



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

Факультет заочного обучения и дистанционных образовательных
технологий
Кафедра социально-педагогического образования

Социальное консультирование семей с детьми с ограниченными возможностями
здоровья в условиях МБДОУ №99 г. Миасса

Выпускная квалификационная работа
по направлению 39.03.02 Социальная работа
Направленность программы бакалавриата
«Социальная защита и обслуживание семей и детей»

Проверка на объем заимствований:

58,83 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
рекомендована/не рекомендована

« 15 » мая 2017 г.

зав. кафедрой СПО

[подпись] д.ф.н., доцент Иванова О.Э

Выполнила:

студентка группы ЗФ-411/103-4-1Мсс
Прахова Елена Михайловна

Научный руководитель:

к.филол.н., доцент

Точилкина Татьяна Григорьевна

[подпись]

Челябинск

2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	8
1.1. Российский и зарубежный опыт по социальной защите семей с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья	8
1.2 Формы социальной работы с семей, имеющей детей с ограниченными возможностями здоровья.....	20
Выводы по главе 1	46
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ МБОУ «ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА №99» МИАССКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА	48
2.1 Характеристика Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения: детский сад комбинированного вида №99 Миасского городского округа.....	49
2.2 Анализ работы группы «Солнышко» МБДОУ №99 с семьями воспитывающими детей с ограниченными возможностями	61
2.3 Организация социального консультирования семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья в группе «Солнышко» в МБДОУ №99 Миасского городского округа	71
Выводы по главе 2	74
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	76
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	84

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования заключается в том, что на сегодняшний день в нашей стране социальная поддержка семей воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательной жизни и жизни социума является важнейшей задачей.

Одной из острейших проблем на сегодняшний день стала проблема инвалидности, ухудшения и полной потери здоровья. Согласно сведениям, предоставляемым Всемирной организацией здравоохранения, в мире насчитывается более 120 миллионов детей - инвалидов. Семья – самый первый социальный институт, с которым знакомится ребенок. Рождение здорового малыша приносит в семью не известное до этого момента счастье: чувство радости материнства и отцовства, гордости, нежности. Появление же ребенка с ограниченными возможностями, воспринимается как трагедия. Рождение малыша с отклонением развития отражается на разных родителях не всегда одинаково. Зачастую родители испытывают сильнейший психологический стресс, вследствие которого может возникнуть так называемый травматический невроз - изменение работы психики от пережитого шока.

Ребенок с ограниченными возможностями становится для родственников источником отрицательных эмоциональных переживаний. С его появлением на свет происходят значительные изменения в привычной жизни семьи, изменяется отношение к другим, здоровым детям.

Существует так называемая «психологическая стена» между здоровыми людьми и людьми, имеющими ограниченные возможности. Это причиняет страдание не только больным детям, но и страдает само общество, потому, что при таком отношении у людей увеличивается душевная черствость к горю другого человека, а так же к незащищенным слоям населения в целом. У родителей появляется множество вопросов

касающихся устройства быта, воспитания ребенка, организации жизнедеятельности с учетом его заболевания. Большое число родителей, ожидая появления на свет здорового малыша, оказываются не готовыми в психологическом и практическом плане к воспитанию ребенка с отклонениями здоровья.

Не маловажную роль в организации жизнедеятельности семей воспитывающих детей с ограниченными возможностями играет социальное консультирование. Применение данной технологии помогает родителям расширять общественные контакты, связь с различными учреждениями, организациями и службами, увеличивает их информированность, повышает правовую и педагогическую культуру.

Рост внимания к проблемным вопросам детей-инвалидов связано с тем, что таких детей с каждым годом становится больше. Причинами увеличения детской инвалидности являются: плохая экология, трудное экономическое положение в стране, повышенный уровень заболеваемости, травматизм вследствие дорожно-транспортных происшествий, а так же вооруженные конфликты. Именно поэтому одним из первостепенных направлений государственной социальной политики в России и на территории Челябинской области, в частности, является социальная защита семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Актуальность проблемы позволила сформулировать тему выпускной квалифицированной работы «Социальное консультирование семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья в условиях муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения: «Детский сад комбинированного вида № 99» Миасского городского округа »

Объект исследования: семья, имеющая детей с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет изучения: семья, имеющая детей с нарушением зрения.

Цель работы: организация социального консультирования семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья в условиях ДОО.

Задачи исследования:

1. Провести анализ научной литературы по проблеме социальной защиты семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья.
2. Рассмотреть формы и методы работы по защите семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья.
3. Проанализировать организацию работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья в Муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении: «Детский сад комбинированного вида №99» Миасского городского округа
4. Организовать социальное консультирование семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Методологической базой исследования: Изучение литературы по проблеме исследования показывает, вопросы социальной работы с семьей имеющей ребенка-инвалида рассматриваются в работах Е.Г. Бабич, Е.Э. Егоркина, Т.Л. Крюкова, и др. Вопросы, связанные с технологией социального консультирования, широко представлены в работах отечественных авторов: В.И. Жукова, Е. И. Холостовой, и т. д.

Методы исследования: анализ научной и методической литературы по проблеме, изучение документации, наблюдение, беседа, анкетирование, опрос, анализ документов.

Нормативно-правовая база исследования:

Конституция Российской Федерации; Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 07.03.2017) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"; Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «Об образовании в Российской Федерации»; Семейный кодекс Российской Федерации; Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан; Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»;

Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 г. №175 «О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2015 годы»; Указ президента РФ от 18.08.1994 №1696 «О президентской программе «Дети России» и другие законы.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

База исследования: Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение: «Детский сад комбинированного вида №99» Миасского городского округа

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Российский и зарубежный опыт по социальной защите семей с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья

По определению Л.Г. Гусяковой, «латинское слово «инвалид» (invalid) буквально означает «непригодный» и служит для характеристики лиц, которые вследствие заболевания, ранения, увечья ограничены в проявлениях жизнедеятельности» [56, с.37].

В русском языке данное слово появилось в XVIII в. Изначально инвалидами стали называть бывших военных, которые в связи с плохим состоянием здоровья не могли себя обслуживать. Далее, в XIX в. инвалидам были признаны люди, не имеющие, в связи с плохим здоровьем, возможности зарабатывать себе на жизнь. На протяжении длительного времени при характеристике инвалидов упор делался именно на трудовой стороне жизнедеятельности человека. Так как инвалидность становится препятствием к полноценной трудовой деятельности и отнимает у индивида способность самому обеспечить свою жизнь, в первую очередь, до середины XX в., внимание акцентировалось на медицинских вопросах нарушений трудоспособности и вопросах материальной помощи инвалидам.

Как отмечает М.И. Киселёв «история становления отношения к детской инвалидности, начинается от мифов о древней Спарте где, согласно древнему историку Плутарху, сбрасывали немощных детей со скалы. В Древней Греции, где высоко ценилось физическое совершенство человека, детей, у которых при рождении замечались физические расстройства, убивали. В Древнем Риме, как и в Древней Греции, детоубийство младенцев с расстройствами считалось нормой. В тоже

время следует отметить, что в Риме разрабатывались способы лечения людей с инвалидностью. Так «Аристотель изучал глухоту, а Гиппократ пытался лечить эпилепсию». При помощи методов гидротерапии и физических упражнений разрабатывались методы лечения приобретенных заболеваний, но они были доступны только богатым гражданам» [с.412, 35].

С.С. Асатрян пишет, что «в древней иудейской культуре ко всем слепым и глухим, вдовам, сиротам и малоимущим относились особенно внимательно, детоубийство запрещалось. Однако инвалиды, по-прежнему, считались людьми с печатью греха, именно поэтому им запрещалось посещение религиозных ритуалов. В эпоху христианства отношение к инвалидам носит двойственный характер. Люди с инвалидностью, основываясь на традиции монашества, уходили в монастырь, тем самым обеспечивая себе еду и кров. Создание богаделен, в Турции в IV столетии, служит примером основания благотворительного подхода к людям с инвалидностью» [10, с.4].

В тот же период времени к инвалидности относились, как к расплате за совершённые грехи. В обществе людей с физическими или психическими недостатками обходили стороной, их избегали и боялись. Некоторые субкультуры и народности до настоящего времени связывают ограниченные возможности человека с божьим наказанием, которое послано как самому инвалиду, так и всей его семье.

Л.И. Акатов указывает, что «для русской культуры инвалиды (юродивые, калеки) традиционно являлись одним из объектов благотворительности и милосердия. Инвалиды, чьё развитие существенно отличались от общепринятой нормы, в православной культуре вызывали чувство жалости, сострадания и сочувствия» [12, с.265].

Из истории Российской империи известно, что слово «инвалид» впервые стали употреблять во времена правления Петра I. Солдат, получивших увечья, в результате которых они не могли исполнять

обязанности воинской службы, стали называть инвалидами. Данная традиция была заимствована из Западной Европы.

Именно в это время появляется деятельность по социальной реабилитации детей. «В 1715 г. Петр I объявляет указ, по которому незаконнорожденных детей приказывалось помещать в специальные госпитали с условием, что когда они вырастут, «то мальчиков отдавали бы в учение какому-нибудь мастеру, а девочек помещали к кому-нибудь в услужение» [15, с.4].

В этом указе просматриваются элементы социально-бытовой и социально-педагогической реабилитации. В 1721 г. появляется указ о строительстве госпиталей для незаконнорожденных младенцев, в которых дети находились на воспитании до определенного возраста. Затем мальчиков отправляли учениками к мастерам, а девочек – в служанки. Активное развитие социально-педагогическая реабилитация детей получила в конце 18 века. Начинают появляться различные специализированные благотворительные заведения - сиротские дома и детские приюты; богадельни и дома для неизлечимо больных; работные дома и т.д.

Как элемент социально-педагогической и социально-психологической реабилитации можно рассматривать систематическое обучение и воспитание глухонемых детей в учреждении Московского воспитательного дома (1763 г.).

Одним из множества направлений социальной помощи того времени ведущее место занимало призрение «искаженных природой» (калек, глухонемых, слепых и т. д.), с предоставлением бесплатного или дешёвого жилья и пропитания. В начале 19 века в Павловске начинает работу первое опытное училище глухонемых в России. В нём проходили обучение мальчики и девочки, всего 12 человек. Оплачивала их обучение императрица Мария Федоровна из личных средств.

В начале 19 века в России появляются государственные школы для

слепых. Первая школа создаётся в 1807, помощь в организации которой оказывает организатор подобных школ в Париже, В. Гаюи. Школа была рассчитана на 15 учебных мест. Учащихся обучали чтению и письму, музыке, истории и географии, ручному труду и книгопечатанию, поэзии. Так же в обязательной программе обучения был закон Божий.

Все это очень ярко характеризует основные направления социально-реабилитационной деятельности в России в начале 19 века

При правлении Николая I появляются сиротские институты для детей, осиротевших в период войн и холерных эпидемий.

Несмотря на все нововведения, а также содержание людей с физическими недостатками, не средства благотворительных пожертвований в различных богоугодных заведениях служило только их биологическому существованию. Инвалиды по факту не имели возможности реализовать свои способности и умения в общественно-полезном труде. Для решения проблемы общественной востребованности слепых, возникла необходимость создания учреждений, в которых осуществлялась бы трудовая деятельность незрячих. Важнейшим требованием полновесным физическим и интеллектуальным развитием слепых и привлечения их в общественную жизнь становились грамотность, профессиональное обучение и осуществление дальнейшего трудоустройства.

В 1881 г. по инициативе К.К.Грота начинает действовать частная благотворительная организация – «Попечительство о слепых». Цель создания данной организации - обучение незрячих, доступным для них занятиям и ремёслам. Благодаря усилиям К. К. Грота это учреждение стали именовать «Попечительство императрицы Марии Александровны о слепых».

Его основными задачами являлись:

- признание, воспитание, обучение незрячих детей и подготовка их к самостоятельной жизни;

- забота о взрослых слепых с помощью размещения их в заведения, для проживания и изучения различных ремёсел;
- поддержка их семей или людей взявших их на свое содержание.

Под руководством «Попечительства» находились различные заведения такие как глазная лечебница, общежития для слепых работников и работниц, ремесленные училища, приют для малолетних и отсталых и т.д. За время работы «Попечительства» было создано 29 его отделений во многих городах по всей стране.

С целью организации помощи слепым в обучении ремеслу и подготовки к самостоятельному труду К. К. Грот организовал систему училищ для незрячих детей, которые так же были открыты по всей России и финансировались из средств местных отделений «Попечительства». Дети из малоимущих семей получали знания бесплатно, состоятельные родители оплачивали 300 руб. в год. Продолжительность обучения составляла от 8 до 10 лет.

Развитие деятельности касающейся помощи слепым включающей в себя создание школ для слепых, разработка русского Брайчевского алфавита, печатание книг рельефно точечным шрифтом, выпуск учебных наглядных пособий, трудоустройство взрослых слепых – содействовало привлечению социального интереса к вопросам слепых.

«Отечественные ученые знакомились с деятельностью европейских школ и заведений для слепых в их реабилитации.

К практической помощи и консультациям были привлечены крупные зарубежные специалисты. На русский язык переводились работы известных зарубежных и отечественных тифлопедагогов, издавались книги слепых авторов. Были сделаны первые шаги и в развитии тифлотехники – появились читающие аппараты Розинга, Лебедева, пишущая машинка А. Н. Коко.

За первые 25 лет своего существования Попечительство, создав

несколько богаделен и убежищ, открыв мастерские, смогло дать начальное образование 711 слепым детям, трудоустроив из них 522 человека.

Таким образом, из 250 тысяч абсолютно слепых плодов деятельности этой организации смогли воспользоваться лишь немногие, а большинство оставалось в прежнем отчаянном положении.

Особое внимание в училищах уделялось воспитанию слепых детей. Воспитание должно было развивать в слепых детях чувство собственного достоинства, трудолюбие и самостоятельность, умение обходиться, по возможности, без помощи зрячих и др. Одной из первостепенных задач воспитания являлось поддержание активности воспитанников, чтобы они не проводили время в бездеятельности, а занимались делом, двигались и развивались в разумных пределах. После обучения слепые трудоустраивались по тем ремеслам, которые они получали в училищах. Например, все выпускники Александро-Мариинского училища слепых из вспомогательного фонда, созданного в 1889 г., получали бесплатно белье, одежду, обувь, инструменты и другие принадлежности и материалы. Те, кто жил на частных квартирах, получали кровать, постель, шкаф для одежды и другие предметы. Кроме этого они получали небольшую сумму денег на уплату за квартиру и содержание, пока они не получали первого заработка. Нередко для трудоустройства выпускников училищ создавались «специальные мастерские» [28 с, 29].

Р.А. Литвак указывает, что «особую роль в социально-педагогической и социально-психологической реабилитации детей сыграла Анна Александровна Адлер (1856–1924 гг.), выпускница Казанской Мариинской женской гимназии (1874 г.) и Казанских педагогических курсов (1875 г.). Первое время слепых детей в России обучали без учебников и учебных пособий. Именно созданием учебных пособий и разработкой методических рекомендаций и занялась А. А. Адлер. Она уделяла большое внимание методам обучения слепых детей. При ее непосредственном участии разрабатывались методы преподавания

русского языка, литературы, арифметики, истории, географии, естествознания, было, положено начало созданию фонда учебных и рельефно-наглядных пособий, выписанных из-за границы.

В 1884 г. А. А. Адлер на свои средства заказала в Берлине типографское оборудование с тем, чтобы приступить к печатанию книг шрифтом Брайля в России. 11 декабря 1885 г. работа над первой книгой «Сборник статей для детского чтения, изданный и посвященный слепым детям Анною Адлер», в объеме 67 страниц, была завершена/

В 1887 г. А. А. Адлер напечатала вторую книгу по Брайлю – «Сборник биографических статей для слепых детей среднего возраста» [43, с.66].

Одновременно с появлением социальной реабилитации незрячих начинает своё развитие социальная реабилитация глухонемых детей. «Первое в России училище глухих было создано в 1806 г. по инициативе императрицы Марии Федоровны, жены императора Павла I, решившей заняться по примеру западных государств образованием глухих детей. По ее распоряжению для учреждения в Петербурге училища глухонемых в Россию из-за границы был приглашен один из наиболее известных профессоров, польский патер Сигмунд, который и основал училище глухонемых в Павловской крепости как отделение Воспитательного дом.

Позже оно трансформировалось в Училище для глухонемых детей. В училище принимались дети 7–9 лет. Они получали общее и ремесленное образование. Из 162 мест в училище 120 были бесплатными и предназначались для круглых сирот, полу сирот и детей бедных родителей. Ведомству учреждений Императрицы Марии Федоровны принадлежала также Мариинская школа для глухонемых в дер. Мурзенка под Санкт-Петербургом. В 1898 г. в Ведомстве императрицы Марии было создано специализированное благотворительное ведомство для оказания помощи глухонемым – Попечительство императрицы Марии Федоровны о глухонемых» [16, с.205].

«Целью этого попечительства являлось учреждение для глухонемых квартир, мастерских, домов трудолюбия, подготовка учителей для школ, где обучались глухонемые и др. С 1897 по 1907 гг. количество школ для глухонемых увеличилось с 19 до 60, где обучались 2777 чел., но реальная потребность в таких заведениях была на 150 тыс. человек.

Попечительство о слепых и Попечительство, о глухонемых, как и само Ведомство учреждений императрицы Марии, сравнительно благополучно пережили свержение своих покровителей в феврале 1917 года. В марте 1917 г. Ведомство учреждений императрицы было формально упразднено. Собственная его Императорского Величества канцелярия по учреждениям императрицы Марии была преобразована в Управление Мариинскими благотворительными заведениями. В его ведении остались все прежние структурные подразделения, благотворительные общества и учреждения призрения» [16, с.209].

В конце 19 века в России появилось общество защиты детей от жестокого обращения. Благодаря действию этого общества были построены убежища и общежития с мастерскими. В это же время набирают популярность дома трудолюбия, открытые для людей, нуждающихся в работе.

Целью домов трудолюбия являлось не только предоставление нуждающимся временной работы, но и нравственное перевоспитание, способствующее дальнейшей самостоятельной трудовой жизни.

«В 1895 г. Николаем II был подписан указ об учреждении под покровительством императрицы Александры Федоровны Попечительства о домах трудолюбия и работных домах. Впоследствии эта благотворительная организация стала именоваться «Попечительством о трудовой помощи». Перед домами трудолюбия ставилась задача помогать бездомным, вышедшим из больниц, освобожденным из мест заключения, впадшим в крайнюю бедность и не имеющим заработка людям, путем обеспечения их работой и приютом.

К началу 20 века в России действовало около 140 домов трудолюбия. Вместе с детскими приютами трудолюбия, пунктами раздачи работы на дом, профессиональными училищами, мастерскими и другими учреждениями к 1912 г. работало более 700 заведений трудовой помощи двух типов. К первому типу относились дома с хорошо оборудованными производственными мастерскими, где предоставлялась трудовая помощь здоровым квалифицированным рабочим, временно ставшими безработными. Второй тип домов трудолюбия был предназначен для не подготовленных к профессиональному труду и «слабосильных» людей, которым оказывалась временная трудовая помощь в целях получения ими определенного заработка» [16, с.211].

В конце 19 века социальная реабилитация, проводимая в приходах и в приютах для детей, а так же в богадельнях для престарелых, достигла своего расцвета. Целью деятельности детских приютов было призрение детей-сирот, поправка их здоровья посредством достаточного питания и внимательным уходом и предоставлением жилья. Затем благодаря школьному обучению и воспитанию детям давалось первоначальное образование, побуждая любовь к труду и порядку, укрепляя нравственное чувство, развивая послушание. В итоге дети обучались какому-либо ремеслу или определялись в какие-либо училища, мастерские, получая тем самым возможность материального обеспечения в последующей жизни. На летнее время дети вывозились за город – на дачи, где они знакомились с природой и трудились на приусадебных участках.

Приведенные выше факты говорят о наличии большинства видов социальной реабилитации в социально-помогающей деятельности в России 17–19 веках, к ним относятся: социально-педагогическая, социально-психологическая, социально-бытовая и др. Можно также выделить некоторые меры, указывающие на появление социально-культурной реабилитации, касающейся детей.

Во второй половине 19 века, инвалидам стали признавать и

штатских лиц, получивших ранения и увечья в следствии военных конфликтов. Объяснение этому факту в том, что гражданское население все чаще стало подвергаться опасностям во время войн.

Принято считать, что исследования проблем инвалидности, её последствий и причин берёт своё начало после Первой и Второй мировых войн, когда инвалидность приняла массовый характер. «После Второй мировой войны, в русле общего движения по формулированию и защите прав человека в целом и отдельных категорий населения в частности, происходит формирование понятия «инвалид», относящегося ко всем лицам, имеющим физические, психические или интеллектуальные ограничения жизнедеятельности» [14, с. 302].

Следует отметить, что до 50 годов XX века, инвалидами признавались все люди с ограничениями жизнедеятельности. И только в конце 60-х годов наметилась тенденция дифференцированного подхода к вопросам инвалидности. Это объясняется изначально развитием новых знаний о социуме, а также организацией помощи гражданам имеющим различные степени инвалидности.

С.С. Асатрян пишет, что «во второй половине XX века, под влиянием общественных движений проводимых в развитых странах, таких как США, Швеция, начинает проводиться политика «деинституционализации». Её основные положения нашли отражение в протесте против закрытых учреждений (институций), где проходили лечение инвалиды. В противовес этому выдвигалась идея, что инвалиды могут жить, лечиться, получать образование в более мягких условиях (приемные семьи, диспансеры, службы поддержки и т.д.). Основным понятием процесса деинституционализации было «достоинство риска», что означало что люди, которые освобождались от опеки, имели равные права со всеми остальными членами общества» [10, с.5].

«Для России, менее чем для развитых стран западной демократии, характерно влияние на общественное мнение движения за равные права

инвалидов, за независимую жизнь и т.д., однако имеет большое значение учёт факторов, дифференцирующих российских инвалидов по их отношению к своей инвалидности, причинам её приобретения, наличия специфичного «пакета» характеристик, обуславливающих положение инвалида в системе льгот и т.д.» [24, с.225].

На данный момент сформирован ряд моделей инвалидности. Наиболее распространённые в мировой практике две модели - медицинская и социальная.

Важнейшая характеристика медицинской модели - диагностирование патологии или дисфункции. Инвалидов определяют как немощных больных, изоляция которых бывает необходима. Согласно медицинской модели, человек с ограниченными возможностями не может быть полноценным членом социума в силу своего заболевания.

Все проблемы инвалида, в том числе и социальные, объясняются его заболеванием. Возможность разрешения этих проблем появляется лишь при государственной компенсации инвалидности.

«С 1981 года - Международного года инвалидов - распространяется движение в пользу социальной модели инвалидности, которая базируется на убеждении, что инвалид является полноценным членом общества вне зависимости от его заболевания.

Данный подход представляет для нас особую важность, поскольку позволяет представить инвалидность не статичным состоянием, но как процесс ограничения возможностей, причем катализирующая роль приписывается конкретной социальной среде» [11, с.110].

«Социальная модель подчёркивает, что инвалиды, которые различаются по степени физического или психического недуга, угнетаются обществом за счёт концепта о нормальности. «Новая» посттрадиционная парадигма инвалидности состоит из ряда социальным моделям инвалидности, считающих, что не индивид, а общество имеет проблему и именно оно должно измениться. Социальные модели признают, что

инвалидность существует лишь настолько, насколько она социально конструируется. Социальные модели инвалидности переносят проблему в коллективную ответственность общества как на макроуровне и на уровне отдельных индивидов» [32, с.22].

В настоящее время социальная защита детей-инвалидов в России осуществляется посредством разработки и принятия нормативно – правовых актов, проектов и программ, как на федеральном, так и на региональном уровнях. Государство создаёт им необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческого потенциала и профессиональных способностей посредством учета потребностей инвалидов в соответствующих государственных программах, предоставления социальной помощи обеспечивая, тем самым, социальную защищенность детей-инвалидов. Государство оказывает помощь в реализации прав детьми-инвалидами касающихся охраны здоровья, образования и профессиональной подготовки и т.д. Также проблемы детей - инвалидов поднимаются на уровне общественности посредством обсуждения основных трудностей в организации их социальной защиты в средствах массовой информации, прессе, телевидении.

1.2 Формы социальной работы с семей, имеющей детей с ограниченными возможностями здоровья

Семьи, воспитывающие, детей с ограниченными возможностями здоровья нуждаются, в помощи. Государство и общество в целом должно помогать и заботится о них. Забота заключается в предоставлении различных видов комплексной помощи, к которым можно отнести мероприятия направленные на изменение социально-бытовых, экономических, психологических, педагогических и медицинских проблем. Важнейшую роль в процессе оказания комплексной помощи играет использование технологии консультирования.

Данный вид технологии, применяемый в работе с семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, может осуществляться в следующих направлениях:

- психолого-педагогическое консультирование;
- семейное консультирование;
- профориентированное консультирование.

Аксенова Л.И. определяет «семейное консультирование как - одну из разновидностей семейной психотерапии, которая имеет свои отличительные признаки и границы терапевтического вмешательства. Семейное консультирование развивалось параллельно с семейной терапией, взаимно обогащая друг друга. Основной целью, стоящей перед семейным консультированием, является изучение проблемы члена или членов семьи для изменения взаимодействия в ней и обеспечения возможностей личностного роста» [13, с.56].

По определению М.А. Гулиной «Консультирование — процесс, когда подготовленный специалист оказывает поддержку или осуществляет руководство другим человеком в индивидуальной или групповой работе Консультирование есть оказание помощи при жизненном стрессе, вследствие психотравмирующих событий, например потери работы или

тяжелой утраты, или вследствие текущих обстоятельств, например неудачного брака, материальных трудностей или плохих жилищных условий. Консультирование может также включать рекомендации, например по уходу» [23, с.151].

По мнению Гурова В.Н. цель консультирования это «помощь клиенту в понятии происходящего в его жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера. В ситуации семейного консультирования основной акцент делается на анализе системы взаимодействия в семье, нарушениях ролевого функционирования, способах разрешения внутренних и внешних конфликтов» [22, с.79].

В жизни детей с ограниченными возможностями и в их семьях возникает много трудностей. Это экономические, жилищно-бытовые, коммуникативные, проблемы с обучением и трудоустройством. Со многими из рассмотренных проблем ребенок и семья не могут справиться самостоятельно. Они прибегают к помощи специалиста, в лице которого очень часто выступает социальный педагог. Основной целью работы социального работника с такой семьей является содействие социальной адаптации и реабилитации семьи и ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Для этого социальный работник выступает в качестве посредника между медицинским персоналом и семьей; помогает установить связь с другими родственниками, семьями, испытывающими подобные затруднения, с организациями, способными предоставить различную помощь.

Основным способом взаимодействия социального работника с родителями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья, становится консультирование.

«Ситуация жизни ребенка с особыми нуждами (далее - ОН) и его семьи очевидно является много более травмирующей, чем ситуация жизни

«обычного» ребенка и его семьи – прежде всего, за счет «обогащения» спектра социальных, медицинских и психологических проблем, связанных с общественным неприятием, невниманием, страхом и отвержением.» [29, с,110]. Инвалидность ребенка иногда становится одним из факторов его дезадаптации в обществе, девиантности поведения, а также результатом появления многочисленных вопросов связанных с проблемами психологического и социального плана у его родителей. Среди детей-инвалидов немало тех, кто, убягая от распространенного в обществе отрицательного отношения к инвалидам проявляет различные психологические и социальные девиации.

Проведение консультативная работа с такими детьми – возможность вернуть их в общественную жизнь. Установление факта заболевания ребёнка, становится для родителей ситуацией психологического шока. Построение планов и реализация собственной жизни становится проблематичными, не понятны перспективы в отношении будущего ребёнка. Сами родители, как правило, оказываются не готовыми к такому испытанию, поэтому семьи зачастую имеют статус неблагополучной семьи, особо нуждающиеся в помощи специалистов. Для того, чтобы процесс работы с такими семьями был качественным требуется тесное сотрудничество специалистов, работающих с детьми - инвалидами и родителями. Родители должны иметь представление о имеющихся всех возможных видах реабилитационных мероприятий, необходимых для ребёнка. Это содействует привлечению родителей в совместную работу по реабилитации и адаптации их ребёнка. Семью, с первой встречи, следует готовить к взаимодействию с медицинскими работниками, психологом, социальным педагогом, а так же к тщательному исполнению всех поручений и поставленных этими специалистами задач. Необходимо убедить родителей, что выполнение всех назначенных реабилитационных мероприятий очень важно на протяжении всего периода реабилитации.

Многие родители совместно с ребёнком нуждаются в помощи и поддержке.

Нарушение физического или психического развития, как и любое функциональное изменение организма, старение или болезнь, не ограничено рамками чисто медицинского явления. Его воздействие на семью, окружение или на самого индивида определяется тем смыслом, которым его наделяют общество и культура. Ограничение возможностей это процесс, в котором нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды делают деятельность человека или функционирование его органов затрудненным или невозможным. В качестве причины ограниченных возможностей может выступать неприспособленность окружающей среды для социализации определенных групп людей, например, недостаток или несовершенство образовательных программ, медицинских и социальных услуг, необходимых детям с нетипичным состоянием здоровья.

Консультирование ребенка с ОН и его родителей, опирается на ряд принципов

- 1) Принцип необходимости. Данный принцип чаще всего действует в критические периоды и как часть сопровождения.
- 2) Принцип вынужденности – социальный заказ,
- 3) Комплексность.
- 4) Постоянный характер, в том числе – периодические консультации и т.д.

Имеются некие отличия социального консультирования семьи, имеющей ребенка с особыми нуждами от существующих в настоящее время видов консультирования.

Во-первых, в рамках семейного или индивидуального консультирование проводится при полном добровольном согласии клиента. Добровольность человека, обратившегося за помощью, говорит о том, что он эмоционально готов к встрече и хочет рассказать обо всём, что

для него кажется важным. В случае консультирования ребенка с подозрением на отклоняющееся развитие семья «вынуждается» к консультированию каким-либо специалистом (или социумом), заподозрившим нарушение развития у ребенка - то есть по направлению (или, что является более мягким, - «совету»).

Во-вторых, при стандартном консультировании есть возможность в любой момент закончить общение со специалистом, по желанию клиента. Практика консультирования детей, имеющих, особые нужды показывает, что иногда родители не доводят до конца консультирование или, не удовлетворены результатами обследования. Начинает искать другого, «более удобного» специалиста, способного после повторного обследования дать более полную информацию, отвечающую личным потребностям и состоянию родителей. Для проведения качественной работы и соблюдения интересов ребенка, нужно «удержать» родителей от раннего отказа от консультирования. Дать возможность проведения психокоррекционной работы в полном объеме, добиться сведения до минимума количества посещений других учреждений и специалистов в целях «снятия» или смягчения диагноза, достигнуть адекватного осознания родителями проблемы и принятия правильных решений по воспитанию и обучению ребенка с ОН.

Выделяют типичные проблемы родителей детей с ОН и направления их коррекции:

1. пассивное отношение к жизни и к болезни ребенка - оно предполагает необходимость активизации – через осмысление успехов семьи и трансляцию успехов родителей из других семей, занимающих активную позицию, обнаружение и исследование «потерь» ребенка и родителей от их пассивности.

2. негативное отношение к жизни, в том числе депрессивные установки и состояния – переформулирование (позитивное переосмысление),

3. позитивное - «рентное» отношение к жизни и болезни ребенка – требуется помощь семье в направлении обнаружения «фиктивных целей», их ниспровержения и замены «реальными» целями,

4. защитное поведение, в том числе – игнорирование болезни – требует от консультанта помощи семье в направлении развенчания иллюзий «нормальности» и «здоровья» ребенка в противовес необходимости постоянной заботы о его развитии, состоянии как активных и комплексных, постоянных действий и усилий,

5. «стыдящееся» поведение – предполагает в работе с клиентами обнаружение «всеобщности» ограничений в жизни людей, анализ процесса стигматизации, возможна «коррекция средой» – например, временное пребывание в деревне, посещение интерната для детей-инвалидов и т.д., анализ инвалидизации как «расизма» в отношении детей и их семей,

6. гиперопекающие родители – помощь им включает совместный поиск причин гиперопеки – страха родителей за жизнь ребенка и страха оказаться нелюбящей и не принимающей, скрытых тенденций на подавление и «уничтожение» («детоцид») ребенка, развенчание неискренности и построение более искренних моделей поведения,

7. синдром хронической усталости – предполагает помощь в развитии позитивного самоотношения и принятия ситуации как «жизненного вызова», экзистенциальной задачи, необходима поддержка чувства гордости за свой «домашний» или «инвалидный» труд, развитие взаимоотношений супружеской пары в целях усиления ее внутренних ресурсов, налаживании телесных форм взаимоподдержки супругов и детей,

8. осмысление болезни ребенка как «наказания», чувство вины – необходима разработка представлений родителей об их вине в направлении поиска иррациональных предубеждений, возможен психогенетический анализ, «целе-ориентированная» трансформация проблемных ситуаций, их ценностное осмысление,

9. ипохондрические реакции - нарциссического, истерического или смешанного типов – требуют помощи в коррекции «образа Я» и «образа ребенка» у родителей, продуктивны комплексные – в том числе – телесно-ориентированные методы помощи, выявление «несовместимых симптомов» и «поведений» и т.д.

10. проблемы частичного принятия ребенка и чувства вины – продуктивен анализ невозможности полного принятия и полезности, роли непринятия в позитивном развитии ребенка, анализ возможных схем манипулирования ребенком родителями, поддерживающих и эксплуатирующих их чувство вины, обнаружение и освоение более продуктивных схем межличностного взаимодействия в семье,

11. поддержка родителями формирования и развития вторичных дефектов развития ребенка - необходимо консультирование о возможностях коррекции и «компенсации» того или иного первичного дефекта, обучение упражнениям, помогающим преодолеть проблемы, связанные с изоляцией ребенка и т.д.

12. проблемы родителей детей-аутистов, замкнувшихся в своих переживаниях на себе - требуется помощь родителям в раскрытии их чувств и переживаний,

13. детоцентризм – его преодоление связано с решением проблемы переориентации родителей на собственную жизнь, раскрытие неиспользованных возможностей, их значимости,

14. «автономные» проблемы родителя (ей), например, проблемы пары, существовавшие до ребенка, его инвалидности – продуктивны общие подходы плюс анализ «развивающих возможностей» детского присутствия, возможно – выявление «неосознаваемой» родителями и ребенком взаимосвязи интенсивностью проблем супругов и болезни ребенка.

Типичные позиции клиентов в консультировании и их преобразования:

- пассивная – требует активизации, трансляции ответственности и демонстрации успехов активных семей и детей с ОН,
- «зажатая» – страх перед консультированием и страх изменений в целом – необходимо показать семье роль изменений, обсудить феномен «снежного кома», «двойного эффекта самораскрытия» и т.д.
- зависимая - требует трансляции активности, существования альтернативных подходов, важности их поиска,
- продуктивная – активная – необходима помощь в поиске информации и выявлении мешающих развитию семьи и ребенка установок, поведения и т.д.,
- рентная – важно поставить перед родителем вопрос, о том, что дает ему сегодняшнее поведение, не нужно ли его сохранить, усилить, что он потеряет, если его перестанут жалеть и т.п., что принесут ему более продуктивные способы решения своих проблем и ребенка,
- негативная («тестирующая») – консультант демонстрирует нежелание клиента работать, это проверка профессионализма консультанта: продуктивны ли вопросы о том, хочет ли клиент продолжать консультирование и не нужно ли его прекратить, поскольку клиент не проявляет должной заинтересованности и раскрытости.

Проблемы родителей в ситуации сопровождения образуют несколько типичных групп, например:

- проблемы супружеской пары, в том числе – ее существования, различия восприятия ребенка и его болезни – для этой пары необходима помощь в поиске общей – более конструктивной – любящей – стратегии организации взаимоотношений с миром и друг с другом,
- проблемы взаимодействия ребенка с родителями – капризы и неприятие, неадекватные формы компенсации болезни и т.д. – необходима помощь клиентам в изменении систем взаимодействия, любовь и «дрессура» в отношениях с людьми,

- взаимодействие ребенка с миром других детей и взрослых – часто необходима «прицельная» работа в направлении профилактики дисморфобии, ипохондрии, инвалидизма, др.

Конфликтные ситуации в разных ситуациях консультирования:

- не возникают, если наблюдается: соблюдение этических принципов, принципов первичного и вторичного договора, открытое обсуждение взаимодействий клиента и консультанта, их соответствия договору, профессиональная и личностная зрелость консультанта, готовность клиента к консультированию,

- возникают, если наблюдаются: «сгорание консультанта», наложение проблем клиента и консультанта, взаимодействие личностных «незрелостей», и т.д.

- коррекция конфликтов выступает как: ситуация для раскрытия, ситуация развенчания иллюзии понимания - для взаимопонимания, переломная ситуация, исследование ситуации, у гашение «мнимого конфликта» обнаружением и противопоставлением позиций, смена консультанта.

Рекомендации по процессу консультирования клиентов данной группы опираются на известные принципы экзистенциально-гуманистической психотерапии: принятие, эмпатия, конгруэнтность, конкретность, необычность, пластичность поведения и отстаивание ценностей. Кроме того, в работе с данными клиентами важно уметь «приземлять» данные принципы в практику непосредственного общения: системность отклонений в развитии личности и ее отношений в ситуации «ОН», требует от консультанта способности «технологизировать» и «операционализировать» свою любовь и принятие клиентов как людей, помогая им научиться такому же принятию и любви не только на уровне «простого отношения», но и на уровне непосредственного поведения, в обыденной жизнедеятельности.

Психологическое сопровождение осуществляется в процессе общения с ребенком с семьей, ее жизнедеятельности. Это, прежде всего, консультирование профилактика-информирующего и психотерапевтического характера, связанного с раскрытием общих тенденций развития аномального ребенка, его отношений с миром и семейных взаимоотношений.

Глобальный экономический кризис, отразившийся на социально-политическом развитии России, негативно повлиял на качество жизни российских семей, пожилых людей, а также детей с ограниченными возможностями здоровья, которые составляют одну из наиболее уязвимых групп населения.

В современной России насчитывается более 2 млн. таких детей (8% всей детской популяции), из них около 700 тыс. составляют дети-инвалиды.

Одной из наиболее актуальных проблем социальной педагогической работы на сегодняшний день является проблема работы с семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями. При интенсивном росте детей с ограниченными возможностями здоровья актуальность проблемы возрастает в равных пропорциях.

Наиболее эффективным местом реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья является семья, как известно, наиболее мягкий тип социального окружения ребенка. Однако по отношению к ребенку с ограниченными возможностями здоровья члены семьи иногда проявляют жесткость, необходимую для выполнения ими своих функций. Семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья, вынуждены зачастую решать все проблемы, связанные с инвалидностью ребенка самостоятельно.

Применяемые в настоящее время в России государственные меры в сфере социальной политики помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья, носят пока разрозненный

характер и остаются малоэффективными, так как в основном не учитывают специфические социальные и медицинские проблемы и потребности конкретной семьи с ее особыми психологическими, материальными и иными проблемами.

Основными проблемами семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, являются:

- медицинские проблемы: получение информации о заболевании ребенка и особенностях его течения, прогнозе, ожидаемых социальных трудностях; овладение практическими навыками выполнения медицинских рекомендаций, коррекции речи; поиск возможностей дополнительного консультирования ребенка, его госпитализации, получения путевок в санатории и т. д.;

- экономические проблемы: в семьях, имеющих ребенка-инвалида, уровень материальной обеспеченности оказывается ниже, чем в семьях со здоровыми детьми. Это обусловлено вынужденным неучастием большинства матерей в общественном производстве; оформлением сокращенного рабочего дня; вынужденной сменой работы нередко с потерей заработной платы и т.д.;

- проблема воспитания, обучения и ухода за больным ребенком, которая заключается в трудностях, связанных с подготовкой ребенка к школе и помощью в его обучении, особенно при обучении на дому; осуществлением целенаправленной работы по социальной адаптации ребенка, формированием навыков самообслуживания, передвижения, пользования вспомогательными техническими средствами, общественным транспортом, развитием самостоятельности; организацией досуга и игровой деятельности ребенка, способствующих развитию или компенсации нарушенных функций, гармоническому развитию личности; приобретением и установкой дома специального оборудования для тренировки бытовых навыков, навыков ходьбы, развития нарушенных

функций, а также приобретением высококачественных технических средств;

-социально-профессиональные проблемы семьи - это повышение родителями ребенка-инвалида своего образовательного уровня; отказ от реализации профессиональных планов; вынужденные перерывы в работе на период лечения и для организации ухода; смена характера работы с учетом интересов ребенка; формирование уклада жизни семьи, подчиненного интересам ребенка; трудности с поведением досуга;

- психологические проблемы, которые связаны, прежде всего, с тревогой за судьбу ребенка-инвалида всех членов семьи, напряжение во взаимоотношениях родителей из-за необходимости решения всевозможных проблем; уходом одного родителя из семьи; негативным восприятием со стороны окружающих физических недостатков ребенка.

Общество не всегда правильно понимает проблемы таких семей, и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями здоровья в театр, кино, на зрелищные мероприятия и т. д., тем самым обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты.

Егоркина Е.Э. высказывает предположение, что «родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психологического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтоб выявить, оценить задатки ребенка, его отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально само реализоваться, нужны социальные знания. Большинство родителей отмечают их недостаток в воспитании ребенка с ограниченными

возможностями здоровья, отмечают, что отсутствует дополнительная литература, достаточная информация» [29, с.96].

«Семьи в процессе воспитания, становления социальной интеграции ребенка с ограниченными возможностями здоровья сталкиваются с большим числом трудностей. Прежде всего, это оказание помощи детям, переживающим свою незащищенность, общественное пренебрежение. Порой сами близкие люди ребенка с ограниченными возможностями здоровья пребывают в состоянии хронического стресса, вызванного его болезнью, обстоятельствами лечения, воспитания, обучения, профессионального становления. В целом переживают за его будущее. Все это затрудняет социальную интеграцию ребенка, имеющего ограниченные возможности в среде его здоровых сверстников. В такой ситуации ребенок с ограниченными возможностями и семья, в которой он воспитывается, нуждаются в помощи специалиста, который смог бы активно войти в конкретную жизненную ситуацию семьи, смягчить воздействие стресса, помочь мобилизовать имеющиеся внутренние и внешние ресурсы всех членов семьи. Таким специалистом, профессионалом, подготовленным к решению такого рода социально-психолого-педагогических проблем, и является социальный педагог» [31, с.114].

Главная цель социально-педагогической деятельности в работе с семьей ребенка с ограниченными возможностями – помочь семье справиться с трудной задачей воспитания ребенка-инвалида, способствовать ее оптимальному решению, несмотря на имеющиеся объективный фактор риска; воздействовать на семью с тем, чтобы мобилизовать ее возможности для решения задач реабилитационного процесса. Иными словами, цель социального педагога – способствовать социальной адаптации и реабилитации семьи в ситуации рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Мудрик А.В. определяет, что «задача социального педагога – помочь родителям преодолеть первоначальную реакцию подавленности и

растерянности, а в дальнейшем занять активную позицию в реабилитации ребенка, сосредоточив усилия не только на лечении, но и на развитии его личности, на поиске адекватных способов социализации и достижении оптимального уровня адаптации в обществе. Для этого социальный педагог оказывает образовательную помощь: предоставляет семье информацию, касающуюся этапов восстановительного лечения и перспектив ребенка, подкрепляя ее документальными фактами, фото и видеоматериалами, сообщает о возможности установления временной инвалидности и связанных с ней льгот» [45, с.135].

Процесс социального консультирования лиц с ограниченными возможностями осуществляется на двух уровнях: на содержательном уровне и психологическом. На содержательном уровне инвалид обращается к специалисту с просьбой оказать ему помощь в решении вопросов связанных с трудной жизненной ситуацией, а консультант помогает изучить и понять суть возникшей проблемы и предлагает различные варианты возможного выхода из нее. На психологическом уровне: устанавливаются доверительные отношения между специалистом и инвалидом, специалист формирует у него установку на рациональное, конструктивное решение жизненных трудностей.

Практика социальной работы освоила и адаптировала к современной ситуации разнообразные виды консультативной помощи инвалидам.

Дистанционное консультирование, которое не предполагает непосредственного контакта между консультантом и клиентом.

В практике социальной работы с инвалидами чаще всего используется его разновидность – телефонное консультирование. Телефонное консультирование выступает для инвалида наиболее доступным с экономической, социальной и психологической точки зрения видов консультирования. Его преимущества заключаются в том, что: во-первых, анонимное консультирование (телефон доверия) позволяет инвалиду обсуждать с консультантом острые психологические проблемы,

не испытывая при этом неловкости и имея возможность в любое время прервать контакт; во-вторых, не существует временных ограничений такой консультации, кроме того за один день можно получить консультацию несколько раз; в-третьих, обратится, за помощью инвалид может, не выходя из дома и в любое удобное для себя время.

Но телефонное консультирование имеет для некоторых категорий инвалидов и определенные сложности: во-первых, телефонный контакт, в связи с отсутствием зрительных впечатлений, накладывает основную нагрузку на слуховой канал. Если этот канал получения информации поврежден, то консультирование не может быть эффективным. Во-вторых, напряженность работы социальных служб велика, поэтому не всегда специалист по нужному вопросу владеет достаточным количеством времени для телефонных консультаций. В-третьих, обилие терминов, используемых специалистами социальных служб не всегда доступно для восприятия инвалида по телефону.

Технология телефонного консультирования в целом соответствует алгоритму контактного консультирования. Но при этом она имеет свои особенности:

- Инициатором консультации становится инвалид, при этом он в той или иной степени четко представляет себе предмет консультирования. Специалист по социальной работе с первых минут разговора должен, используя различные вариации своего голоса, не только продемонстрировать готовность к взаимодействию с клиентом, но и сформировать доверительное отношение к себе.
- Информационный запрос инвалида может охватывать широкий спектр вопросов, при этом часто клиенты могут не сразу точно сформулировать проблему, поэтому, специалист должен быть готов либо сам отвечать на все поставленные вопросы, либо оперативно привлекать к консультированию других специалистов.

Контактное или прямое консультирование предполагает непосредственный контакт специалиста по социальной работе с инвалидом с целью совместной работы над решением проблем последнего. Контактное консультирование проводится как в социальных учреждениях (комплексных центрах социального обслуживания населения, бюро медико-социальной экспертизы, консультативных организациях, общественных объединениях и т.п.), так и в форме выездных мероприятий (консультации на дому, выездная приемная и т.п.).

По своей технологии контактное социальное консультирование инвалидов чаще всего представляет собой взаимодействие между консультантом и клиентом, в ходе которого специалист по социальной работе передает специальные знания и соответствующую информацию (о социальных гарантиях, услугах, правах и т.д.) консультируемому лицу с целью помощи ему в решении назревших проблем. Это позволяет инвалиду комплексно и объективно оценить стоящие перед ним проблемы, глубже их уяснить и осуществить оптимальный выбор варианта действия. В научной литературе рассмотрены этапы консультирования (Колесникова Г.И.), которые представлены в таблице 1.

Этапы социального консультирования, разработанные
Г.И.Колесниковой

Таблица 1

№ п/п	Название этапа	Содержание работы специалиста
1.	Подготовительный этап консультирования	На данном этапе устанавливается график и очередность консультаций. Консультант по возможности осуществляет сбор информации о будущих клиентах, проводит предварительные беседы с официальными лицами и людьми из ближайшего окружения клиента. В результате анализа полученной информации консультант составляет предварительный план работы, намечает наиболее эффективные методы воздействия и

		стиль общения с клиентом.
2.	Основной этап консультирования	Беседа специалиста по социальной работе с инвалидом. Она представляет собой естественный непрерывный процесс, мягко и тактично контролируемый и направляемый консультантом. В развернутом виде основной этап включает в себя восемь стадий.
2.1	Первая стадия	Психологическая настройка консультанта – начинается задолго до приглашения клиента в кабинет и завершается первыми словами приветствия. Специалист по социальной работе освежает в памяти всю сумму сведений о клиенте, намеченный на предварительном этапе план и оптимальный вид консультирования.
2.2	Вторая стадия	Взаимные приветствия будущих собеседников и их представление друг другу. Первое, что должен сделать консультант после приветствия – предложить инвалиду удобно расположиться в кабинете, если есть необходимость, то и помочь в этом. Необходимо дать клиенту возможность освоиться и осмотреться в помещении. Именно на этой стадии работы снимается чувство смущения, напряжения и устанавливается психологический климат, взаимопонимание между участниками беседы.
2.3	Третья стадия	Обсуждение повода для обращения. Специалист уясняет первичный запрос и требования клиента к предстоящей консультации, принимает решение либо об ее самостоятельном проведении, либо о привлечении к беседе других специалистов. После этого консультант в деловом и конкретном стиле доводит до сведения клиента цель и задачи консультирования, сообщает ему об этических принципах работы, защищающих интересы клиентов, его права и обязанности. При этом специалист должен убедиться в том, что он понят инвалидом и готов к совместной работе.

2.4	Четвертая стадия	<p>Стадия «исповеди». Консультант задает клиенту прямой вопрос примерно следующего содержания: «Расскажите подробно, что Вас привело ко мне?». Этот вопрос дает начало стадии «исповеди», во время которой человек имеет возможность «выговориться», откровенно и эмоционально рассказать о волнующих его проблемах. Опытные консультанты отводят этой стадии не менее двух третей времени основного этапа консультации. На стадии «исповеди» консультант большую часть времени молчит, активно слушая, поддерживает клиента, выражая ему свой интерес сочувствие средствами невербальной коммуникации. При необходимости возможны короткие уточняющие и наводящие вопросы в русле основной линии повествования инвалида. В процессе взаимодействия с инвалидом консультант должен быть и толерантным к молчанию клиента, и уважителен к особенностям речи и поведения консультируемого.</p>
2.5	Пятая стадия	<p>Фаза активного расспроса клиента и получения дополнительной информации. Специалист задает ряд целенаправленных вопросов для уточнения источников и содержания проблемы инвалида. В результате пятой стадии специалист формирует обоснованное мнение о причинах затруднений клиентов и намечает конструктивные пути их преодоления. На этой стадии консультант не сообщает своего мнения инвалиду. Специалист по социальной работе ответственен за помощь клиенту в том, чтобы последний стал активным лицом в процессе обсуждения его проблем: удовлетворенность этим процессом консультируемого возрастает по мере его вовлеченности. Основной момент консультации – процесс взаимодействия специалиста и клиента, установление доверительных отношений между ними. Консультируемый рассматривается как равный, а не подчиненный и, следовательно, имеет равные права в процессе принятия решения.</p>

2.6	Шестая стадия	Является решающей по своей значимости и требует от консультанта максимальной мобилизации, собранности, профессионального мастерства. Содержание этой стадии – совместная интерпретация проблем инвалида. Консультанту не следует в резкой форме предъявлять свое понимание ситуации клиенту. Следует внимательно наблюдать за реакцией человека и оценивать степень его согласия с предлагаемыми интерпретациями. Если согласие достигается, то данная версия принимается за основу обоими участниками консультирования. Но если предположение не вызывает никакой реакции и оставляет клиента равнодушным, консультанту приходится от него отказаться и искать другое решение. Шестую стадию можно считать успешно завершённой, если достигнуто взаимоприемлемое понимание причин проблемы и трудностей клиента.
2.7	Седьмая стадия	Направлена на оптимизацию личностных механизмов саморегуляции и формирование новой модели поведения клиента. В этот период работы полезна детальная проработка наиболее сложных для инвалида новых моделей поведения.
2.8	Восьмая стадия	Завершение общения с клиентом. Ее суть состоит в оценке эффективности консультации методом совместного обсуждения. Инвалиду предлагается высказать свое мнение о проделанной работе. Специалист по социальной работе дает окончательную оценку успешности консультации. Если проблему не удалось решить за одну встречу, намечается дата повторной консультации, и ее примерная программа.
3.	Заключительный этап консультирования	Наступает после завершения совместной работы с клиентом. Консультант окончательно осмысливает полученные результаты, оформляет протокол консультации и при необходимости намечает меры воздействия на социальное окружение в интересах клиента. На этом этапе возможно конкретное взаимодействие с официальными лицами и социальным окружением инвалида с целью оптимизации условий для решения его проблем.

Соблюдение вышеперечисленных этапов технологии социального консультирования в работе с инвалидами еще не гарантирует успеха. Консультант должен акцентировать внимание, на собственной подготовке и на организации встречи с клиентом.

Процесс консультации инвалидов уместно проводить в , отдельном помещении, обеспечивающем конфиденциальность общения. Оно не должно быть доступно для посещений посторонних людей в момент проведения консультирования. Это помещение должно быть приспособлено к потребностям инвалида, наличие питьевой воды и медицинской аптечки обязательно. Желательно проводить консультирование в отдельном кабинете, защищенном от шума и внешних помех, обязательно обеспечить комфортный температурный режим и равномерную освещенность.

Время одной консультации лица с ограниченными возможностями не должно быть продолжительным. От тридцати минут до одного часа достаточно для проведения одной консультации. Не стоит прерываться во время консультирования, если в этом нет необходимости.

Во время проведения консультирования социальный работник может вести рабочие записи, если это не вызывает возражений со стороны клиента. Протокол консультирования должны содержать паспортные данные, информацию о семье, состоянии здоровья, заданный клиентом вопрос, формы и методы консультации, предложенные варианты решения проблемы и другие необходимые сведения.

Интернет – консультирование, которое сейчас широко практикуется у нас в стране по различным вопросам - интернет-консультирование востребовано по ряду причин. Во-первых – это удобно для людей, имеющих проблемы с передвижением; во-вторых – это требует наименьших затрат; и в-третьих – это создает благоприятную эмоциональную среду для людей, имеющих ограниченные возможности

здоровья, когда они находятся в привычных для них условиях дома. Эта мера очень популярна, так как очень часто инвалиды не могут напрямую обратиться в Управление социальной защиты населения. Такой современный способ проведения консультирования предоставляет возможность специалисту органа социальной защиты общаться с инвалидами дистанционно, а так же с их родителями, членами семьи. Когда инвалид находится в привычной обстановке, он ощущает себя гораздо естественно и диалог может быть непринужденным и свободным. Это даёт возможность правильно оценить проблему и определить источник её возникновения.

Один из благоприятных моментов интернет-консультации это экономия времени. Консультация проводится в любое удобное для обеих сторон время. Консультант и человек, обратившейся за помощью могут находиться на любом расстоянии друг от друга, что решает проблему передвижения инвалида. Такая форма консультирования выгодна тем, что избавляет инвалида от волнения и тревожности, предупреждает стресс, что является важным моментом .

Можно оказать экстренную помощь и решить возникшую проблему сразу, не давая ей усугубиться, прогрессировать и распространяться на другие сферы. Это помогает пережить кризис, травму или процесс решения проблемы адекватно, закономерно, при этом очень удобна такая форма консультирования в тех случаях, когда человеку с ограниченными возможностями нужен ответ на конкретно поставленный вопрос.

В жизни семьи воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями возникает большое количество трудностей. К ним можно отнести экономические, жилищно-бытовые, коммуникативные, проблемы с обучением и трудоустройством. Со многими из перечисленных проблем ребенок и семья не имеют возможности справиться самостоятельно. Они вынуждены просить о помощи специалиста, которым может являться социальный педагог. Основная целью деятельности социального педагога

в работе с такой семьей – содействовать социальной адаптации и реабилитации семьи и ребёнка. Для достижения поставленной цели социальный педагог выступает посредником между медицинским учреждением и семьей; помогает установить контакты с другими семьями, имеющими подобные трудности, с организациями и учреждениями предоставляющими помощь.

В зависимости от цели консультирования выделяют: проектное, рефлексивное, технологическое, прогностическое.

Проектное консультирование, включает в себя поиск и построение возможной программы (проекта) преобразования сложившейся ситуации, её гармонизации и улучшения. Это консультация – программирование, консультант, соответственно, проектировщик, специалист. Примером такой консультации является консультация специалиста медико-социальной экспертизы, выстраивающего вместе с инвалидом оптимальную программу реабилитации.

«Рефлексивное консультирование – это совместное с клиентом осмысление его трудной жизненной ситуации, её анализ, поиск приоритетов, возможностей изменения и развития. Процесс консультирования в этом случае превращается в совместное размышление, а основная задача и функция консультанта - выслушать клиента и понять причины его затруднений и сложностей. Этот вид консультирования может быть использован в нескольких случаях: при первом обращении в медико-социальную экспертизу по вопросу получения статуса инвалида, при сопровождении инвалида в процессе реабилитации.

Прогностическое консультирование представляет собой построение идеальной модели возможного, вероятного состояния конкретной ситуации при сохранении или отсутствии каких-либо тенденций. Это консультация – предвидение, где консультант – это человек, который способен подняться над ситуацией, и её нынешним состоянием, способный увидеть скрытые в ней возможности развития, как позитивного, так и

негативного характера. В таком случае появляется возможность вскрыть имеющиеся у инвалида перспективы и выработать на этом основании определённую программу действий. Данный вид консультирования используется в процессе сопровождения трудоустройства инвалида.

Технологическое консультирование предполагает поиск оптимальной последовательности действий для решения конкретной проблемы или задачи, это консультация – рекомендация, где консультант – это человек, обладающий необходимыми знаниями и необходимым опытом. Именно такую консультацию может получить молодой инвалид у более опытных коллег в общественной организации инвалидов» [52, с.324].

Часто у лиц с ограниченными возможностями возникают ситуации, в которых они могут обозначить только зону затруднений, но не представляют, что именно и каким путём необходимо изменить, чтобы проблема была решена. Следовательно, они не могут точно указать какая именно помощь или услуга ему необходима для преодоления возникшего затруднения. В такой ситуации консультант приходит на помощь, реализуя на практике вышеназванные виды социального консультирования.

Многообразие видов социального консультирования инвалидов позволяет, тем не менее, говорить о существовании ряда универсальных его характеристик. Одной из них является то, что, будучи технологией оказания помощи, социальное консультирование независимо от своей видовой принадлежности оказывается на добровольной основе тому гражданину, который за этой помощью обратился. В этом реализуются важные принципы социальной работы как вида профессиональной деятельности – уважение к личности человека, его правам, неприкосновенности частной жизни.

«Проведение любых консультаций предполагает соблюдение основных принципов: методической грамотности и компетентности консультанта, доброжелательного и безоценочного отношения к инвалиду,

целесообразности, добровольности и ненавязчивости, ориентации на нормы и ценности клиента, анонимности, включенности гражданина с ограниченными возможностями здоровья в процесс консультирования.

В социальной работе с инвалидами консультирование выполняет различные функции – это адаптирующая, информирующая, проблемно-ориентирующая, коммуникативная, развивающая»[32, с.45].

«Особенности психологического консультирования инвалидов определяются разными объективными и субъективными факторами:

Неоднородностью группы инвалидов, поскольку в нее включаются:

1.) Инвалиды, приобретшие инвалидность в результате различных травм, которые оставили их без руки или ноги, обездвиженными из-за травм позвоночника;

2.) Инвалиды, чья инвалидность обусловлена детским церебральным параличом (ДЦП);

3.) Инвалиды, чья инвалидность обусловлена значительными нарушениями слуха (глухие и слабослышащие);

4.) Инвалиды по зрению (слепые и слабовидящие) и т. д.

Каждая из групп инвалидов обладает специфическими особенностями личностного развития, межличностных отношений и общения; психологическими, познавательными, эмоциональными, волевыми процессами, Таким образом, в консультировании должен реализовываться личностно-ориентированный подход. Преобладанием индивидуального психологического консультирования над групповым. Перед проведением консультирования клиента-инвалида необходимо обследовать или познакомиться с результатами психодиагностики и медицинской диагностики, которые фиксируются в личном деле. Индивидуальное психологическое консультирование инвалидов должно основываться на знании половозрастных, гендерных, анатомо-физиологических особенностей»[52, с.248].

В индивидуальное консультирование инвалидов структурно включаются следующие виды консультирования:

- ✓ во-первых, социально-психологическое консультирование, помогающее инвалиду включаться как в малые группы, так и быть принятым в более широкое социальное окружение;
- ✓ во-вторых, психолого-педагогическое.
- ✓ в-третьих, медико-психологическое;
- ✓ в-четвертых, индивидуальное профессиональное консультирование, основывающееся на особенностях профориентационной работы, проводимой с инвалидами.

«Психологическое консультирование инвалидов, основанное на гуманистическом подходе, предполагает следующее:

- ✓ необходимым условием консультирования инвалидов является желание консультироваться - получать помощь в разрешении вопросов (затруднений), обусловленных психологическими причинами, а также готовность принять ответственность за изменение своей жизненной ситуации;
- ✓ субъектное отношение к консультируемому;
- ✓ как субъект собственной жизни инвалид имеет мотивы и стимулы к развитию своего неповторимого внутреннего мира, его активность направлена на адаптацию и самореализацию, он, как правило, способен нести ответственность за свою жизнь в условиях ограниченных возможностей» [43,с.106].

«Для предупреждения эмоционально-волевых нарушений у клиентов с церебральным параличом в качестве психопрофилактики можно применять такие коррекционные методы и приемы, как решение психологических задач, сочинение сказок, метод инцидента, психогимнастика, психотехнические упражнения по тренингу отдельных эмоций и многое другое. В психологическом консультировании слабослышащих и глухих используются психорисуночные методики,

сказкотерапия, элементы телесно ориентированной терапии, психогимнастики, арттерапии посредством изобразительной деятельности.

В индивидуальном психологическом консультировании инвалидов, как ни в каком другом, необходимо использовать различные направления психолого-педагогической, а также медико-психологической и социально-психологической коррекции. Так, очень эффективной может быть в работе с инвалидами с ДЦП телесно-ориентированная психотерапия (В. Райх, Э. Лоуэн), логотерапия В. Франкла; музыкотерапия и сказкотерапия» [52, с.126].

«При наличии определенной специфики консультирования инвалидов из разных подгрупп есть и общие проблемы возраста, разрешаемые с помощью консультанта: трудности дружеского общения, конфликты с учителями и родителями (если последние не учитывают появление чувства взрослости, стремление к самостоятельности); развитие раннего алкоголизма, употребление наркотиков и др. Психолог-консультант, работающий с инвалидами, должен быть компетентным и в других направлениях практической психологии: психодиагностике, психодидактике, психокоррекции, психопрофилактике» [43, с.146].

Технология социального консультирование инвалидов имеет свои положительные и отрицательные стороны. К достоинствам социального консультирования можно отнести сравнительную простоту, экономичность, возможность оказания непосредственной экстренной помощи. Основной недостаток социального консультирования заключается в том, что консультант не может находится непосредственно внутри того социального организма, где зарождается, существует и развивается проблема инвалида. Очевидно, что он видит клиента отдельно от его сложной системы взаимодействия и социального окружения.

Выводы по главе 1

В настоящее время национальная стратегия остается главным механизмом в установлении инвалидности и остаётся главным компонентом в поддержании статуса людей с ограниченными возможностями здоровья.

На сегодняшний день более 545 тысяч детей в нашей стране официально имеют статус инвалида. В дальнейшем ожидается увеличение числа данной категории граждан. Однако, несмотря на тенденцию увеличения численности инвалидов в Российской Федерации еще слишком мало учреждений, ведущих работу по оказанию им социальной, социально-медицинской, материальной, и других видов помощи. Одной из множества проблем детей-инвалидов является их не включенность в общественную жизнь, обучение и общение со сверстниками, что негативно сказывается на их социальном положении и психологическом состоянии.

К основным проблемами семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, можно отнести медицинские, экономические, психологические проблемы, вопросы связанные с воспитанием и обучением детей, профессиональной реализацией и трудоустройством родителей

К медицинским проблемам относятся: информирование о состоянии здоровья ребенка, особенностях и течении его заболевания; отсутствие ясного прогноза и ожидаемых трудностях; овладение практическими навыками выполнения медицинских рекомендаций; поиск возможностей дополнительного консультирования ребенка, его госпитализации, получения путевок в санатории и т. д.

Экономические проблемы: в семьях, воспитывающих ребенка-инвалида, уровень материальной обеспеченности зачастую ниже уровня среднестатистической семьи со здоровыми детьми. Это объясняется вынужденной безработицей одного из родителей; оформлением

сокращенного рабочего дня или вынужденной сменой работы нередко с потерей заработной платы и т.д.;

К проблемам воспитания и обучения больного ребенка можно отнести трудности, связанные с подготовкой ребенка к школе организацией жизнедеятельности и досуга, формировании бытовых навыков самообслуживания, развитие самостоятельности и т.д. Формирование уклада жизни семьи, подчиненного интересам ребенка.

Проблемы профессиональной самореализации и трудоустройства заключаются в том, что родители ребёнка-инвалида не имеют возможности повышения своего образовательного уровня; вынуждены отказываться от реализации профессиональных планов, делать перерывы в работе на период лечения и для организации ухода. Зачастую приходится менять характер работы с учетом интересов ребенка, несмотря на снижение заработной платы.

Психологические проблемы связаны, прежде всего, с тревогой за судьбу ребенка-инвалида всех членов семьи. Напряжение во взаимоотношениях родителей связано с необходимостью решения многочисленных проблем, иногда и с уходом одного родителя из семьи, а так же с негативным восприятием со стороны окружающих физических недостатков ребенка.

Генезис особого отношения к детям - инвалидам берет своё начало со времен Древней Греции и продолжает свое существование в различных древних культурах. В российской истории понятие инвалид впервые употребляется во времена правления Петра I. Активизация исследований проблем инвалидности, её причин и последствий отмечается после Первой и Второй мировых войн, когда инвалидность приобрела массовый характер. Со второй половины 20 века, начинают оформляться правовые принципы защиты людей с ограничениями здоровья. В современном мире существует несколько моделей инвалидности. Наибольшее распространение в мировой практике получили две модели: медицинская и

социальная. Помимо классических: медицинской и социальной, формируется целый ряд иных моделей инвалидности, которые являются производными от основных - медицинской и социальной моделей инвалидности.

**ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В
УСЛОВИЯХ МБДОУ «ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО
ВИДА №99» МИАССКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА**

**2.1 Характеристика Муниципального бюджетного дошкольного
образовательного учреждения: детский сад комбинированного вида
№99 Миасского городского округа**

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение: детский сад комбинированного вида № 99, именуемое в дальнейшем «Бюджетное учреждение», создано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 12.01.1996 г. №7-ФЗ «О некоммерческих организациях» на основании Постановления Администрации Миасского городского округа от 14.12.2011г. №8098 «Об изменении типа Муниципального дошкольного образовательного учреждения: детский сад комбинированного вида № 99».

Полное наименование Бюджетного учреждения: Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение: детский сад комбинированного вида № 99. Сокращенное наименование Бюджетного учреждения: МБДОУ № 99.

Полное и сокращенное название являются равнозначными.

Бюджетное учреждение является некоммерческой организацией.

Учредителем и Собственником Бюджетного учреждения является муниципальное образование «Миасский городской округ». Бюджетное учреждение является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, лицевые счета в финансовом органе муниципального образования «Миасский городской округ», открывает лицевые счета в соответствии с действующим законодательством, круглую печать с полным

наименованием Бюджетного учреждения на русском языке. Бюджетное учреждение вправе иметь штамп, бланки со своим наименованием, а также зарегистрированную в установленном порядке эмблему. Место нахождения Бюджетного учреждения: Челябинская область, город Миасс, улица Академика Павлова, дом 21.

Почтовый адрес Бюджетного учреждения: 456317, Челябинская область, город Миасс, улица Академика Павлова, дом 21.

Юридический адрес: 456317, Россия, Челябинская обл., г. Миасс, ул. Академика Павлова, д. 21.

Бюджетное учреждение в своей деятельности руководствуется федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, решениями соответствующего государственного или муниципального органа, осуществляющего управление в сфере образования, муниципальными правовыми актами Миасского городского округа Администрации Миасского городского округа и уполномоченных должностных лиц Администрации Миасского городского округа, принятыми в пределах их компетенции, установленными муниципальными правовыми актами Администрации Миасского городского округа, законодательными актами Челябинской области, Уставом Бюджетного учреждения (далее - Устав), договором об образовании, заключаемым между Бюджетным учреждением и родителями (законными представителями).

Бюджетное учреждение создает условия для реализации гарантированного гражданам Российской Федерации права на получение общедоступного и бесплатного дошкольного образования. Сроки получения дошкольного образования устанавливаются федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования.

Целью деятельности Бюджетного учреждения является обеспечение воспитания, обучения, присмотра, ухода, оздоровления и коррекции

отклонений в развитии воспитанников в возрасте от 2 лет до окончания образовательных отношений.

Основными задачами Бюджетного учреждения являются:

- 1) охрана жизни и укрепление физического и психического здоровья обучающихся;
- 2) формирование общей культуры, развитие физических, интеллектуальных, нравственных, эстетических и личностных качеств обучающихся, формирование предпосылок учебной деятельности;
- 3) первичная ценностная ориентация и социализация обучающихся;
- 4) становления основ российской гражданской идентичности детей дошкольного возраста;
- 5) осуществление необходимой квалифицированной коррекции нарушений развития при наличии соответствующих условий;
- 6) взаимодействие с семьями обучающихся для обеспечения полноценного развития детей;
- 7) оказание методической, психолого-педагогической, диагностической и консультативной помощи родителям (законным представителям) по вопросам развития, образования, присмотра, ухода и оздоровления обучающихся;
- 8) организация реабилитации детей-инвалидов при наличии соответствующих условий.

Предметом деятельности Бюджетного учреждения являются общественные отношения, возникающие в сфере дошкольного образования в связи с реализацией права на образование, обеспечением государственных гарантий прав и свобод человека в сфере образования и созданием условий для реализации права на дошкольное образование. Бюджетное учреждение осуществляет в установленном законодательством Российской Федерации порядке следующие виды основной деятельности:

- 1) образовательную деятельность по реализации общеобразовательных программ дошкольного образования,

общеобразовательных программ специального (коррекционного) образовательного учреждения IV вида;

2) реализует дополнительные образовательные программы;

3) оказывает дополнительные услуги, в том числе платные, за пределами основных образовательных программ, определяющих статус Бюджетного учреждения;

4) присмотр и уход за детьми.

Бюджетное учреждение предоставляет следующие дополнительные услуги, не относящиеся к его основной деятельности:

1) реализация дополнительных образовательных программ и оказание дополнительных образовательных услуг за пределами основных общеобразовательных программ, определяющих статус Бюджетного учреждения с учетом потребностей семьи;

2) реализация лечебно-профилактических и оздоровительных услуг, а так же комплекса санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий и процедур;

3) образовательные программы следующей направленности: художественно эстетической, научно-технической, социально-педагогической, эколого-биологической, физкультурно-спортивной, краеведческой;

4) кружки, студии художественно-эстетической направленности, спортивные секции, направленные на оздоровление обучающихся;

5) учебные группы для родителей (законных представителей) по вопросам, связанным с педагогикой, психологией, медициной, а также совместно с организациями и специалистами, имеющими право заниматься подобной деятельностью;

6) группы пребывания для присмотра и ухода за детьми в выходные дни, праздничные дни, в вечернее время;

7) развивающие группы для детей, не посещающих Бюджетное учреждение;

8) организация и проведение на платной договорной основе соревнований, конкурсов, выступлений, праздников, культурно-массовых и физкультурно-оздоровительных мероприятий;

9) группы адаптации детей и подготовки к детскому саду и школе;

10) организация консультативной, методической, организационно-творческой помощи специалистам;

11) Бюджетное учреждение может проводить на платной основе разовые консультации, семинары, стажировки для педагогов и родителей (законных представителей), а так же разовые консультации граждан специалистами в сфере педагогики, психологии, логопедии, а так же иных областей знания, не сопровождая их итоговой аттестацией и выдачей документа.

Данная деятельность не требует получения специальной лицензии (разрешения) и не является предпринимательской, если весь доход реинвестируется в Учреждение (в том числе на заработную плату).

В Бюджетном учреждении могут функционировать группы комбинированной, общеразвивающей, оздоровительной и компенсирующей направленности. В группах осуществляется реализация основной образовательной программы дошкольного образования.

Бюджетное учреждение самостоятельно в выборе форм, средств и методов обучения и воспитания, определенных Законом Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации». Использование при реализации образовательных программ методов и средств обучения и воспитания, образовательных технологий, наносящих вред физическому или психическому здоровью обучающихся; запрещается. В Бюджетном учреждении функционируют группы для детей дошкольного возраста

предельная наполняемость групп устанавливается санитарными нормами и правилами.

Режим работы Бюджетного учреждения и длительность пребывания в нем обучающихся могут быть изменены Учредителем и являются следующими:

1) пятидневная рабочая неделя, выходные дни: суббота, воскресенье, праздничные дни;

2) длительность пребывания воспитанников:

- с 5-часовым пребыванием - с 7.30 до 12.30,

- с 10,5 - часовым пребыванием - с 7.00 до 17.30,

- с 12 - часовым пребыванием - с 7.00 до 19.00.

Группы комплектуются по одновозрастному принципу. При необходимости в Бюджетном учреждении в рамках функционирующих групп могут формироваться разновозрастные (смешанные) группы.

Прием детей в группы, реализующие основную программу дошкольного образования, кратковременного пребывания осуществляется на основании следующих документов :

1) заявление;

2) путевка из органа местного самоуправления, осуществляющего управление в сфере образования;

3) медицинская карта (заключение комиссии);

4) копия свидетельства о рождении;

5) паспорт одного из родителей (законного представителя);

6) страховое пенсионное свидетельство одного из родителей (законных представителей).

Бюджетное учреждение, при реализации образовательных программ создает условия для охраны здоровья несовершеннолетних обучающихся, в том числе обеспечивает:

1) текущий контроль за состоянием здоровья несовершеннолетних обучающихся;

2) проведение санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий, обучение и воспитание в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации;

3) соблюдение государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов;

4) расследование и учет несчастных случаев с несовершеннолетними, обучающимися в течение пребывания в Бюджетном учреждении, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Персонал Бюджетного учреждения проходит предварительные, периодические медицинские осмотры, в установленном законодательством порядке; аттестацию на знание санитарных норм и правил, получает гигиеническое воспитание и обучение в соответствии с действующим законодательством, локальными нормативными актами Бюджетного учреждения.

Бюджетное учреждение обеспечивает гарантированное сбалансированное питание воспитанников в соответствии с их возрастом и временем пребывания в Бюджетном учреждении, а также в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологических норм и правил.

Содержание образовательного процесса для детей-инвалидов определяется на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии, обще образовательной программы дошкольного образования, индивидуальных возможностей воспитанников (возраста, заболевания, структуры дефекта, особенностей психического развития ребенка).

В детском саду МБДОУ №99 города Миасса находятся 58 детей с ограниченными возможностями здоровья - нарушение зрения. Для них созданы четыре возрастные группы:

- вторая младшая группа «Колокольчики»
- средняя группа «Гномики»

- старшая группа «Березка»
- подготовительная группа «Солнышко».

Эти группы специализированы для детей с нарушением зрения. Дети имеют следующие диагнозы: астигматизм, косоглазие, нистагм, амблиопия, миопия, гиперметропия. Данные представлены в таблице 2. (Приложение 1).

Диагностика детей с нарушением зрения

Таблица 2

Группы	кол-во детей	Нарушение зрения					
		Астигматизм	Косоглазие	Нистагм	Амблиопия	Миопия	Гиперметропия
«Колокольчики»	14	4	1	1	5	1	2
«Гномики»	13	1	3	2	2	1	4
«Березка»	14	2	2	3	4	1	2
«Солнышко»	17	3	3	2	3	1	5
итого		10	9	8	14	4	13

Из данных таблицы видно, что 14 детей с нарушением зрения имеют диагноз амблиопия и 13 детей имеют диагноз гиперметропия, но инвалидами являются 4 ребенка с диагнозом - миопия.

Воспитатели специализированных групп постоянно повышают свой теоретический уровень, ежегодно посещают курсы повышения квалификации и семинары, все имеют высшие, первые квалификационные категории. И большой опыт работы. Кадровый состав работников МБДОУ №99 представлен в таблице 3.

Кадровый состав работников МБДОУ №99

Таблица 3

	ФИО	Должность	Категория	Стаж общий/ педагогический	Образование
1.	Безрученко Ирина Владимировна	Заведующий	Первая	25/25	Высшее
2.	Миллер Анна Николаевна	Старший воспитатель	Высшая	26/26	Высшее
3.	Тришкина Юлия Владимировна	Учитель - логопед	Высшая	15/15	Высшее
4.	Зимица Надежда Александровна	Тифлопедагог	Первая	16/16	Высшее
5.	Пермякова Ирина Викторовна	Музыкальный руководитель	Высшая	34/30	Ср. - специальное
6.	Косарева Наталья Борисовна	Музыкальный руководитель	Высшая	40/37	Ср. - специальное
7.	Недворягина Светлана Рашитовна	Инструктор по физической культуре	Высшая	13/13	Высшее
Воспитатели специализированных групп					
8.	Жирухина Рима Рафаильевна	Воспитатель	Первая	38/38	Ср. - специальное
9.	Беляева Наталья Константиновна	Воспитатель	Первая	27/27	Ср. - специальное
10.	Шамонина Ольга Николаевна	Воспитатель	Первая	39/35	Ср. - специальное
11.	Агеева Елена Геннадьевна	Воспитатель	Первая	30/28	Ср. - специальное
12.	Земскова Елена Владимировна	Воспитатель	Высшая	24/24	Ср. - специальное
13.	Борисова Надежда Викторовна	Воспитатель	Первая	38/38	Ср. - специальное
14.	Панкова Ирина Владимировна	Воспитатель	Высшая	39/38	Ср. - специальное
15.	Брыкова Вероника Николаевна	Воспитатель	Высшая	35/35	Ср. - специальное

Из данных таблицы 3 видно, что высшее образование имеют 5 человек (33,3%), средне-специальное 10 человек (66,6%).

Тифлопедагог работает с детьми в системе, используя коррекционные программы «Развитие зрительного восприятия у дошкольников» под ред. Рудаковой, «Коррекционно-воспитательная работа в д/саду с нарушением зрения» под ред. Плаксиной.

Тифлопедагог решает следующие проблемы:

1. Совершенствование зрительных функций и подготовка анализатора к отражению свойств предметного мира.
2. Коррекция психических процессов.
3. Коррекция физического развития.
4. Обучение навыков общения.
5. Социально-бытовая коррекция.
6. Формирование социально-значимых качеств личности ребенка (правильное отношение к себе и своему дефекту).

Первым документом, по которому строится работа тифлопедагога, является «Карта психолого-педагогического изучения ребенка». После проведения диагностики все результаты заносятся в эту карту. Ее заполняют все специалисты, она рассчитана на все время пребывания ребенка в дошкольном учреждении и заполняется ежегодно. На каждый учебный год составляется на ребенка программа коррекционной работы. Эти программы нужны для того, чтобы воспитатели знали все информацию о ребенке и могли организовать коррекционную работу в группе. Исходя, из этой программы планируется индивидуальная работа с ребенком и тифлопедагогом с воспитанием.

Основной формой организации является специально коррекционные занятия. Занятия проводятся 2 раза в неделю продолжительностью: мл. возраст-20-25 минут ст. возраст-25-30 минут с соблюдением режима зрительных нагрузок, интенсивности зрительной деятельности детей,

индивидуальными и психическими особенностями детей, использованием специальных методов и приемов.

Кабинет тифлопедагога оснащен необходимыми пособиями в соответствии с программными требованиями.

К сожалению, больше половины детей с нарушением зрения старшего дошкольного возраста имеют также и нарушение речи, и диагнозы часто встречаются сложные, трудно корректируемые.

Логопед проводит индивидуальную работу по коррекции звукопроизношения нарушенных звуков, развития всех нарушенных речевых функций, коррекцию образовательного процесса в зависимости от речевых возможностей и потребностей ребенка.

У детей с нарушениями зрения часто отмечают проблемы психологического характера: им недостает гибкости, слабо развиты неречевые формы общения. Дети часто бывают импульсивными, не умеют регулировать свое поведение, страдают психические процессы - внимание и память. Для таких детей предусмотрены занятия с психологом - индивидуальные, подгрупповые, тренинги. Также у таких детей выражены особенности физического развития, вызванные ортопедическими патологиями:

- нарушение осанки;
- плоско - вальгусные стопы;
- Х- образные голени;
- нестабильность шейного отдела позвоночника;
- пупочная и паховая грыжи.

В дошкольной образовательной организации проводятся занятия по адаптивной физкультуре, которые проводит инструктор. Задачами инструктора по адаптивной физической культуре являются:

- восстановление, замещение и компенсация нарушенных двигательных функций;

- совершенствование мышечно-суставного чувства;
- развитие самостоятельного и качественного выполнения двигательных действий;
- максимально возможное уменьшение степени ограничений жизнедеятельности.

Занятия адаптивной физкультурой необходимы детям. Зрительные нарушения отрицательно сказываются на развитии быстроты движения. Выраженное отставание отмечается в беге, прыжках с места, координации точности движений, пространственной ориентировке. Движения у детей замедленны, угловаты, неловки и неритмичны.

2.2 Анализ работы группы «Солнышко» МБДОУ №99 с семьями воспитывающими детей с ограниченными возможностями

Группа «Солнышко» - подготовительная, которую посещают 17 детей, в возрасте от 6-7 лет. Все дети с нарушением зрения, имеют следующие диагнозы: астигматизм - 3чел; косоглазие - 3чел; нистагм - 2 чел; амблиопия - 3чел; гиперметропия - 5чел; миопия - 1чел., который является инвалидом.

Миопия высокой степени – тяжелое заболевание органов зрения, обусловленное нарушением их функции и приводящее к тяжелым последствиям. Патология зрительной системы, при которой человек отчетливо и ясно видит объекты, расположенные на малых расстояниях, однако, не в состоянии нормально рассмотреть предметы, находящиеся вдалеке. Наш орган зрения устроен таким образом, что изображения окружающих предметов фокусируются на сетчатке, а затем по волокнам зрительного нерва в виде электрических импульсов передаются в мозг, где и происходит их обработка. Для миопии характерно такое расстройство восприятия изображения, при котором картинка воспринимаемого предмета фиксируется перед сетчаткой, и потому видимый объект наш мозг воспринимает нечетким и расплывчатым. В связи с этой особенностью люди, страдающие миопией, вынуждены все предметы, которые они хотят нормально рассмотреть, подносить близко к глазам, отсюда и происходит второе название этого недуга – близорукость. [Электронный ресурс]:[U.R.L:<http://glazkakalmaz.ru/bolezni/miopiya-vyisokoy-stepeni.html>].

Для детей с нарушением здоровья в группе созданы определенные условия:

1. Материальное обеспечение группы.
2. Предметно – развивающая среда.

3. Организованно развитие и воспитание детей в соответствии с требованиями ФГОС:

- план работы по организации и воспитанию детей группы «Солнышко»;
- план работы с родителями;
- план индивидуальной работы с ребенком ОВЗ.

За основу построения предметно-развивающей среды в ДОУ компенсирующего вида берутся принципы построения среды общеразвивающего учреждения, но содержательная сторона и средства ее организации подчиняются коррекционно-развивающим условиям и задачам.

При организации коррекционно - развивающей среды учитывается:

- структура первичного дефекта и проблемы, возникающие у детей при ориентации, овладении и взаимодействии с окружающей средой;
- специфика организации свободного, без барьерного передвижения и контакта, общения детей с окружающей средой;
- соответствия информационного поля коррекционно-развивающей среды познавательным и коммуникативным возможностям детей;
- обеспечения в среде обучающих, тренинговых и коррекционных средств формирования социально - адаптивных знаний, навыков и умений самостоятельной жизнедеятельности;
- организация поэтапного введения ребенка в тот или иной блок коррекционно-развивающей среды с опорой на зону его актуального развития для удовлетворения коммуникативных и познавательных потребностях при контакте со сверстниками и взрослыми на принципах организации зоны ближайшего развития;

- мера доступности, целесообразности среды для достижения ребенком положительных результатов в различных видах деятельности с применением специальных вспомогательных средств, дидактических материалов, коррекционных ситуаций;

- обеспечения комплексного подхода к коррекционно-развивающей среде во взаимосвязи медицинских и психолого-педагогических средств коррекции;

- базирования требований к коррекционно-развивающей среде на основе стандартов, рекомендаций к оснащению и функционированию всех блоков среды.

Одним из важнейших условий охраны, восстановления и развития зрения является соблюдения светового режима в нашей группе: высокий уровень общего освещения, в группе есть уголок отдыха для зрительного и физического расслабления детей, где имеется:

- ковровое покрытие спокойного тона;
- мягкая детская мебель (кресла, диванчик, подушки, крупные мягкие игрушки);

- многообразие растений, создающий зеленый фон;
- магнитофонные записи со звуками природы (моря, леса, пения птиц и т.п.);

- специально игровые пособия для развития зрительных функций (калейдоскопы, моноскопы, стереоскопы, лабиринты, песочные часы).

В группе так же есть физкультурное оборудование, доступное детям. Это тренажеры для ходьбы, перелезания, подлезания, перешагивание, прокатывания, сбивания и т.д. Дидактический материал, используемый всеми специалистами, выполнен с учетом офтальмологических и тифлопедагогических требований: соответствует зрительным

возможностям детей; несет на себе информационную нагрузку; выполняет лечебные задачи.

При подборе иллюстраций, при изготовлении графической изобразительной наглядности учитываются особенности восприятия нашими детьми таких признаков изображений, как цвет, контраст, контур, форма, размер:

- при изображении различных предметов учитывается яркость и насыщенность цветовых тонов;
- цветовое оформление изображений соотносится с естественным цветом;
- мелкие детали объекта предъявляются дополнительно с крупными;
- на фланелеграфе размещается не более 5-6 объектов для детей младшего возраста и 10- для детей старшего дошкольного возраста.

Имеется дидактический материал разной модальности (объёмные игрушки, муляжи, предметные и сюжетные картинки, силуэтные изображения и т.д.) и соответствуют этапу лечения и программному содержанию.

Дважды в год в группе проводится педагогическая диагностика, разработанная с целью оптимизации образовательного процесса с группой детей подготовительного к школе возраста. Проводится диагностика, воспитателем и специалистами: тифлопедагогом, логопедом, в который отслеживается процесс овладения каждым ребенком необходимыми навыками и умениями по образовательным областям.

По данным диагностики было выявлено, что у детей существуют определенная проблема в области социально-коммуникативного развития, т.е. во взаимоотношении детей друг с другом.

Практически в каждой группе детского сада разворачивается сложная и порой драматичная картина межличностных отношений детей. Дошкольники дружат, ссорятся, мирятся, обижаются, ревнуют, помогают

друг другу, а иногда и делают мелкие «пакости». Все эти отношения остро переживаются участниками и несут массу разнообразных эмоций.

С точки зрения, Е.О. Смирновой и В.М. Холмогорова, качественное своеобразие этой реальности заключается в неразрывной связи отношения человека к другому и к самому себе. Работая, с детьми дошкольного возраста не раз убеждаешься, что благополучное групповое взаимодействия – необходимое условие успешного взаимодействия детей, в том числе в игровой деятельности. А поэтому их нарушения могут негативно сказываться на всем процессе психического развития ребенка. От того, как складываются отношения ребенка с группой, во многом зависит его эмоциональное благополучие, формирование позитивной самооценки, становление и закрепление личностного стиля поведения (общения) и то, как ребенок будет относиться к окружающему его миру. Поэтому важно вовремя выявить детей, имеющих неблагоприятное положение (низкий личностный статус) в структуре групповых взаимоотношений.

Для проведения диагностики детей в подготовительной группе «Солнышко» МБДОУ №99 были использованы следующие диагностические методы:

1. социометрический метод (избирательные предпочтения детей), методика «Капитан корабля»;
2. социометрический метод - тест «Два домика». Назначение: диагностика статуса дошкольников в коллективе сверстников. Диагностика межличностных отношений дошкольников в группе сверстников. Возраст: старшие дошкольники (младшие школьники).

Методики позволяют оценить уровень комфорта детей во взаимоотношениях, коммуникативные умения детей, а также удовлетворенность ребенка общением со сверстниками, уровень статуса ребенка в группе, проанализировать заинтересованность детей в общении

со сверстниками (Приложение 2). Результаты диагностики «Капитан корабля» представлены в таблице 4

Таблица 4

Результаты диагностики «Капитан корабля»

Ф.И.О.	Лева А.	Маша Т.	Даша В.	Арина В.	Дарина Н.	Полина С	Андрей А	Вова И.	Юля М.	Ярик Б.	Наташа Д	Полина Ш	Таня Б.	Вероника С	София С.	Родион А.	Даша Н.
Лева А.		+											+				
Маша Т.	+		+				+	+	+					+	+	+	+
Даша В.			-	+							+		+			+	
Арина В.			+								+						
Дарина Н			+									+	+	+			
Полина С	+						-	-	+		+				+	-	+
Андрей А.	+				+			+			+				+	+	
Вова И	-	-			-		+			+	+						+
Юля М.		+			-		-			+		+		+	+		
Ярик Б.																+	
Наташа Д.					+		-							-	+		
Полина Ш.			+	+		+											
Таня Б.			+	+													
Вероника С.		+		+		+			+		+	+	+	+			
София С.	-			+	+		-	-			+					-	+
Родион А.							+			+					+		
Даша Н.								-							+		
Итого: «+»	3	3	5	5	3	2	3	2	3	3	7	2	4	4	8	4	4
Итого: «-»	2	1	1		2		4	3		2				1		2	
Баллы:	1	2	4	5	1	2	-1	-1	3	1	7	2	4	3	8	2	4

Из данных таблицы 4 видно, что к лидерам относятся 6 детей, у которых наибольшее количество положительных выборов, игнорируемых – 2 ребенка, 9 детей относятся к предпочитаемым.

Данные диагностики представлены на рисунке 1.

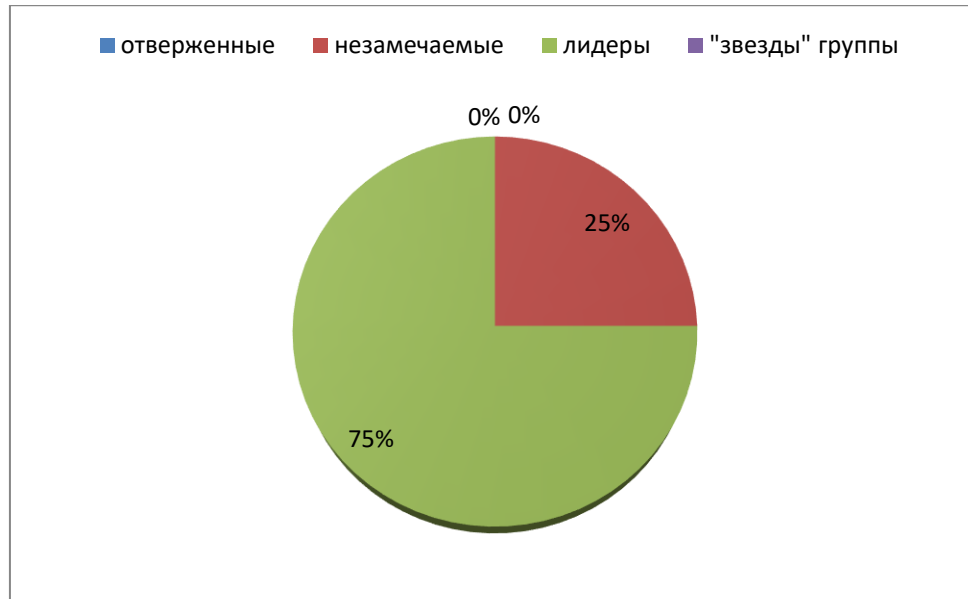


Рисунок 1. Результаты диагностики «Капитан корабля»

Из данных рисунка видно, что лидеры составляют 35,2%, игнорируемых – 11,7% , 53,1% относятся к предпочитаемым.

Результаты диагностики «Два домика» представлены в таблице 5.

Результаты диагностики «Два домика»

Таблица 5

Ф.И.О.	кол-во "+"	кол-во "-"	ИТОГО:
Лева А.	+++	0	3
Маша Г.	+++++	0	9
Даша В.	++++	0	4
Арина В.	++	0	2
Дарина Н	++++	0	4
Полина С	+++++	---	2
Андрей А.	++++	-----	-1
Вова И	+++	-----	-2
Юля М.	++++	0	4
Ярик Б.	++	-	1
Наташа Д.	+++	--	1
Полина Ш.	++++	0	4
Таня Б.	++	0	2
Вероника С.	+++++	0	7
Соня С.	++++	---	1
Радион А.	++++	---	1
Даша Н.	+++	--	1

Данные диагностики представлены на рисунке 2.

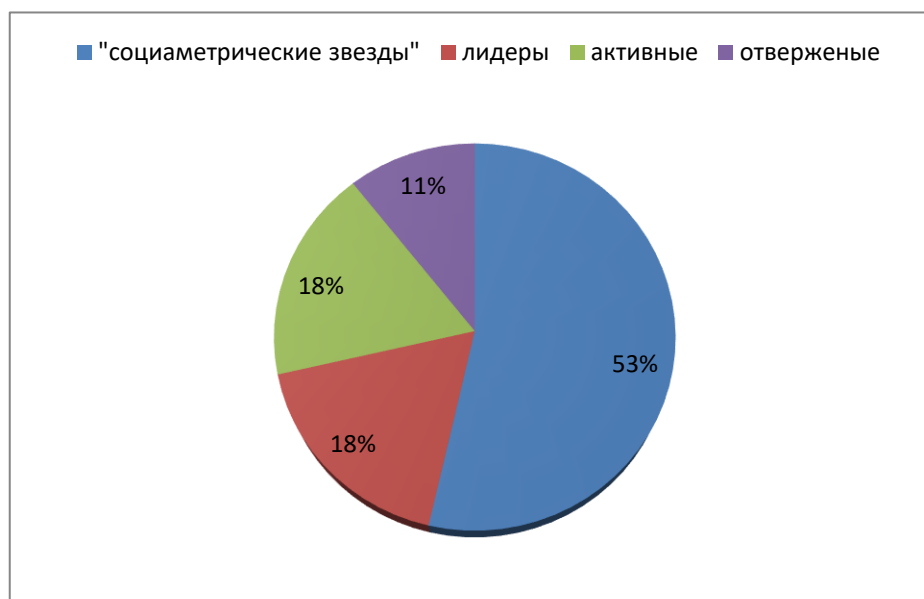


Рисунок 2. Результаты диагностики «Два домика»

По результатам обследования получены следующие показатели:

- +4 и более баллов, к ним относятся 6 человек-53%-социометрические «звёзды», это внешне привлекательные, уверенные дети, лидеры в играх, авторитетные среди сверстников.
- от +1 до +3, к ним относятся 2 человека-18%- дети, предпочитающие общение с ограниченным кругом постоянных друзей, (или одним постоянным другом) при этом с другими детьми почти не конфликтуют, а в своей группе могут быть лидерами.
- от -2 до +2, к ним относятся 2 человека-18%-активные, подвижные, достаточно общительные, но нередко конфликтные дети, легко вступают в игру, но также легко ссорятся, часто обижаются и обижают других.
- -1 и менее баллов, к ним относятся 1 человек-11%эти дети, которых отвергают сверстники, нервозны, чрезмерно конфликтны,

негативно настроены к другим, нередко внешне они мало привлекательны, или имеют ярко выраженные физические дефекты.

Для родителей группы «Солнышко» была предложена анкета, которая включала в себя 8 вопросов, она помогла узнать, насколько родители знают своего ребенка (Приложение 4).

Анализ анкетирования показал:

- на 1 вопрос, «Что больше всего любит делать ваш ребёнок» большинство родителей (88%) - ответили, что любят играть в свои любимые игрушки, рисовать, лепить и только 2 родителя (12%)- ответили, что любят играть в телефон, планшет;

- на 2 вопрос, «В какие игры и с кем он больше всего любит играть» большинство родителей (93%) ответили, любят играть в лото, куклы, шашки и т.д. с бабушками, дедушками, сестрами, братьями и с мамами и с папами и только 1 родитель (6%) ответил, что игры значения не имеют;

- на 3 вопрос, «Что может вызвать у него наибольшую радость» большинство родителей (76%) ответили, поход в гости, покупка новых игрушек и только 4 родителя (24%) ответили, что отдых с родителями;

- на 4 вопрос, «Что ему нравится» большинство родителей (93%) ответили, путешествовать, кататься на велосипеде, роликах, танцевать, заботится о животных и только 1 родитель (6%) ответил, что любит быть в центре внимания, любит, когда его хвалят;

- на 5 вопрос, «Какие поручения ребенок затрудняется выполнять» большинство родителей (53%) ответили, нет таких, а 8 родителей (47%) ответили, что содержать порядок в комнате, заправлять постель, не может быстро одеваться;

- на 6 вопрос, «Что вызывает обиду, гнев, слёзы» большинство родителей (88%) ответили, несправедливость, наказание, ссора с друзьями, проигрыш и только 2 родителя (12%) ответили, что насмешки, передразнивание и лишение телефона и сладостей;

- на 7 вопрос, «Часто ли капризничает ваш ребёнок? По какой причине? Как вы реагируете на его капризы» большинство родителей (70%) ответили редко, не часто, от усталости, разговариваем и только(30%) из них 3 родителя ответили, что часто, по разному из-за не высыпания или по любому поводу разговариваем, 1родитель ответил нет такого, 1 родитель ответил, что не достает родительского внимания за капризы ругаем;

- на 8 вопрос «Что беспокоит Вас в Вашем ребенке?» большинство родителей (42%) ответили ничего, и (58%) родителей ответили лень, смущенность, зрение, заикание, самобытность.

По ответам родителей нами сделан вывод, что большая часть детей получает родительское внимание, то есть участвуют в воспитании, общении, в развитие своих детей; к сожалению, есть дети, которые испытывают дефицит этого внимания, общения со стороны родителей по ряду причин, таких детей- 4человека.

2.3 Организация социального консультирования семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья в группе «Солнышко» в МБДОУ №99 Миасского городского округа

Дети с ограниченными возможностями здоровья привлекают к себе внимания разных людей, одни обращают внимания на их недуг, другие помогают преодолеть этот недуг. По данным диагностики было выявлено, что у детей существуют определенная проблема в области социально-коммуникативного развития, т.е. во взаимоотношении детей друг с другом. Задача и педагога и социального работника помочь выстроить эти взаимоотношения в виде консультаций.

Консультации для родителей, проводимые в ДОУ, являются одной из форм дифференцированной работы с семьей. Такой вид работы позволяет педагогу дать квалифицированный совет родителю по воспитанию и развитию ребенка.

Нами предлагаются методические рекомендации по организации консультирования в группе, они могут быть организованы по такому принципу;

- консультации для родителей и детей;
- консультации групповые и индивидуальные

Для родителей мы решили организовать консультацию таким способом; называется «Почтовый ящик» для родителей, это помогает раскрыть сущность характеристики процесса гармонизации детско-родительских отношений; повысить уровень педагогической грамотности родителей; найти взаимопонимание с родителями в вопросах воспитания детей. Консультации проводятся поэтапно.

Первый этап. Ящик был установлен на видном и доступном месте в приемной, рядом помещены все необходимые принадлежности (бумага, ручки). Выемка писем происходит в конце недели. Воспитатель вынимает, эти письма из «почтового ящика», раскладывает их по вопросам,

задаваемым родителями, которые касаются проблемы во взаимоотношении со сверстниками, дома, с воспитателем. Информация обрабатывается с подключением психолога и психолог исходя, из вопросов родителей проводит консультацию индивидуальную или групповую в зависимости от полученных результатов.

Второй этап. Представленная почта не замещает и не может заменить непосредственное общения, но служит хорошим проводником сделать его продуктивным, понятным и насыщенным. Родительская почта - это только повод для дальнейшей работы средством обеспечения оперативной и адекватной обратной связи.

Для детей мы предлагаем консультацию в виде игры, ведь игра представляет собой совместную деятельность детей. Общие интересы, цели, задания, совместные действия в игре способствуют воспитанию положительных взаимоотношений между сверстниками. Именно игра позволяет выявить задатки ребенка и превратить их в способности, развивает умения и навыки, стимулирует развитие дошкольника в целом. Игра «Мирилки» с применением игрушек - мирилок («Коля +Оля», «Доброе солнышко»).

Мирилка предназначена для непосредственной образовательной области «Социализация», «Познание», «Коммуникация».

Такая форма консультирования будет полезна для детей дошкольного возраста, воспитателей и родителей.

Оно помогает в игровой форме примирить детей, урегулировать ситуацию в положительную сторону. Дает возможность закрепить правила общения между детьми. Нужно отметить, что «Доброе солнышко» может «помирить» от 2 до 5 детей сразу!

Полуплоскостная игрушка – мирилка «Доброе солнышко», представляет собой мягкую игрушку с вязанными разноцветными ладошками, где желтый круг — символ доброты, тепла, единения, целостности; лучи – ладошки — цвета радуги (запоминание детьми

основных цветов, а также с целью обратить внимание детей на то, что «все мы разные, и поэтому нужно стараться понимать друг друга и прощать»), а «золотое» сердце с обратной стороны солнышка – символ любви к близкому. «Мирилку» располагают в доступном для детей месте. Поссорившиеся дети в любой момент могут подойти к Солнышку и рассказать ему, как и из – за чего у них произошла ссора. После этого дети прикладывают руки на любую ладошку солнышка и вместе проговаривают мирилку. Следует похвалить за состоявшееся примирение и предложить детям если они станут свидетелями ссоры друзей, помочь им помириться с помощью «мирилки», как сделали это они.

Выводы по главе 2

На современном этапе остро стоит проблема с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Не зависимо где находится ребенок, работа должна быть построена таким образом, что ему было комфортно находиться в этих условиях.

В ДОУ прибывают дети с ограниченными возможностями здоровья со средним и низким статусом, которые имеют ряд проблем во взаимоотношении друг с другом. Дети с низким статусом меньше контактируют из-за неуверенности, стеснительности. Плохое к ним отношение постепенно становится, причиной соответствующего поведения отвергаемых детей они начинают нарушать принятые правила, действуют импульсивно и необдуманно. Дети со средним статусом более открыты в общении, активные, уверенные.

Задачи социального работника и педагогов правильно и профессионально организовать работу по данной проблеме. Нами были предложены методические рекомендации по организации консультирования в группе с детьми.

Для родителей мы решили организовать консультацию таким способом; называется « Почтовый ящик» для родителей, это помогает раскрыть сущность характеристики процесса гармонизации детско-родительских отношений; повысить уровень педагогической грамотности родителей; найти взаимопонимание с родителями в вопросах воспитания детей.

Для детей мы предлагаем консультацию в виде игры, ведь игра представляет собой совместную деятельность детей. Общие интересы, цели, задания, совместные действия в игре способствуют воспитанию положительных взаимоотношений между сверстниками. Именно игра позволяет выявить задатки ребенка и превратить их в способности, развивает умения и навыки, стимулирует развитие дошкольника в целом.

Игра «Мирилки» с применением игрушек - мирилок («Коля +Оля», «Доброе солнышко»).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каждый человек не может развиваться вне общества, и общество обязано передавать ему свой опыт настолько, насколько позволят возможности этого человека получить его, чтобы он мог стать полноценным членом общества, даже если его возможности ограничены. В последнее время резко увеличилось количество детей с врожденными патологиями. Данный факт зачастую вносит в семью много дополнительных проблем, тем самым оказывает влияние на жизнь всех ее членов.

При этом негативные тенденции в социализации таких семей вызваны не только объективными факторами, но и субъективными, которые обусловлены социальным положением данной группы, образом жизни, недостаточной грамотностью и информированностью родителей в вопросах законодательства и правопорядка. При этом сегодня приходится констатировать, что социальная поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов, пока еще остается недостаточно рациональной.

Вопросы социальной работы с семьей имеющей ребенка-инвалида рассматриваются в работах Е.Г. Бабич, Е.Э. Егоркина, Т.Л. Крюкова, и др.

Логика квалификационной работы позволяет нам сделать следующие выводы:

1. Семья, воспитывающая ребенка-инвалида, - это семья с особым статусом, специфика и проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех ее членов и характером взаимоотношений между ними, но и большей занятостью решением проблем такого члена семьи, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, отсутствием работы, специфическим положением в семье инвалида, обусловленного его состоянием здоровья.

К наиболее распространенным и существенным проблемам функционирования семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, в настоящее

время относятся: недостаточная поддержка семьи обществом, материальное положение, получение ребенком-инвалидом образования и дальнейшее трудоустройство.

Решение вышеуказанных проблем возможно при создании условий для постоянного психосоциального сопровождения детей-инвалидов и их семей, доступного им на всех уровнях межведомственного взаимодействия.

2. Современные направления организации деятельности с семьей, воспитывающей ребенка-инвалида, призвано включить в себя инновационные технологии социальной работы, способствующие их успешной адаптации в социуме: при организации социальной работы с такими семьями применять узкоспециализированные мероприятия психосоциального профиля, направленные на оказание социальной поддержки и внедрение системы ранней помощи в изменяющейся социальной ситуации. Одной из таких форм узкоспециализированных мероприятий является консультация с родителями и детьми. В нашей работе предложены методические рекомендации в учреждении ДОО с такими детьми для успешной их социализации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конвенция о правах ребенка. Вып. №3 [Текст]. – М.: Юрайт-Издат, 2007. – 22 с. – (Правовая библиотека).
2. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.constitution.ru> (Дата обращения 24.02.2017 г.)
3. Федеральный закон от 24.11.1995г. №181 - ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс] - http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_118763/ (Дата обращения от 16.02.2016.)
4. Федеральный Закон РФ «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 №273 [Текст] //Вестник образования. – 2013. - №№3 – 4. – 160 с.
5. Федеральный Закон РФ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» от 24.07.1998г. №124-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://base.garant.ru/179146> (Дата обращения от 22.03.2016 г.)
6. Федеральный закон от 02.08.1995 №122 (ред. от 25.11.2013) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» [Электронный ресурс]. – <http://base.consultant.ru/> (Дата обращения от 21.03.2017.)
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 г. №175 «О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2015 годы» [Электронный ресурс]. - <http://www.zakonprost.ru/> (Дата обращения 20.02.2016.)
8. Указ президента РФ от 18.08.1994 №1696 «О президентской программе «Дети России» [Электронный ресурс]. - <http://www.zakonprost.ru/> (Дата обращения 18.03.2017.)

9. О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов: Указ Президента РФ от 02.10.1992 № 1157 [Текст] // Собрание актов Президента и Правительства РФ. 1992. 05 октября. № 14. Ст. 1098.
10. О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов: Указ Президента РФ от 27.07.1992 № 802 [Текст] // Российские вести. 1992. 15 августа. № 44.
11. Асатрян, С.С. Социология инвалидности. Электронный учебный курс [Текст]: /С. С. Асатрян. – Ставрополь. ГОУ ВПО «СевКавГТУ», 2008.- 4 с.
12. Абрамова, Г.С. Психологическое консультирование: Теория и опыт [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /Г.С. Абрамова. – М.: Академия, 2000. – 240 с.
13. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /Л.И. Акатов. – М.: Владос, 2003. – 368 с.
14. Аксёнова, Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании [Текст]: учеб. пособие /Л.И. Аксёнова. – М.: Академия, 2001. – 192 с.
15. Андреева, Г.М. Социальная психология [Текст]: учебник для вузов /Г.М. Андреева. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: АспектПресс, 2003. – 364 с.
16. Артюхина, Н.А. Воспитываем детей здоровыми [Текст] /Н.А. Артюхина //Дошкольная педагогика. – 2016. - №9. – С.4 – 6.
17. Бабич, Е.Г. Основные направления социально-психологической помощи семьям, воспитывающим детей с инвалидизирующей патологией на этапе взросления [Текст] /Е.Г. Бабич //Вестник московского государственного областного университета. – 2013. - №1. – С.39 – 44.
18. Волков, Б.С. Возрастная психология: В 2ч. Ч.1: От рождения до поступления в школу [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /Б.С. Волков; под ред. Б.С. Волкова. – М.: Владос, 2008. – 366 с.

19. Волков, Б.С. Возрастная психология: В 2ч. Ч.2: От младшего школьного возраста до юношества [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /Б.С. Волков; под ред. Б.С. Волкова. – М.: Владос, 2008. – 343 с. – (Библиотека психолога).
20. Волосовец, Т.В. Организация педагогического процесса в дошкольном образовательном учреждении компенсирующего вида [Текст]: практическое пособие для педагогов и воспитателей /Т.В. Волосовец. – М.: Владос, 2004. – 232 с.
21. Галанов, А.С. Игры, которые лечат (для детей от 1 года до 3 лет) [Текст] /А.С. Галанов. – М.: Сфера, 2001. – 96 с.
22. Голубева, Л.Г. Развитие и воспитание детей раннего возраста [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /Л.Г. Голубева, М.В. Лещенко, К.Л. Печора; под ред. В.А. Доскина, С.А. Козловой. – М.: Академия, 2002. – 192 с.
23. Гуров, В.Н. Социальная работа образовательных учреждений с семьёй [Текст] /В.Н. Гуров. – М.: Педагогич. общ. России, 2006. – 320 с.
24. Гулина, М.А. Словарь – справочник по социальной работе [Текст] /М.А. Гулина. — СПб.: Питер, 2008. — 400 с.
25. Гусякова, Л.Г. Словарь-справочник для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями [Текст]/ Л.Г. Гусяковой,. Барнаул, 2008.- 98 с.
26. Думбаев А.Е., Инвалид, общество и право [Текст]: /А.Е. Думбаев - Алматы: ТОО «Верена», 2006. 180 с.
27. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» [Текст] /сост. Н.Д. Соколова. – М.: Аспект, 2005. – 448 с.
28. Дошкольная педагогика [Текст]. – М.: Приор-Издат, 2002. – 192 с.

29. Ермаков, В.П. Основы тифлопедагогтики. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения [Текст]: учеб. пособие для студ.вузов /В.П. Ермаков. – М.: Владос, 2000. – 240 с.
30. Егоркина, Е.Э. Организация работы с семьей, воспитывающей ребенка-инвалида [Текст] /Е.Э. Егоркина //Отечественный журнал социальной работы. – 2013. - №4. – С.110 – 114.
31. Завражин, С. Адаптация детей с ограниченными возможностями [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /С.А. Завражин, Л.К. Фортова. – М.: Академ. Проект, 2005. – 400 с.
32. Зимонина, В.Н. Воспитание ребёнка-дошкольника: развитого, организованного, самостоятельного, инициативного, неболеющего, коммуникативного, аккуратного. Расту здоровым [Текст]: программно-метод. пособие /В.Н. Зимонина. – М.: Владос, 2003. – 304 с.
33. Ивина, Л.А. «Всю неделю по порядку глазки делают зарядку» [Текст] /Л.А. Ивина //Дошкольная педагогика. – 2016. - №6. – С.4 – 5.
34. Калягин, В.А. Логопсихология [Текст]: учеб. пособие для вузов /В.А. Калягин. – 2-е изд., испр. – М.: Академия, 2007. – 320 с.
35. Катаева, А.А. Дидактические игры и упражнения в обучении дошкольников с отклонениями в развитии [Текст]: пособие для учителя /А.А. Катаева. – М.: Владос, 2004. – 224 с.
36. Клиническая психология в социальной работе [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /Б.А. Маршинин, М.В. Голубев, Н.Н. Ямщикова; под ред. Б.А. Маршнина. – М.: Академия, 2002. – 224 с.
37. Козлова, С.А. Дошкольная педагогика [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /С.А. Козлова. – 4-е изд. – М.: Академия, 2002. – 416 с.
38. Краузе, Е. Логопедия [Текст] /Е. Краузе. – 2-е изд., испр. – СПб.: Учитель и ученик, 2003. – 208 с.

39. Куликова, Т.А. Семейная педагогика и домашнее воспитание [Текст]: учебник для студ. вузов /Т.А. Куликова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Академия, 2000. – 232 с.
40. Кутепова, Н.Г. Инновационно-процессуальные условия моделирования коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными особенностями здоровья в условиях совместного обучения детей в муниципальной образовательной системе [Текст] /Н.Г. Кутепова //Педагогическое образование и наука. – 2013. - №5. – С.103 – 108.
41. Куцакова, Л.В. Воспитание ребёнка – дошкольника: развитого, культурного, активно-творческого: в мире прекрасного [Текст]: программно-метод. пособие /Л.В. Куцакова, С.И.Мерзлякова. – М.: Владос, 2004. – 368 с. – (Росинка).
42. Литвак, Р.А. Социально-педагогическая поддержка детей: региональный аспект [Текст] /Р.А. Литвак. – Челябинск: Изд-во ЧИРПО, 1997. – 88 с.
43. Лысенко, Е.М. Индивидуальное психологическое консультирование [Текст]: курс лекций /Е.М. Лысенко. – М.: Владос-Пресс, 2006. – 159 с.
44. Маталыгина, О.А. Как помочь ребёнку сохранить хорошее зрение [Текст] /О.А. Маталыгина //Дошкольная педагогика. – 2013. - №6. – С.4 – 10.
45. Мудрик, А.В. Социальная педагогика [Текст]: учебник /А.В. Мудрик; под ред. В.А. Слостенина. – 5-е изд., доп. – М.: Академия, 2005. – 200 с.
46. Немов, Р.С. Общая психология В 3 т. Т.1. Введение в психологию [Текст]: учебник для бакалавров /Р.С. Немов. – 6-е изд. – М.: Юрайт, 2013. – 726 с. – (Серия: Бакалавр. Углубленный курс).

47. Немов, Р.С. Общая психология В 3 т. Т.2. Познавательные процессы и психические состояния [Текст]: учебник /Р.С. Немов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2011. – 1007. – (Серия: Магистр).
48. Немов, Р.С. Общая психология В 3 т. Т.3. Психология личности [Текст]: учебник /Р.С. Немов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2012. – 739 с. – (Серия: Магистр).
49. Немов, Р.С. Психологическое консультирование [Текст]: учебник для студ. вузов /Р.С. Немов. – М.: Владос, 2008. – 527 с.
50. Оздоровительный комплекс в детском саду: бассейн-фитобар-сауна [Текст]: метод. пособие /колл. авт.; под ред. Б.Б. Егорова. – М.: Гном и Д, 2004. – 160 с.
51. Олиференко, Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска [Текст]: учеб. пособие /Л.Я. Олиференко, Т.И. Шульга, И.Ф. Дементьева. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Академия, 2008. – 256 с.
52. Основы психологии семьи и семейного консультирования [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов /под общ. ред. Н.Н. Посысоева. – М.: Владос-Пресс, 2004. – 328 с.
53. Ратнер, Ф.Л. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей [Текст] /Ф.Л. Ратнер. – М.: Владос, 2006. – 175 с.
54. Сальникова, Т.Г. Реализация ФГОС: создание условий доступного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] /Т.Г. Сальникова //Дошкольная педагогика. – 2015. - №7. – С.53 – 56.
55. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети [Текст] /М. Селигман; пер. с англ. – М.: Теревинор, 2007. – 368 с.
56. Холостова, Е.И. Социальная политика и социальная работа [Текст]: учеб. пособие /Е.И. Холостова. – 3-е изд. – М.: Дашков и К, 2009. – 216 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Глоссарий

Приложение 1

- **Астигматизм** - дефект зрения, связанный с нарушением формы хрусталика, роговицы или глаза, в результате чего человек теряет способность к чёткому видению. Оптическими линзами сферической формы дефект компенсируется не полностью. Если астигматизм не лечить, он может привести к косоглазию и резкому падению зрения. Без коррекции астигматизм может вызвать головные боли и резь в глазах. При астигматизме нарушение равномерной кривизны роговой оболочки глаза и/или хрусталика приводит к искажению зрения. Световые лучи не сходятся в одной точке на сетчатке, как это происходит в нормальном глазу, в результате на сетчатке формируется изображение точки в виде размытого эллипса, отрезка или «восьмёрки». В некоторых случаях изображение вертикальных линий может казаться нечётким, в других горизонтальные или диагональные линии выявятся вне зоны фокусировки. Астигматизм часто развивается в раннем возрасте (обычно вместе с дальнозоркостью или близорукостью) и обычно сформировывается уже после первых лет жизни.

- **Косоглазие** - постоянное или периодическое отклонение зрительной оси глаза от точки фиксации, что приводит к нарушению бинокулярного зрения. Косоглазие проявляется внешним дефектом – отклонением глаза/глаз к носу или виску, вверх или вниз. Кроме этого у пациента с косоглазием могут отмечаться двоение в глазах, головокружения и головные боли, снижение зрения, амблиопия. Диагностика косоглазия включает офтальмологическое обследование (проверку остроты зрения, биомикроскопию, периметрию, офтальмоскопию, скиаскопию, рефрактометрию, биометрические исследования глаза и др.), неврологическое обследование. Лечение косоглазия проводится с помощью очковой или контактной коррекции,

аппаратных процедур, плеоптических, ортоптических и диплоптических методик, хирургической коррекции.

- **Нистагм** - клиническим проявлением этого заболевания являются достаточно частые, ритмичные, произвольные колебательные движения глазных яблок. Человек, имеющий нистагм, не может сфокусировать взгляд на каком-либо предмете. Он не может волевым усилием начать или самостоятельно остановить произвольные движения глаз. Часто это заболевание сопровождается снижением остроты зрения. С возрастом проявления нистагма могут несколько уменьшиться. Тем не менее любая стрессовая ситуация или даже сильная усталость могут вновь спровоцировать ухудшение его течения. Нистагм - это не косметический недостаток, как многие склонны думать, а действительно серьезная проблема. Это заболевание часто сопровождается расстройством функций зрительной системы, так как глазные яблоки больных бесконтрольно двигаются, и это не позволяет хорошо видеть объект. Некоторые люди из-за нистагма, осложненного другими заболеваниями глаз, становятся практически слепыми. В целом может значительно ухудшить качество жизни, самочувствие и психологическое равновесие человека нистагм.

- **Амблиопия** - синдром «тупого», «ленивого» глаза) характеризуется бездействием, неучастием одного из глаз в процессе зрения. В офтальмологии амблиопия рассматривается в качестве одной из ведущих причин одностороннего понижения зрения. Во всем мире амблиопией страдают около 2% населения. Амблиопия является заболеванием преимущественно детского возраста, поэтому столь важный аспект приобретает проблема ее раннего выявления и коррекции.

Практически все дети имеют дальнозоркость, состротой зрения от 0,1 до 0,9.

- **Гиперметропия (обоих глаз)** - это дальнозоркость, патология глаз, при которой фокус оптической системы глаза находится сзади сетчатки. При дальнозоркости величина глазного яблока уменьшена

спереди назад. Зачастую зрачок более узкий, чем обычно, а глубина передней камеры глаза уменьшена. Гиперметропия глаза может поражать оба глаза одновременно в равной степени, а может по одному. Дальнозоркий человек часто щурится, чтобы сфокусировать картинку. Это может способствовать развитию некоторых осложнений. Во-первых, постоянно происходит напряжение ресничной мышцы. Во-вторых, кроме постоянного перенапряжения мышц, возможно развитие блефарита или конъюнктивита. Кроме того, зрение может продолжать падать. Также в качестве осложнения у больного может возникнуть косоглазие. Дальнозоркость часто возникает как возрастное явление, однако, может появиться и в раннем возрасте.

- **Миопия высокой степени** – тяжелое заболевание органов зрения, обусловленное нарушением их функции и приводящее к тяжелым последствиям. Патология зрительной системы, при которой человек отчетливо и ясно видит объекты, расположенные на малых расстояниях, однако, не в состоянии нормально рассмотреть предметы, находящиеся вдалеке. Наш орган зрения устроен таким образом, что изображения окружающих предметов фокусируются на сетчатке, а затем по волокнам зрительного нерва в виде электрических импульсов передаются в мозг, где и происходит их обработка. Для миопии характерно такое расстройство восприятия изображения, при котором картинка воспринимаемого предмета фиксируется перед сетчаткой, и потому видимый объект наш мозг воспринимает нечетким и расплывчатым. В связи с этой особенностью люди, страдающие миопией, вынуждены все предметы, которые они хотят нормально рассмотреть, подносить близко к глазам, отсюда и происходит второе название этого недуга – близорукость.

Социометрический метод «Капитан корабля»

Во время индивидуальной беседы ребенку показывают рисунок кораблика (или игрушечный кораблик) и задают следующие вопросы:

1. если бы ты был капитаном корабля, кого из группы ты взял бы себе в помощники, когда отправился бы в дальнее путешествие?
2. кого пригласил бы на корабль в качестве гостей?
3. кого ни за что не взял бы с собой в плавание?
4. кто еще остался на берегу?

В результате данных процедур каждый ребенок в группе получает определенное количество положительных и отрицательных выборов со стороны своих сверстников. Сумма отрицательных и положительных выборов, полученных каждым ребенком, позволяет выявить его положение в группе (социометрический статус). На основании данных можно судить об уровне отношений детей к каждому сверстнику и по следующим баллам: 11-17 баллов – предпочтение («звезды» группы);

От 1-8 баллов – дружба (лидеры);

От -9-0 баллов – игнорирование (незамечаемые);

От -17 до -8 баллов – отвержение (отверженные);

Два домика

Для проведения методики необходимо приготовить лист бумаги, на котором нарисованы два домика. Один из них – большой красивый, красного цвета, а другой – маленький, невзрачный, черного цвета. Взрослый показывает ребенку обе картинки и говорит: «Посмотри на эти домики. В красном домике много разных игрушек, книжек, а в черном – игрушек нет. Представь себе, что красный домик принадлежит тебе, и ты можешь приглашать к себе всех, кого хочешь. Подумай, кого из ребят своей группы ты бы пригласил к себе, а кого поселил бы в черный домик.

После окончания беседы можно спросить у детей, не хотят ли они кого-то поменять местами, не забыли ли они кого-нибудь.

Анализ результатов:

Подсчитывается число выборов, которые получил каждый ребёнок в красном домике (за каждый выбор +1) и число выборов отрицательных за чёрный домик (за каждый выбор –1), Затем из большего числа вычисляют меньшее и ставят знак большего числа.

+4 и более баллов – набирают социометрические «звёзды», это внешне привлекательные, уверенные дети, лидеры в играх, авторитетные среди сверстников.

+1 до +3 (выборов со знаком «минус» нет) – дети, предпочитающие общение с ограниченным кругом постоянных друзей, при этом с другими детьми почти не конфликтуют, а в своей группе могут быть лидерами.

-2 до +2 (сумма складывается из «плюсов» и «минусов») – активные, подвижные, достаточно общительные, но нередко конфликтные дети, легко вступают в игру, но также легко ссорятся, часто обижаются и обижают других.

0 баллов (выборы со знаком «плюс» и «минус» отсутствуют) – этих детей просто не замечают, как правило это тихие, малоактивные дети, которые играют в одиночестве и не стремятся к контактам со сверстниками. Скорее часто болеющие и недавно пришедшие дети.

-1 и менее баллов – эти дети, которых отвергают сверстники, нервозны, чрезмерно конфликтны, негативно настроены к другим, нередко внешне они мало привлекательны, или имеют ярко выраженные физические дефекты.

Особое внимание следует обратить на детей, которые основную массу сверстников отправляют в чёрный дом. Причиной могут быть закрытость, конфликтность, негативизм.

Анкета для родителей дошкольников

Если Вы можете высказать уверенно мнение о ребенке, значит, Вы его знаете.

1. Что больше всего любит делать ваш ребёнок? _____

2. В какие игры и с кем он больше всего любит играть?

3. Что может вызвать у него наибольшую радость?

4. Что ему нравится? _____

5. Какие поручения ребенок затрудняется выполнять ?

6. Что вызывает обиду, гнев, слёзы?

7. Часто ли капризничает ваш ребёнок? По какой причине? Как вы реагируете на его капризы?

8. Что беспокоит Вас в Вашем ребенке?

Результаты анкетирования родителей

Ответы родителей на вопросы анкеты		
В какие игры и с кем он больше любит играть?	Что больше всего любит делать ваш ребенок?	Вопросы
лото с папой и братом	рисовать	Лева А.
в дочки- матери с подружками	рисовать	Маша Т.
в прятки, догонялки с братом	лепить	Даша В.
в куклы с бабушкой	лепить	Арина В.
заниматься творчеством с двоюродной-сестрой	лепить	Дарина Н.
в мульт-персонажей с другими детьми	лепить	Полина С.
в дочки- матери с двоюродной сестрой	играть в игрушки	Полина
лего с сестрой	играть в планшет	Андрей А.
игры значения не имеют, проводит время с двоюродной сестрой	играть в телефон	Вова И.
в лего с друзьями	рисовать	Родион А.
в роботов с друзьями	играть в роботов	Ярик Б.
шашки, лото, куклы, с папой, мамой, бабушкой	рисовать	Юля М.
прятки, догонялки, домино, всей семьей	петь	Наташа Д.
в дочки-матери с сестрой	играть в куклы	Таня Б.
в дочки-матери с сестрой	играть в куклы	Вероника
в игрушки с подружками	играть в куклы	Даша Н.
в игрушки с подружками	играть в игрушки	Соня С.

Какие поручения ребенок затрудняется выполнять?	Что ему нравится?	Что может вызывать у него наибольшую радость?
порядок в комнате	путешествовать	поход в гости
порядок в комнате	путешествовать	поход в гости
нет таких	кататься на велосипеде	поход в гости
нет таких	кататься на велосипеде	поход в гости
заправлять постель	купаться и нырять	подарки, поездки
нет таких	танцевать	покупка игрушек
порядок в комнате	играть с друзьями	поездка на природу с
не может быстро одеться на улицу	лего	приход в гости родственников
заправлять постель	быть в центре внимания, когда хвалят	отдых с родителями
нет таких	лего	отдых с родителями
порядок в комнате	конструктор собирать	покупка игрушки
при хорошем настроении выполнит все	все что получается с первого раза	поездка на природу с родителями
нет таких	кататься на велосипеде	поход в гости, новые наряды
нет таких	танцевать	приход в гости гостей
нет таких	кататься на роликах	поход в гости
нет таких	животные	поход в гости
нет таких	животные	покупка игрушки, поездка

Что беспокоит Вас в вашем ребенке?	Часто ли капризничает ваш ребенок? По какой причине? Как вы реагируете на его капризы?	Что вызывает обиду, гнев, слезы?
ничего	редко, когда устает, разговариваем	наказание
самобытность	редко, когда устает, игнорируем	несправедливость
ничего	редко, когда устает, разговариваем	несправедливость
ничего	по разному, когда не высыпается,	проигрыш
ничего	по разному, когда не высыпается, разговариваем	наказание
лень	часто по любому поводу,	отказ на просьбу
быстро устает	не часто, когда надо заниматься	ссора с друзьями
зрение желание часто сидеть дома	не часто, усталость, разговариваем	проигрыш
состояние здоровья (ДУБ), бывает ворчливым	часто, не достаточно родительского внимания, за капризы ругаем	что лишен телефона и сладкого
ничего	редко, когда устает, разговариваем	несправедливость
лень	часто, не покупаем игрушки, договариваемся	отказ на просьбу
заикание	не часто, усталость, разговариваем	насмешки, передразнивания
ничего	редко, когда устает, успокаиваем	проигрыш
ничего	редко, когда устает, разговариваем	ссора с друзьями
лень	не часто, когда надо заниматься	ссора с друзьями
смущенность	редко, когда устает, разговариваем	несправедливость
смущенность	нет такого	несправедливость

Квалификационная работа (проект) выполнена мной самостоятельно. Используемые в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано а _____ 1 _____ экземплярах

Библиография содержит _____ 56 _____ наименования.

Один экземпляр работы сдан на кафедру СПО ФЗОиДОТ ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»

«__» _____
(Дата)

(ФИО) (Подпись)

