**ДОКЛАД**

«ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ».                                             
            

1)Введение. Актуальность проблемы.

2) Категории детей с ограниченными возможностями здоровья.  
3) Понятие социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.  
4) Современные подходы к проблеме социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Новые социальные технологии.

5)Обзор раздела «Социальное развитие**».** Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. «Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта».

*Введение. Актуальность проблемы.*

В настоящее время процесс социализации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи раскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социализации.   
Однако проблемы социализации людей с ограниченными возможностями здоровья, а особенно детей в литературе все еще не являются предметом специального исследования. Хотя проблема социализации детей, подростков и взрослых с нарушениями психического и физического развития весьма актуальна и в теоретическом, и в практическом отношении.  
Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.д.). Но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социализации.

*Категории детей с ограниченными возможностями здоровья.*

Дети с ограниченными возможностями - дети с физическими и (или) психическими недостатками, имеющие ограничение  жизнедеятельности, обусловленное  врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями  травм, подтвержденными в установленном  порядке.

Нарушение одной из функций приводит ребенка  к проблемам в развитии только при определенных обстоятельствах, поскольку его наличие не всегда влечет за собой дальнейшие нарушения. Так, например, при потере слуха на одно ухо или при поражении  зрения на один глаз возможность воспринимать звук или зрительные сигналы сохраняется. Нарушения подобного рода не ограничивают детей в познании окружающего  мира, в общении с другими людьми, не мешают им овладевать учебным материалом и обучаться в общеобразовательной  школе. Ребенок же с проблемами в  развитии вследствие своего нарушения  нуждается в особых условиях, в  специальном лечении и образовании.   
В нормативно-правовой документации дети с ограниченными  возможностями здоровья определяются как инвалиды и для признания  их таковыми должны быть соответствующие  основания. В Федеральном законе "О социальной защите инвалидов  в Российской Федерации" от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ называются три обязательных условия для признания гражданина инвалидом:  
а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;  
б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);  
в)   необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.  
   
Этим  же законом функция определения  инвалидности возлагается на Государственную  службу медико-социальной экспертизы.  
Министерством труда и социального развития РФ и Министерством здравоохранения (от 29.01.97) утверждена классификация нарушений основных функций организма человека:

Нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).  
Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).  
Нарушения статодинамической функции.  
Нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Если  мы говорим о детском возрасте, то дети, относящиеся к первым трем категориям, составляют большую часть  из общего количества детей-инвалидов, имеющих инвалидность. Все они, независимо от вида нарушения, имеют отклонения (в той или иной степени) или  нарушения в развитии и требуют  особых методов изучения, воспитания и обучения.  
В основе педагогической классификации таких нарушений лежит характер особых образовательных потребностей детей с нарушениями в развитии и степень нарушения.  
Здесь различают следующие категории детей с нарушениями в развитии:

дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);  
дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);  
дети с нарушениями речи;  
дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);  
дети с задержкой психоречевого развития (ЗПРР);  
дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;  
дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы;  
дети с множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений).

В зависимости  от степени нарушения функций (с  учетом их влияния на возможности  социальной адаптации ребенка) у  ребенка ограниченными возможностями  определяется степень нарушения  здоровья. Их четыре (степени):  
I степень утраты здоровья определяется при легком и умеренном нарушении функций, которые, согласно Инструкции, являются показателем к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения у лиц старше 18 лет;  
II степень утраты здоровья устанавливается при наличии выраженных нарушений функций органов и систем, которые, несмотря на проведенное лечение, ограничивают возможности социальной адаптации ребенка (соответствует 3 группе инвалидности у взрослых);  
III степень утраты здоровья соответствует 2 группе инвалидности у взрослого;  
IV степень утраты здоровья определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка при условии необратимого характера поражения и неэффективности лечебных и реабилитационных мероприятий (соответствует 1 группе инвалидности у взрослого).  
Каждой степени утраты здоровья ребенка-инвалида соответствует  перечень заболеваний, среди которых  можно выделить следующие основные группы:  
1. Нервно-психические заболевания занимают второе место (32,8 %). Среди детей с данными болезнями 82,9% составляют дети с умственной отсталостью.  
Наиболее распространенные заболевания этой группы детские  церебральные параличи, опухоли нервной  системы, эпилепсия, шизофрения и другие эндогенные психозы, умственная отсталость (олигофрения или слабоумие различного генеза, соответствующие стадии идиотии или имбецильности), болезнь Дауна, аутизм.  
Все эти болезни объединены в одну группу, однако, следует различать умственную и психическую неполноценность, на этом настаивает Международная лига обществ содействия умственно отсталым и другие организации, занимающиеся изучением этой категории людей и /или оказанием им помощи.  
У детей-инвалидов этой категории  очень часто наблюдаются грубые нарушения всех сторон психической  деятельности: памяти, внимания, мышления, речи, моторики, эмоциональной сферы. Однако после специальных упражнений и занятий они могут достигнуть неплохих результатов. Круг проблем  таких детей требует, в основном, вмешательства специалистов в области  педагогики и реабилитации (соответственно педагогов и социальных работников) в тесном контакте с семьей.  
2. Заболевания внутренних органов. В настоящее время они занимают лидирующее положение в структуре детской инвалидности, что вызвано переходом заболеваний в хроническую форму с тяжелыми функциональными нарушениями. Часто это связано с поздней выявляемостью нарушений и недостаточными мерами реабилитации.  
В эту группу заболеваний  входят различные заболевания, патологические состояния и пороки развития органов  дыхания (в том числе и хронический туберкулез легких), почек и органов мочевыделения, желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей (циррозы печени, хронический агрессивный гепатит и т.п.), сердечно - сосудистой системы (в том числе пороки сердца и крупных сосудов), системы кроветворения (лейкозы, болезнь Верьегофа, лимфогранулематоз и т.п.), опорно-двигательного аппарата (полиартриты и т.п.).  
Часто в силу своих заболеваний  такие дети не могут вести активный образ жизни, поэтому сверстники могут избегать общения с ними. Возникает ситуация рассогласованности между необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полноценной реализации. Социальная депривация углубляется за счет длительного пребывания ребенка в специальных стационарах, санаториях, где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. Следствием этого является задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируются недостаточно адекватное представление об окружающем мире у больного ребенка.  
3. Поражение и заболевания глаз, сопровождающиеся стойким снижением остроты зрения до 0,08 в лучшем видящем глазу до 15 от точки фиксации во всех направлениях. Дети с заболеваниями этой составляли 20% от общего числа детей-инвалидов.  
Психическое развитие детей  с дефектами зрения в значительной степени зависит от времени возникновения  патологии и от времени начала специальной коррекционной работы, а это (психического развития) дефекты могут быть компенсированы за счет раннего и широкого использования функций сохранных анализаторов.  
М.Р.Романов характеризует такого ребенка как боязливого, малоконтактного, поэтому он предлагает обогащать чувственный и практический опыт этих детей, постепенно включая его в круг здоровых сверстников. В работе с данной категорией детей рекомендуется так же использовать их особую чувствительность к музыке.  
4. Онкологические заболевания, к которым относятся злокачественные опухоли 2 и 3 стадии опухолевого процесса после комбинированного или комплексного лечения, включающего радикальную операцию; неподдающиеся лечению злокачественные новообразования глаза, печени и других органов.  
При онкологическом заболевании  кризисные ситуации могут возобновляться или прерываться более или  менее длительными периодами  стабилизации, во время которой производится реабилитация больного. Особенности методов лечения в сочетании с возрастными и межличностными особенностями ребенка ведут к возникновению изменений сначала в физическом, а затем и в психическом его состоянии. Специалистами выяснено, что более половины (56 %) родителей отмечают ухудшение характера своих детей в результате болезни, у 62% родителей появились трудности во взаимоотношениях с детьми. У такого ребенка отмечается отгороженность и замкнутость (25%), а так же раздражительность, агрессия и другие проявления невротического характера (56%) . У таких детей практически нет друзей, кроме таких же больных ребят, как и они. Таким образом, они как бы отгорожены от внешнего мира, что вызывает задержку в развитии социальных навыков, социальную дезадаптацию.  
5. Поражения и заболевания органа слуха. По степени снижения слуха различают глухих и слабослышащих. Среди глухих можно выделить так же две группы в зависимости от наличия или отсутствия у них речи. Число детей с этим заболеванием относительно невелико, они составляют около 2% всех детей-инвалидов.  
Особенности поведения ребенка  с нарушенным слухом разнообразны. Обычно они зависят от причин нарушения. Например, у детей с ранним ограниченным повреждением мозга дефект слуха  сочетается с повышенной психической  истощаемостью и раздражительностью. Среди глухих встречаются замкнутые, "странные", как бы "пребывающие  в своем мире", дети. У оглохших, наоборот, наблюдается импульсивность, двигательная расторможенность, иногда даже агрессивность.  
6. Хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации.  
7. Эндокринные заболевания.  
Таким образом, можно было убедиться, что существует довольно большой  перечень заболеваний, приводящих к  инвалидности. Эти болезни, несомненно "оставляют свой след" на поведении  ребенка, его отношениях с окружающими  и в других сферах его жизни, создавая определенные "барьеры" на пути детей-инвалидов  и их семей к нормальной жизни, к их интеграции в общество.  
   
*Понятие социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.*

"Социализация – это  развитие и самореализация человека  на протяжении всей жизни в  процессе усвоения и воспроизводства  культуры общества".  
Под социализацией понимают процесс усвоения человеком социального опыта, приобщения его к общественным отношениям. В процессе социализации личность приобретает качества, необходимые для жизни в обществе, усваивает определённые ценности и формы поведения. При этом человек сам активно участвует в освоении норм социального поведения и межличностных отношений, в приобретении умений и навыков, необходимых для успешной реализации соответствующих социальных ролей и функций.  
Отечественные психологи П.С. Выготский, С.Я. Рубинштейн, П.Я. Гальперин, в качестве доминирующей стороны в развитие личности называют социальный опыт, воплощенный в продуктах материального и духовного производства, который усваивается ребенком на протяжении всего детства. В процессе усвоения этого опыта происходит не только приобретение детьми отдельных знаний и умений, но осуществляется развитие их способностей, формирование личности.  
В процессах социализации  определяющее значение имеют  опыт ранних этапов онтогенеза, связанный с формированием психических  функций и первоначальных форм  социального поведения; передача  социального опыта через систему  обучения и воспитания; и, наконец,  взаимное влияние людей в процессе общения и совместной деятельности. В процессе социализации человек  формируется как член общества, к которому он принадлежит.   
Успешная социализация - это не только эффективная адаптация  человека в обществе, но и способность  в определённой мере противостоять  обществу, части жизненных коллизий, мешающих его развитию и самореализации. Современное общество продуцирует  в той или иной мере два типа жертв социализации: человек полностью  адаптированный в обществе, но не способный  ему противостоять и человек  не адаптированный в обществе, противостоящий ему.   
Рассмотрим примеры социализации с глухими и слабослышащими. Дефект глухоты и тугоухости в обществе - проблема социальная. Л.С. Выготский назвал дефект - "социальным вывихом". Это основная причина детской дефективности: "Физический дефект вызывает как бы социальный вывих, совершенно аналогично телесному вывиху, когда повреждённый член - рука или нога - выходят из сустава, когда грубо разрываются обычные связи и сочленения и функционирование органа сопровождается болью и воспалительными процессами…".  
"Если психологически телесный недостаток означает социальный вывих, то педагогически воспитать такого ребёнка - это значит вправить его в жизнь, как вправляют вывихнутый и больной орган. В наших руках сделать так, чтобы глухой или слабослышащий ребёнок не были дефективными. Человечество сможет победить и слепоту, и глухоту, и слабоумие в социальном и педагогическом плане прежде, чем в плане медицинском и биологическом. Слепой останется слепым, глухой - таким, но они перестанут быть дефективными, потому что дефективность есть понятие социальное. Социальное воспитание победит дефективность. Тогда о слепом ребёнке не скажут, что он дефективный, но скажут что он слепой и о глухом - глухой и ничего больше".  
Нарушение слуха или полная его потеря, конечно, очень печальный  диагноз и для ребёнка, и для  его родителей. Родителям больно осознавать, что недуг возводит между  ребенком и окружающими людьми незримую преграду, изолирует его от мира. Однако это вовсе не значит, что  жизненный удел такого ребёнка –  одиночество и изоляция. За полноценное  существование ребенка с нарушением слуха можно и нужно бороться.   
В настоящее время  в проектировании социальной  политики выделяются две тенденции  по отношению к этой категории  населения. Приверженцы первой  тенденции считают, что общество  должно практически принимать  проблемы глухих и слабослышащих  и создавать им комфортные  условия в среде слышащих. Например, всему населению страны рекомендуется изучать жестовую речь (Швеция), или каждый ребенок с нарушениями слуха, обучающийся в массовой школе, должен иметь персонального ассистента - переводчика жестовой речи (США и др.), предлагаются определённые требования к артикуляции всех тех людей (специалистов, родственников, друзей, обслуживающего персонала и т.д.), которые имеют постоянное общение с такими и слабослышащими: их речь должна быть замедленной, артикуляция утрированной (Швейцария, Германия и др.). Существуют даже модели "страны глухих" - например, университетский городок, населённый неслышащей молодёжью (США, Галлодетский университет).  
Вторая тенденция предлагает рассматривать лиц с ограниченными возможностями здоровья как особую социальную группу, имеющую свою систему социальных потребностей в плане преодоления ограничений и трудностей коммуникации, но являющуюся одной из равноправных составных частей общества, существующую с ним в единой социокультурной среде. Принимая ту или другую тенденцию формирования социальной политики по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья, государство и общество по-разному конструируют организационные формы их обучения и социализации.  
В частности, в нашей стране лица с ограниченными возможностями здоровья на протяжении многих лет рассматриваются как социальная группа, имеющая свои особые социокультурные отличия и требующая особых условий организации жизнедеятельности. Большинство детей с ограниченными возможностями здоровья, независимо от возраста, воспитываются в основном в закрытых специализированных образовательных учреждениях (ясли, детские сады, школы-интернаты).  
Такой подход к воспитанию и обучению детей с ограниченными возможностями здоровья имеет крайне негативные последствия. Семья фактически отстранена от процесса воспитания. Дети в течение 14-16 лет находятся вне дома, бывая в родной семье лишь кратковременно в выходные дни или каникулы. Оторванный от семьи как от основного источника развития и социализации, от окружающего мира, ребёнок с ограниченными возможностями здоровья вырастает отчуждённым приверженцем замкнутого мира, где царят свои, понятные ему с детства законы, где существует ставший родным особый язык общения, где определены правила поведения и образ жизни. Неудивительно, что впоследствии выпускники школ-интернатов строят собственные семьи, выбирая партнёров по браку из того же социума, стараются держаться вместе с бывшими одноклассниками, зачастую строят сообщества по типу кланов, иногда пополняя криминальные структуры.  
Основная проблема социализации это отклонения от нормального становления  личности детей с ограниченными возможностями здоровья. Это проявляется в эмоционально-волевой сфере, нарушении социального взаимодействия, неуверенности в себе, снижении самоорганизованности и целеустремленности, что приводит к значительному ослаблению "силы личности".   
Негативные тенденции  развития личности ребенка с ограниченными  возможностями сохраняются во всех возрастных группах и в младшей  возрастной группе проявляются, в частности, в снижении игровой деятельности, особенно интеллектуального характера  и социального взаимодействия, повышения  конфликтности и отклонения в  формировании общепринятых норм поведения.  
Таким образом, социализация детей с ограниченными возможностями здоровья заключается в интеграции таких детей в общество, чтобы они могли приобрести и усвоить определённые ценности и общепринятые нормы поведения, необходимые для жизни в обществе. Одним из условий успешной социализации детей с ограниченными возможностями здоровья является подготовка их к самостоятельной жизни, поддержка и оказание им помощи при вступлении во "взрослую жизнь", для чего, прежде всего, необходимо создать педагогические условия в семье и образовательных учреждениях для социальной адаптации детей. Следует так же отметить, что развитие личности и познавательной деятельности детей ограниченными возможностями здоровья отличаются от развития здоровых детей и имеют свои психологические особенности, которые так же необходимо учитывать при социальной интеграции в общество.  
   
*Современные подходы к проблеме социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Новые социальные технологии.*

Социальные проблемы иного порядка связаны с региональными условиями с наличием или отсутствием спецшкол, специальных  реабилитационных центров, специалистов-дефектологов в местах проживания семей, где есть ребенок-инвалид.  
Поскольку специальные образовательные учреждения распределены по стране крайне неравномерно,  то дети-инвалиды часто вынуждены получать образование и воспитание в специальных школах интернатах. Попадая в такую школу, дети инвалиды оказываются изолированными от семьи, от нормально развивающихся сверстников от общества в целом.  
Традиционализм,   характерный для учебных заведений, как правило, проявляется в ориентации школ на привычные для инвалидов профессии - слесарь,  столяр, швея и т д., хотя они порой далеки от их реальных возможностей. Кроме того, не обновляются методы и формы профориентационной работы. Хотя новые, изменившиеся условия жизни позволяют ставить проблему получения инвалидами современных престижных профессий; кроме того, осуществлять профессиональную подготовку по тем видам труда, в которых есть потребность в данном регионе, при наличии нескольких спецшкол и большого количества выпускников организовать центры занятости для инвалидов.  
Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья проходит в микросоциуме (семья) и в макросоциуме (общество).

Ребенок, поставленный лицом к лицу только с родителями и врачами, у которых одна доминанта - его болезнь, постепенно изолируется от общества, поэтому ни о каком его воспитании и тем более развитии речи быть не может.  
Любое отклонение от нормальной деятельности сопоставляется с закономерностями нормального развития, основная линия изучения которых возможна в известной периодизации развития ребенка в детском возрасте, строящейся на выделении 2-х систем отношений «ребенок – взрослый»,  и «ребенок – продукт общественных отношений».  
Освоение каждой их этих систем происходит в процессе закономерно сменяющих друг друга видов деятельности: Игра-Учение-Труд-Общение, в которых и рождаются психические новообразования.  
Активность человека (в рамках психической организации) получает два основополагающих направления:   
1)Познание внешнего мира, производство предметов;  
2)Нахождение смысла своего бытия в мире и тех его продуктов, которые имеют значение для этого бытия.

Каждое из указанных направлений порождает и соответствующие сферы приложения психической активности. Одно – это мир вещей и деятельность, которое производят эти «вещи», другое – мир идей, связанный со смыслообразованием, производством смысла.  
Высший уровень психического  здоровья это личностно-смысловой  уровень, или уровень личностного  здоровья, который определяется  качеством смысловых отношений  человека.  
Следующий уровень – уровень  индивидуально-психологического здоровья  человека, оценка которого связана  со способностями человека строить адекватные смыслам психологические способы реализации своих устремлений.  
Психофизиологическое здоровье  определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организацией  актов психической деятельности.  
Атмосфера совершенствования поведения ребенка с ограниченными возможностями  предполагает развитие системы инновационных социологических служб, ориентированных на детей с ограниченными возможностями, открывающих им доступ к образованию, труду, спорту, искусству, широкому общению.  
Развитие опыта социального партнерства в реализации государственной социальной программы («Дети России», направленная программа  «Дети-инвалиды»)  
Осуществление прорыва в практике поддержки людей с ограниченными возможностями, демонстрация современных инновационных технологий, содействующих интеграции их в общество.  
Цель – «выравнивание» возможностей ребенка, имеющего инвалидность, приближая их к возможностям других детей,  возможность полного и активного участия в жизни общества.  
Социальная политика в России, ориентированная на инвалидов, взрослых и детей, строится сегодня на основе медицинской модели  инвалидности. Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается, как недуг, заболевание, патология. Такая модель вольно  или невольно ослабляет социальную позицию ребенка, имеющего инвалидность, ослабляет его социальную значимость, обособляя его от нормального здорового детского сообщества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекая на признание своего неравенства, неконкурентоспособности по сравнению с другими детьми.

Медицинская модель определяет и методику работы с инвалидом, которая имеет патерналистский характер и предлагает лечение, трудотерапию, создание служб, помогающих человеку выжить, заметим – не жить полнокровной жизнью, а именно выжить.

Следствием ориентации общества и Государства на эту модель является изоляция ребенка с ограниченными возможностями от общества в специализированном учебном заведении, развитие у него пассивно-иждивенческих ориентаций.  
Термин «инвалид» в силу сложившейся традиции несет в себе дискриминационную идею, выражает отношение общества, выражает отношение к инвалиду, как к социально бесполезной категории. Понятие «человек с ограниченными возможностями» в традиционном подходе ярко выражает дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей.

Такая парадигма в корне меняет подход к триаде «ребенок – общество - государство». Суть этого изменения состоит в следующем: главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, в ограничении мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к элементарному образованию.    
Эта проблема является не только субъективного фактора, каковым является социальное, физическое и психическое здоровье, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которое санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.

Ребенок, имеющий инвалидность – часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни.  
Ребенок, имеющий инвалидность может быть так же способен и талантлив, как и его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу, ему мешает неравенство возможностей.  
Ребенок – не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве.  
Государство призвано не просто предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, оно должно пойти навстречу его социальным потребностям и создать систему социальных служб, позволяющих нивелировать ограничения, препятствующие процессам его социализации и индивидуального развития.

Задача социализации – содействие в улучшении качества жизни ребенка, имеющего инвалидность, защита и представление его интересов, в различных кругах, создание условий для вхождения в жизнь общества.

В нашем учебном заведении находятся  воспитанники с различными особенностями здоровья: слабослышащие, умственно отсталые, дети с задержкой психического развития, с РАС, с НОДА, с ТНР. В силу тяжести своего нарушения, они забывают правила поведения в разных жизненных ситуациях, у них затруднено формирование умений и навыков, необходимых в обычной жизни, они часто приступают к выполнению поставленной задачи без должной ориентировки в ней, без анализа ее условий, без активной мыслительной работы над   
планом и выбором средств достижения цели.

Создание оптимальных условий для социализации детей с ограниченными возможностями в нашем ДОУ является первоочередной задачей всего коррекционно-воспитательного процесса, позволяющего ребенку включиться в социальную среду, активно действовать в различных ситуациях.

Необходимо, используя все возможности воспитанников, развивать у них жизненно необходимые навыки, чтобы, став взрослыми, они могли самостоятельно себя обслуживать,   
выполнять в быту и в специальных производственных условиях несложные трудовые операции и ориентироваться в окружающем мире.

Известно, что дети с ограниченными возможностями с большим трудом обучаются умению ориентироваться в окружающей действительности, усваивают общепринятые нормы поведения, овладевают навыками общения. Работа в этом направлении ведется:

на занятиях по ОО и социальному развитию, в процессе специально организованных экскурсий, в ходе  которых воспитанники получают знания о разнообразных сферах жизни и деятельности человека, приобретают практические умения, в совместной деятельности со здоровыми сверстниками и т.д.

Данный процесс осуществляется на протяжении длительного времени, требует особых усилий, терпения и настойчивости со стороны, как самих детей, так и людей, оказывающих им помощь и поддержку.

Программа по ОО и социальному развитию с детьми составлена с учетом возрастных и психофизических особенностей развития воспитанников.

Большую роль в выработке у детей умений ориентироваться и лучше приспособиться к окружающей жизни играют экскурсии. Они организовываются таким образом, чтобы воспитанники не только наблюдали те или иные объекты, но и обязательно могли там, где   
позволяют условия, совершать определенные действия, подражая деятельности взрослых.

Формируя навыки самообслуживания, дети - инвалиды учатся правильно одеваться и раздеваться, самостоятельно расстегивать и застегивать пуговицы, молнию, убирать свои вещи на место.

Для воспитанников педагогом – психологом ДОУ организованы занятия по арт-терапии, сказкотерапии. Посредством этих занятий устанавливается эмоционально-положительный контакт взрослого с ребенком, формируется представление ребенка о многообразии окружающего мира, о социальных нормах поведения.

Воспитателями групп проводится работа по социализации детей с ОВЗ не только в быту или на экскурсиях, но также посредством организации театральной и игровой деятельности, взаимопосещения режимных моментов в других группах детского сада.

Большое внимание уделяется и физическому состоянию воспитанников с ОВЗ. Здоровьесберегающая деятельность образовательного учреждения - это система мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей. Включает организацию физкультурно-оздоровительной работы; просветительскую работу с воспитанниками и их родителями или опекунами, медицинскую профилактику и наблюдение за состоянием здоровья детей.

Значительной внимание уделяется развитию индивидуальных творческих способностей детей и организации досуговой деятельности (календарные и спортивные праздники, выступление на фестивалях, участие в конкурсах, выставках).

В нашем учебном заведении большое внимание уделяется работе с родителями детей с ОВЗ. С целью обучения родителей эффективным способам общения с ребенком, имеющего отклонения в развитии, проводятся беседы, индивидуальные консультации, занятия. Осуществляется регулярное посещение таких семей на дому.

Подводя итог выше сказанного, хочется отметить, что формирование у детей с ограниченными возможностями здоровья социально-бытовых и трудовых знаний, умений и навыков это сложный и кропотливый процесс над которым работает весь коллектив нашего учреждения. И только тесное сотрудничество, и взаимопомощь всех специалистов нашего учреждения способствует успешной работе по формированию у детей умений и навыков для социализации их в общество.

*Обзор раздела «Социальное развитие****».*** *Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. «Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта».*

Новый раздел программы коррекционно-развивающего обучения детей с нарушением интеллекта определяет общие задачи на каждый год обучения и на каждый квартал пребывания ребенка в учреждении компенсирующего вида. В нем рекомендованы отдельные методы и приемы работы с умственно отсталыми детьми во всех четырех возрастных группах детского сада.

Педагог-дефектолог обучает детей способам действия по самообследованию, по обследованию предметов и объектов из ближайшего окружения, обеспечивает сочетание зрительных и тактильно-двигательных способов обследования, обобщает полученный ребенком практический жизненный опыт, приобретенный в ходе наблюдений, прогулок, практической деятельности.

Воспитатель организует практическую деятельность детей, проводит целенаправленное и ситуативное наблюдение за деятельностью людей и окружающей действительностью.

Содержание данного раздела охватывает следующие блоки психолого-педагогической работы с детьми:

-формирование у ребенка представлений о самом себе и воспитание элементарных навыков для выстраивания адекватной системы положительных личностных оценок и позитивного отношения ребенка к себе (концентр «Я сам»);

-развитие сотрудничества ребенка с взрослыми и сверстниками и воспитание навыков продуктивного взаимодействия в процессе совместной деятельности (концентр «Я и другие»);

-формирование адекватного восприятия окружающих предметов и явлений, воспитание положительного отношения к предметам живой и неживой природы, создание предпосылок и закладка первоначальных основ экологического мироощущения, нравственного отношения к позитивным национальным традициям и общечеловеческим ценностям (концентр «Я и окружающий мир»).

Основополагающим содержанием раздела «Социальное развитие» является формирование сотрудничества ребенка с взрослым и научение малыша способам усвоения и присвоения общественного опыта. В основе его сотрудничества с взрослым лежит эмоциональный контакт, который является центральным звеном становления у ребенка мотивационной сферы. Переход ребенка от непосредственного восприятия к подлинно познавательному интересу становится основой для деловой формы общения, а затем и для подлинного сотрудничества с другими людьми.

В процессе коррекционно-педагогической работы у детей складывается представление о себе, они совершают открытие своего «Я». Малыш выделяет себя в мире вещей и других людей. Он приходит к осознанию своего «Я» через формирование и пробуждение «личной памяти», через появление своего жизненного опыта, зафиксированного в словесном плане, через приобщение к жизни близких людей, через становление ценностных ориентиров, связанных с возрастной и половой принадлежностью.

Мир человеческих отношений раскрывается перед детьми через представления о добре и зле, о своем и чужом и т. д. У ребенка с ограниченными возможностями здоровья необходимо развивать социально значимые мотивы поведения, выражающиеся в желании понять другого человека, помочь, уступить, проявить заботу о слабом, пожилом. В идеале нужно стремиться к развитию гибкости социального поведения в различных видах общения с детьми и взрослыми.

Взаимодействие ребенка с окружающими предметами направлено на формирование бережного отношения к ним, на признание их значимости в жизни самого малыша и других людей. При общении ребенка с природными явлениями акцент делается не на знакомстве с их строением и функциями, а на эмоционально-чувственном переживании.

Таким образом, социальное развитие проблемного ребенка подготавливает его к адекватной ориентировке в окружающей среде, способствуя при этом становлению навыков социально приемлемого поведения в различных жизненных ситуациях.

В связи с тем, что развитие ребенка носит циклический характер и на разных возрастных этапах ребенок снова и снова, но на качественно ином уровне проигрывает типологически однородные ситуации, привнося в них свой новый жизненный опыт, знания и умения, потребности и мотивы, воспитательный процесс также должен быть направлен на все более углубляющуюся проработку ситуаций социализации, дополняя и обогащая их новыми задачами, целями и способами деятельности.

В целом все содержание работы в разделе «Социальное развитие» нацелено на подготовку детей к обучению в школе, на формирование у них навыков продуктивного взаимодействия с окружающими людьми разного возраста, а в конечном итоге на адаптацию к жизни в обществе в быстро изменяющемся мире.