагогическая технология формирования и коррекции социально-бытовых навыков у детей младшего дошкольного возраста с умеренной и тяжелой умственной отсталостью: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Шульженко Наталья Владимировна. – Екатеринбург, 2022. – 181 с.

49. Эльконин, Д.Б. Избранные психологические труды / Д.Б. Эльконин. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.

50. Эльконин, Д. Б. Детская психология: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / Д.Б. Эльконин; ред.-сост. Б.Д. Эльконин. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 384 с.

Индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности для I группы

В процессе приема пищи:

Формирование умений

- сообщать о своем желании кушать;
- пить из поильника;
- брать ложку в руку и подносить ее ко рту;
- удерживать чашку и пододвигать ее к себе. Закрепление умения пить

из чашки.

Формирование навыка пользования туалетом:

- умение реагировать на неопрятность;
- умение снимать необходимую одежду, подготавливаясь к процессу;
- умение садиться на унитаз, аккуратно пользоваться им, находить

туалет.

В процессе умывания:

Закрепление умений подставлять руки под струю воды и тереть руки друг о друга при мытье. Формирование умений смывать мыло с рук под струей воды, прикладывать мокрые руки к лицу при умывании и умывать все лицо.

Формирование навыка чистки зубов:

- умение брать правильно зубную щетку за ручку,
- умение вкладывать зубную щетку щетиной в рот,
- умение водить зубной щеткой слева направо щетиной по зубам.

Формирование навыка причесывания:

– умение правильно удерживать расческу, прикладывать расческу зубцами к волосам, выполнять целенаправленные движения расческой.

В процессе одевания и раздевания:

Формировать умения

- снимать куртку, когда всего одна рука в рукаве;
- снимать незавязанную шапку, незастегнутые ботинки, расстегнутую куртку;

- снимать свободные носки, свободные штаны, трусы.

Закреплять умение просовывать руки в рукава, а ноги в штанины и вытаскивать при раздевании.

Индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности для II группы

В процессе приема пищи:

Тренировка умений:

- сообщать о своем желании покушать;
- зачерпывать пищу ложкой;
- подносить ложку с пищей ко рту;
- пережевывать пищу.

Закрепление умений:

- брать ложку в руку;
- удерживать чашку и пить из нее;
- пододвигать тарелку к себе;
- после еды отодвигать чашку и тарелку.

Формирование умения пододвинуть чашку к себе.

Формирование умений в процессе пользования туалетом:

- реагировать на неопрятность;
- снимать необходимую одежду, подготавливаясь к процессу;
- садиться на унитаз, аккуратно пользоваться им, находить туалет;
- сообщать о своей потребности адекватным способом.

В процессе умывания:

Закрепление умения подставлять руки под воду.

Формирование умений:

- тереть руки друг о друга при мытье;
- смывать мыло с рук под струей воды;
- прикладывать мокрые руки к лицу при умывании и умывать все лицо.

Формирование умений в процессе чистки зубов:

- брать правильно зубную щетку за ручку;

– вкладывать зубную щетку щетиной в рот и водить ей слева направо щетиной по зубам.

Закрепление умений в процессе причесывания:

- правильно удерживать расческу;
- прикладывать расческу зубцами к волосам;
- выполнять целенаправленные движения расческой;
- вынимать из волос расческу, не запутывая ее в волосах.

Формирование умений в процессе одевания – раздевания:

- снимать незавязанную шапку, незастегнутые ботинки;
- снимать свободные носки, свободные штаны, трусы;
- снимать расстегнутую куртку;
- просовывать руки в рукава, ноги в штанины и при раздевании вытаскивать их;
- надевать комнатные туфли;
- надевать ботинки не застегивая, тапочки.

Индивидуальная программа формирования социально-бытовой компетентности для III группы

В процессе приема пищи:

Формирование умений:

- сообщать о своем желании кушать;
- откусывать и пережевывать пищу.

Закрепление умений пододвигать тарелку к себе и после окончания еды отодвигать ее.

При пользования туалетом:

Закрепление умений реагировать на неопрятность и адекватным способом сообщать о своей потребности; Формирование умений аккуратно пользоваться туалетом.

В процессе умывания:

Закрепление умений:

- подставлять руки под струю воды, тереть руки друг о друга при мытье и смывать мыло с рук под струей воды;
- прикладывать мокрые руки к лицу при умывании;
- брать полотенце и вытирать лицо. Формирование умения умывать все лицо.

Тренировка в умении опускать рукава после умывания.

В процессе чистки зубов:

Закрепление умений:

- брать правильно зубную щетку за ручку, вкладывать ее щетиной в рот;
- водить зубной щеткой слева направо щетиной по зубам.

Формирование умений:

- водить зубной щеткой сверху вниз щетиной по зубам;
- ополаскивать щетку после чистки зубов и убирать ее на место.

При причёсывании:

Закрепление умений правильно удерживать расческу.

Формирование умений:

- прикладывать расческу зубцами к волосам;
- выполнять целенаправленные движения расческой.

В процессе одевания и раздевания:

Тренировка умений:

- снимать куртку, когда всего одна рука в рукаве;
- надевать сапоги.

Закрепление умений:

- снимать расстегнутую куртку, свитер;
- надевать шапку;
- расстегивать застежку «липучку», кнопки;
- открывать застежку «молния».