***Лекции по изучению курса «Основы инклюзивной культуры и дефектологических знаний»***

**ЛЕКЦИЯ 1. ИНКЛЮЗИВНАЯ КУЛЬТУРА: СУЩНОСТЬ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ХАРАКТЕРИСТИКА**

**1.1.Понятие инклюзивной культуры, характеристика её компонентов**

*Культура объединяет все стороны человеческой личности. Нельзя быть культурным в одной области и оставаться невежественным в другой. Уважение к разным сторонам культуры, к разным ее формам – вот черта истинно культурного человека.*

Д. С. Лихачев

Инклюзия является одной из самых обсуждаемых в российском обществе, политике и науке категорией. Одной из центральных составляющих категории «инклюзия» является инклюзивная культура. В современных публикациях и в научном дискурсе понятие инклюзивной культуры однозначно связывается с задачами развития включающего общества, однако, по-разному раскрывается и неодинаково понимается разными авторами.

В практическом пособии «Показатели инклюзии», разработан ном Т. Бутом и М. Эйнскоу под руководством основателя Центра изучения инклюзивного образования Марка Вогана (Бристоль, Великобритания), выделяются три взаимосвязанных аспекта, отражающие наиболее важные направления улучшения ситуации в учреждениях: создание инклюзивной культуры, развитие инклюзивной политики и внедрение инклюзивной практики. На взгляд британских специалистов, эти аспекты, графически представленные как стороны равностороннего треугольника, представляют собой

«оси», которые задают векторы мышления, направленного на реформирование не только в области инклюзии, но и в более широком смысле. По мнению исследователей, «развитие общих инклюзивных ценностей и отношений сотрудничества может привести к изменениям в других аспектах».

Что касается трактовки понятия «инклюзивная культура», то оно раскрывается в нескольких направлениях:

1. особая философия, согласно которой, ценности, знания об ин клюзии и ответственность приняты и разделены между всеми участниками данного процесса;
2. часть общей культуры, направленная на обеспечение поддержки ценностей инклюзии, высокий уровень которой способствует повышению эффективности процесса инклюзии в целом;
3. уникальный микроклимат доверия, способствующий развитию взаимозависимых отношений в обществе, позволяющих избежать конфликтных ситуаций и нанесения потенциального вреда каждому участнику процесса;
4. особая атмосфера, в которой внедряемые модификации адаптированы к потребностям определенной организации и органично вплетены в ее общую структуру, где сотрудникам предоставлена возможность получения разнообразной поддержки, как со стороны администрации, так и со стороны других сотрудников, что позволяет снизить риск возникновения многих противоречий;
5. фундаментальная основа для создания культуры инклюзивного общества, в котором многообразие потребностей приветствуется, поддерживается, аккумулируется обществом, обеспечивая возможность достижения высоких результатов в соответствии с целями инклюзивного образования и обеспечивая сохранность, принятие, сотрудничество и стимулирование непрерывного совершенствования педагогического сообщества и общества в целом.

В философии, антропологии, социологии определено, что человечество может обрести себя только в культуре (Н. А. Бердяев), культура является отличительным признаком человека (Л. Уайт), она состоит из внутренне содержащихся и внешне проявляемых норм поведения (Al. Kroeber, Cl. Kluckhohn ), внутренних переживаний и внешних их проявлений (G. Devereux) складывается из знаний, верований, искусства, нравственности, законов, обычаев и некоторых способностей и привычек, усвоенных человеком как членом общества (Э. Б. Тейлор) и образующих данное общество (М. Herskovits). А. Ю. Шеманов, Н. Т. Попова, А. С. Екушевская, рассматривая инклюзию в культурологической перспективе, дела

ют акцент на особых культурных потребностях людей с инвалидностью, указывая на необходимость создания поддерживающей социокультурной среды, способствующей инклюзии и интеграции людей с ОВЗ. Авторы подчеркивают, что понятие инклюзивной культуры в современной науке разрабатывается с опорой как на социальную модель инвалидности, так и на социально- конструкционистский подход к пониманию культуры. В. Н. Ярская и Е. Р. Ярская-Смирнова отмечают, что достижение равных воз- можностей для всех обеспечивается специальными механизмами социальных институтов образования, права, а также посредством распространения ценностей и норм, в соответствии с которыми строится взаимодействие и происходит взаимопонимание людей. П. В. Романов, В. В. Яковлева анализируют механизмы формирования корпоративной инклюзивной культуры, которая, по мнению авторов, обеспечивается совокупностью мер, процедур, программ, правил и действий, создающих среду, где разнообразие человеческих потребностей и ценностей не мешает, а способствует успеху. Описание условий по созданию инклюзии на рабочем месте, где особый акцент делается на готовности сотрудников коммуницировать между собой и клиентами вне зависимости от расовых, культурных, национальных, гендерных различий или личностных особенностей, приводится в руководстве Equality and Human Rights Commission. (<https://www.equalityhumanrights.com/en>)

Перечисленные аспекты позволяют рассматривать инклюзивную культуру как в широком, так и в узком смысле. Для широкого понимания инклюзивной культуры как многопланового феномена исследователи предлагают использовать модель айсберга. «Надводная» часть айсберга – это те элементы культуры, которые легко за метить, т. к. они осознаваемые, видимые. «Подводная» часть включает неосознаваемые правила поведения, социальные нормы, ценности и их иерархию, нормы невербальной коммуникации и др. Именно они определяют поведение человека. «Надводная часть» – это организация пространства в соответствии с принципами доступности и безопасности; адаптированные программы, специальные методы обучения и воспитания, учебники, учебные пособия, дидактические материалы, технические средства, команда специа-

листов и т. п. «Подводная часть» инклюзивной культуры – явление более сложное, глубинное, поскольку включает в себя ценностно- смысловые основы инклюзивной политики и практики организации, нормы отношений субъектов образовательного процесса. Эта составляющая культуры точно определяется Н. М. Лебедевой как совокупность неосознаваемых положений, стандартных процедур и способов поведения, которые были усвоены в такой степени, что люди не рассуждают о них, это система представлений, правил, установок, ценностей и моделей поведения, общих для группы и являющихся условием ее устойчивости. Именно «подводная часть» составляет сердце инклюзии.

Формирование инклюзивной культуры в организации рассматривается исследователями и практиками в качестве задачи, решение которой лежит в основании инклюзии и включает в себя принятие ценностей, уважения разнообразия, терпимости к различиям, сотрудничества, поощрения достижений каждого и создание на их основе включающего сообщества. Негативные установки в отношении к инвалидам, отказ от контактов с «особыми» гражданами в ряде случаев объясняются дефицитом знаний об особенностях та- ких людей и отсутствием опыта общения с ними. Следовательно, формирование инклюзивной культуры (и отдельного человека, и общества в целом) предполагает и большую информированность относительно бытия людей с теми или иными формами инвалидности и нравственное развитие в соответствие с принципами гуманизма и равноправия.

В психолого-педагогических исследованиях, посвящённых про- блемам социальной и образовательной инклюзии, предпринимают- ся попытки определения и описания компонентной структуры ин- клюзивной культуры. Профессор Стокгольмского университета

U. Janson выделяет три вида культуры, включение в которые важны для инклюзии в образовании: 1) культура обучения, то есть овладе- ние правилами поведения на уроках, методами обучения и знания- ми об особенностях освоения материала и т. д.; 2) культура ухода, которая подразумевает владение нормами поведения в учреждении, общения со взрослыми, принятие ролей, характерных для ребенка в детском саду или школе; 3) культура сверстников, то есть освоение

языка той группы лиц, которая преобладает в детском коллективе, наличие необходимой для общения со сверстниками свободы и автономности. С. В. Алёхина, определяя необходимость трансформации ценностно-смыслового поля образования в контексте построения инклюзивной культуры образовательных организаций, указывает на такие проявления инклюзивной культуры как готовность

«включиться» в процесс взаимодействия с другими, научиться быть открытыми для общения, видеть необходимость своих изменений, уметь принять особенности и отличия других людей. В. В. Хитрюк рассматривает инклюзивную культуру как интегративное личностное качество, способствующее созданию и освоению ценностей и технологий инклюзивного образования, интегрирующее систему знаний, умений, социально-личностных и профессиональных компетенций, позволяющих педагогу эффективно работать в условиях инклюзивного образования (интегрированного обучения), определять оптимальные условия развития каждого ребенка. По мнению автора, становление инклюзивной культуры проходит ряд этапов, первым среди которых выступает инклюзивная готовность. А. А. Синяевская выделяет в структуре инклюзивной культуры пять компонентов: аксиологический (система инклюзивных ценностей), мировоззренческий (личностная направленность на реализацию инклюзивных идей), личностный (совокупность важных для работы в инклюзивной среде личностных качеств), поведенческий (специфические нормы этикета, характерные для социальных взаимодействий внутри инклюзивного сообщества), психологический (осознание законов тех психических явлений, с которыми придется работать в условиях инклюзии). К. Г. Багдуева, И. А. Гаджиев, Ф. Г. Гаджиева под инклюзивной культурой организации понимают систему принципов и ценностей, включающих внешнюю (организация образовательного пространства в соответствии с принципами доступности и безопасности; введение адаптированных образова- тельных программ) и внутреннюю (система представлений, правил, установок, ценностей и моделей поведения, общих для группы) структуру. Н. В. Старовойт выделяет поверхностный (особенности образовательного пространства, материально-технической базы, применяемых педагогических технологий), сущностный (ценности,

верования, нормы отношений субъектов образовательного процес- са, убеждения, разделяемые членами организации, осознаваемые стандартные процедуры и способы поведения) и глубинный (базо- вые теоретические (фундаментальные) положения инклюзивного образования) уровни инклюзивной культуры. Е. Л. Тихомирова и Е. В. Шадрова считают, что следует разделять инклюзивную куль- туру образовательной организации как компонент организационной культуры и инклюзивную культуру отдельных субъектов образова- тельного процесса (педагогов, обучающихся, их родителей, соци- альных партнеров) как показатель их рефлексии и поведения. С. В. Алёхина и А. Ю. Шеманов также говорят об инклюзивной культуре как организационной культуре, содействующей как успешной реализации целей организации, так и созданию инклю- зивной среды – включающего сообщества, в котором базовые до- пущения его участников содействуют воплощению ценностей ин- клюзии (принятию разнообразия и обеспечению участия). В. Н. Поникарова, изучая готовность педагогов к инклюзивному образованию, делает выводы о ценностном, мотивационном, эмо- циональном отношении педагогов к инклюзии, их переживаниях и копинг-стратегиях, реализуемых по поводу инклюзии. По мнению О. А. Денисовой, В. Н. Поникаровой, Т. В. Гудиной, компонентами инклюзивной культуры сотрудников организации являются приня- тие ценностей и норм инклюзии, готовность к взаимодействию в условиях инклюзии, осознание необходимости в новых знаниях и умениях, социальная ответственность за результаты инклюзии.

Таким образом, инклюзивная культура – фундаментальная осно- ва для создания культуры инклюзивного общества, в котором мно- гообразие потребностей приветствуется, поддерживается, аккуму- лируется обществом, обеспечивая возможность достижения высо- ких результатов в соответствии с целями инклюзивного образова- ния и обеспечивая сохранность, принятие, сотрудничество и стиму- лирование непрерывного совершенствования педагогического со- общества и общества в целом.

Имеющийся опыт определения и изучения инклюзивной культуры показывает, что в структуру обсуждаемой категории входят два больших компонента, первый из которых касается организаци

онных условий, второй – культуры работников организации. Если первый компонент достаточно чётко регламентирован в правовом поле Российской Федерации (Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Указ Президента Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» и др.) и подвержен мониторинговой оценке со стороны контролирующих и надзорных органов, то второй компонент инклюзивной культуры рассматривается преимущественно через призму готовности к инклюзии.

**1.2.** **История и философия образовательной, социальной и трудовой инклюзии**

Инклюзия может рассматриваться как процесс, направленный на достижение равных возможностей для всех людей независимо от их социального статуса, возраста, пола, уровня образования, этни- ческой принадлежности и т. д. Основной целью данного процесса является обеспечение полноценного и активного участия каждого человека во всех сферах жизни. Одним из социальных институтов, с помощью которого можно расширить возможности социального участия человека в жизни общества, является образование.

В современных условиях важным представляется определение методологических, концептуальных оснований, с позиции которых будет происходить изучение накопленного опыта социальной, об- разовательной и трудовой инклюзии, определение научных ориен- тиров и дальнейшей тактики их реализации.

Аналогично философскому знанию в исследовании проблем ин- клюзии можно выделить следующие основные мировоззренческие аспекты:

*– историко-философский* – позволяет осуществить реконструк- цию взглядов философов прошлого на факт существования людей с ограниченными возможностями здоровья и отношения к ним в об- ществе;

* *философско-антропологический* – с его помощью проводится обобщение научных данных о человеке с ограниченными возмож- ностями здоровья, что способствует более глубокому пониманию особенностей развития, состояний внутреннего мира, специфики жизнедеятельности и социализации человека;
* *социально-философский* – имеет наибольшее значение для по- нимания современного состояния процессов в обществе, так как да- ет возможность рассматривать все происходящие изменения в со- циокультурном аспекте;
* *онтологический* – с его помощью в структуре бытия определя- ется место происходящих процессов;
* *гносеологический* – позволяет определять связи обучения и по- знания;
* *аксиологический* – служит для установления приоритетов и прояснения ценностных предпосылок социальной и образователь- ной инклюзии.

Идеи аксиологического подхода являются фундаментом инклю- зии. Аксиологическими основаниями теории и практики социаль- ной и образовательной инклюзии можно считать представления о ценности свободы, равных правах, а также признание человеческо- го достоинства. В методологическом плане аксиология как основа философии инклюзии логично дополняется идеями философской и педагогической антропологии, согласно которым для человека с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью важным является образование, дающее импульс к саморазвитию, самореа- лизации. На протяжении всей жизни человека с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью инклюзия способствует его социализации благодаря диалогу и активному взаимодействию с социокультурным окружением.

Исследование философских проблем инклюзии затрагивает во- просы этики – нормы и правила человеческого поведения, обязан- ности людей по отношению друг к другу в условиях совместного пребывания, трудности формирования инклюзивной среды. Внима- ние исследователей привлекают проблемы педагогической деонто- логии – долга, моральных требований и нормативов в профессио-

нальной деятельности педагога, работающего в условиях инклюзии (Н. М. Назарова, И. А. Филатова, И. М. Яковлева).

Значимое место в зарубежной и отечественной философии обра- зования занимает конструктивистская методология. С позиций кон- структивистской дидактики должно происходить изменение, пре- образование, адаптирование содержания, методов, приемов, средств обучения, форм и способов контроля и критериев оценки результатов обучения; соответствующая организация среды обра- зовательной организации в соответствии с индивидуальными по- требностями и возможностями лиц (В. К. Загвоздкин, М. Чошанов и др.).

Теоретико-методологическими основаниями истории социаль- ной, образовательной и трудовой инклюзии являются цивилизаци- онный, общественно-формационный, антропологический подходы; изучение исторических фактов и явлений с точки зрения аксиоло- гии (Н. М. Назарова).

С позиций *цивилизационного подхода* изучение вопросов соци- альной, образовательной и трудовой инклюзии проводится в об- щем контексте исторического развития той или иной цивилиза- ции, с присущим для нее уровнем развития науки и образования. Анализ деятельности образовательных учреждений, педагогиче- ских теорий осуществляется в общем контексте идеологического, экономического, социального положения в обществе на опреде- ленном этапе его исторического развития, с учетом уровня разви- тия научного знания и практических возможностей.

*Общественно-формационный подход* помогает понять, как по- литика, идеология, культура, образование той или иной обще- ственно-экономической формации влияли на формирование в об- ществе взглядов и отношения к лицам с ограниченными возмож- ностями здоровья.

*Антропологический подход,* относится к развитию человека, помогает анализировать факты и явления истории, научные до- стижения с точки зрения понимания потребностей и возможно- стей человека, его личностной значимости и места в человеческом обществе.

*Аксиологический подход*, связанный с развитием культуры и ценностей, анализом ценностей как основы для определения целей воспитания, позволяет рассматривать все явления в свете их зна- чимости для улучшения образования людей с ограниченными возможностями здоровья, с учетом особенностей ценностного от- ношения к ним со стороны государства и общества в разные исто- рические периоды, при различных общественно-экономических формациях.

В методологических подходах в истории важная роль отводится *религии.* В различные исторические периоды религия оказывала огромное влияние на педагогическую мысль и практику воспитания и обучения. Религиозное мировоззрение, являясь идеологической основой общественного сознания, способствовало изменению взглядов на людей с ограниченными возможностями здоровья и предопределяло исторические сроки первых опытов их обучения и воспитания.

*Основные подходы к пониманию проблемы «норма-патология»*

Данная проблема, в силу чрезвычайной сложности, представле- на многочисленными вариантами ее решения. Кратко охарактери- зуем некоторые из них.

*Интуитивно-эмпирический подход к пониманию проблемы*

*«норма-патология».* Этот подход является весьма распространен- ным на уровне обыденного сознания, и применяется иногда даже в науке. Явление считается нормальным или ненормальным без ис- пользования каких бы то ни было заранее оговариваемых критери- ев, чисто интуитивно. В подобных случаях оценочные критерии остаются неосознанными. В качестве основного – чаще всего вы- ступает сравнение окружающих с собой. При этом эталоном нор- мальности выступает сам эксперт, высказывающий те или иные оценки в отношении окружающих индивидов. В этом случае все, что не совпадает со стереотипами собственного поведения и отно- шения к миру, может выступать как нечто ненормальное.

*Частотный подход к пониманию проблемы «норма- патология».* Этот подход продолжает оставаться одним из наибо- лее распространенных. Его исходные положения весьма просты – чем чаще встречается то или иное явление, чем более оно распро-

странено, тем больше вероятность того, что это нормально. И наоборот. Весьма простое и далеко не безупречное теоретическое обоснование подкрепляется использованием весьма сложного ма- тематического аппарата. Пожалуй, последнее обстоятельство объ- ясняет широкую популярность этого подхода. Вместе с тем, не- сложно заметить, что критерий частотности не всегда может быть содержательно надежным. Многие явления трудно отнести к рас- пространенным, но это отнюдь не превращает их в ненормальные, например, леворукость или близнецовая монозиготность и т. п.

*Культурально-релятивистский подход к пониманию проблемы*

*«норма-патология».* Данный подход выглядит более содержатель- ным в сравнении с частотным. В рамках этого подхода проблема нормы и патологии решается в контексте культуры и исторического времени. Существенно огрубляя, можно сформулировать основное положение культурально-релятивистского подхода следующи- мобразом: одно и то же явление в одной и той же культуре, но в разное время может оцениваться по-разному (то как нормальное, то как патологическое). Равно как в разных культурах в одно и то же время оценки одного и того же явления могут быть диаметрально противоположными: то, что нормально в одной культуре, ненор- мально в другой.

*Адаптационный подход к пониманию проблемы «норма- патология».* В качестве критерия нормальности весьма часто в со- временной науке используют понятие адаптации, т. е. способности быстрой приспособляемости к физическим и социальным измене- ниям. В действительности этот подход заслуживает серьезного внимания, но и он не может до конца преодолеть трудности в ре- шении данной проблемы.

*Гуманистический подход к пониманию проблемы «норма- патология».* Гуманистическая психология привнесла в решение проблемы «норма-патология» новый импульс и новый подход. В рамках этого направления, как известно, делались попытки дать описание самоактуализирующейся личности, как образца нормы, некоего эталона для подражания. Список характеристик самоактуа- лизирующейся личности весьма широк, но наиболее типичны сле- дующие ее свойства:

* позитивное восприятие мира;
* ориентация на будущее;
* устойчивая позитивная самооценка;
* терпимость к людям;
* чувство юмора;
* толерантность к жизненным трудностям и мн. др.

Вызывает симпатию неформальный качественный подход гума- нистической традиции в понимании проблемы нормальности. Но теория самоактуализирующейся личности как образца нормально- сти не дает ответа на вопрос: каким образом, какими путями чело- век может сформироваться как самоактуализирующаяся личность?

*Уровневый подход к пониманию проблемы «норма-патология».* В последние два десятилетия в науке отчетливо доминирует воз- зрение о том, что норма и патология – это две крайние точки, меж- ду которыми не существует четкой границы. Именно поэтому их так трудно дифференцировать и найти четкие критерии их различе- ния. Пространство между двумя крайними точками заполняют так называемые пограничные состояния. С точки зрения этого подхода в существовании человека выделается 3 уровня его бытия:

1. Соматический;
2. Психологический;
3. Уровень морального самосознания.

Неким вариантом «идеальной нормы» можно считать благопо- лучие человека на всех 3-х уровнях его существования. Двигаясь в сторону патологии, мы должны пройти через разнообразные погра- ничные варианты «частичной нормы», т. е. случаи, когда неблаго- получие касается первого или второго уровней существования че- ловека.

Во все исторические эпохи отношение к человеку с ограничен- ными возможностями здоровья в обществе определялось множе- ственным комплексом факторов, среди которых ведущими являют- ся уровень развития производительных сил общества, система эко- номики, характер производственных отношений, а также ряд надстроечных факторов, таких как политические, нравственные, религиозные, философские и другие воззрения общества. Палитра

отношений располагалась от нетерпимости к дефекту, жестокости по отношению к его носителю до сострадания, милосердия, защиты и непосредственной материальной и моральной помощи людям, имеющим физический или психический недостаток.

Исторический подход к проблеме отношения в обществе и ока- зания помощи разным категориям лиц с ограниченными возможно- стями здоровья на разных этапах онтогенеза и в различных инсти- туциональных условиях представлен в работах многих авторов (А. Г. Басова, Г. Н. Батов, Л. С. Волкова, В. В. Воронкова, А. Н. Граборов, В. П. Гудонис, Л. А. Головчиц, Х. С. Замский, Л. А. Катаева Г. Н. Пенин, Н. М. Назарова, В. И. Селиверстов, Е. А. Стребелева, В. А. Феоктистова и др.).

Н. Н. Малофеев проанализировал и систематизировал эволюци- онные этапы изменения отношения в обществе к людям с ограни- ченными возможностями здоровья, представил этапы становлення европейской и отечественной систем специального образования в контексте развития мировой цивилизации. Им выделено пять пери- одов, которые отражают эволюционные и революционные отноше- ния общества к людям с ограниченными возможностями здоровья от античных времен до наших дней и три этапа становления систе- мы специального образования:

* *первый период* – от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии;
* *второй период* – от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения глу- хих и слепых лиц; от приютов через опыт индивидуального обуче- ния к первым специальным учебным заведениям;
* *третий период* – от осознания возможности к осознанию це- лесообразности обучения трех категорий лиц: с нарушениями слу- ха, зрения, умственно отсталых. От осознания возможности обуче- ния лиц с сенсорными нарушениями к признанию права лиц на об- разование. Данный период соотносится с первым этапом становле- ния системы специального образования;
* *четвертый период* – от осознания необходимости обучения трех категорий лиц: с нарушениями слуха, зрения, умственно от- сталых к пониманию необходимости всеобщего обучения. Для си-

стемы специального образования это второй этап – этап развития и дифференциации системы специального образования;

– *пятый период* **–** от равных прав к равным возможностям; от изоляции к интеграции, инклюзии. Ведущей тенденцией третьего этапа развития системы специального образования является инте- грированное, инклюзивное обучение лиц с ограниченными воз- можностями здоровья.

Данная периодизация позволяет проследить общую логику ис- торической смены отношения в обществе к людям с ограниченны- ми возможностями здоровья и создания условий для получения ими образования в разных культурных сообществах.

Особо следует остановиться на рассмотрении проблемы доми- нирующей в современных подходах социальной модели инвалид- ности. В данном случае инвалидность выведена за рамки индиви- дуального существования и рассматривается в плоскости взаимоот- ношений между личностью и элементами общественной системы, акцентируя внимание на социальном давлении, дискриминации и эксклюзии. Важность социальной модели в том, что она не рас- сматривает инвалидов как людей, с которыми что-то не в порядке, а видит причины недееспособности в неподходящей архитектурной среде, несовершенных законах и т. п.

В современном мире образовательной, социальной и трудовой инклюзии уделяется большое внимание. Ежегодно во всемирном докладе по мониторингу образования ([http://bit.ly/2020gemreport)](http://bit.ly/2020gemreport)%20%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%8F%D1%82%D1%81%D1%8F) [подводятся](http://bit.ly/2020gemreport)%20%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%8F%D1%82%D1%81%D1%8F) итоги развития инклюзии во всем мировом сообществе, выделяются основные достижения, проблемы и определяются пути решения. Ежегодно анализируются факторы, способные содейство- вать процессам инклюзии, такие как практические меры в областях управления и финансирования, учебные программы, учебники и оценки, педагогическое образование, школьная инфраструктура и отношения с учениками, родителями и общинами; содержатся ре- комендации в отношении политики, направленной на то, чтобы сделать разнообразие учащихся сильной стороной, которую следу- ет ценить и использовать для поддержки социальной сплоченности. Всемирные доклады п мониторинг образования (2016– 2020 гг.) дополняются новыми веб-сайтами. Сайт PEER предлагает

информацию о подходах стран к вопросам инклюзивности и высту- пает в качестве ресурса для диалога по вопросам политики. Сайт SCOPE предоставляет возможность для работы с данными и изуче- ния отдельных показателей.

Рассмотренные исторические и философские подходы являются основой для обоснования и дальнейшего развития социальной, об- разовательной и трудовой инклюзии.

**1.3.Нормативная и правовая база обеспечения равных прав и возможностей инвалидам и лицам с ОВЗ**

*Правовая защита людей с инвалидностью*

Человеком с инвалидностью считают индивида, у которого воз- можности его личной жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических от- клонений. В мировой практике также используется другой термин – лицо с ограниченными возможностями здоровья. В обиходе это полный синоним термина «инвалид», однако, например, в практике ООН эти понятия различаются: лицо с ограниченными возможно- стями здоровья – это человек с определенным дефектом (наруше- нием функционирования организма), а инвалид – это лицо, у кото- рого дефекты приводят к определенным затруднениям в жизни, то есть само по себе наличие дефектов не является достаточным для признания лица инвалидом, с точки зрения ООН, требуются по- следствия в виде ограничений в разных сферах жизнедеятельности.

*Международно-правовые акты, посвященные проблеме инвалидности*

Одним из основных документов в этой сфере выступает Декла- рация ООН о правах инвалидов (1975), согласно которой, инвали- дом можно считать любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечивать полностью или частично потребности нормальной личной или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожден- ного или приобретенного, его или ее физических или умственных способностей. Появление этого документа было вызвано необхо- димостью оказания инвалидам помощи в развитии их способностей

в самых различных областях деятельности, а также содействия все- ми возможными мерами включению их в нормальную жизнь обще- ства. 1981 год был назван Международным годом инвалидов, по его итогам в 1982 году в рамках ООН была принята Всемирная программа действий в отношении инвалидов. Следуя определению Декларации 1975 года, Программа разграничила понятия «дефект»,

«инвалидность» и «нетрудоспособность».

В рекомендациях Парламентской Ассамблеи Совета Европы (от 5 мая 1992 г.) инвалидность определяется как ограничения в воз- можностях, обусловленные физическими, психологическими, сен- сорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалид- ность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. В документе провозглашено, что общество обяза- но адаптировать свои стандарты к особым нуждам людей, имею- щих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью.

В 1993 году в рамках ООН были приняты Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, где был сфор- мулирован набор определенных действий, направленных на обес- печение равных возможностей для инвалидов. Раздел (правило) 4 данного документа гласит: «Государства должны обеспечить предоставление вспомогательных устройств и оборудования, инди- видуальной помощи и услуг переводчика с учетом потребностей инвалидов, поскольку эти меры играют важную роль в создании равных возможностей». В рамках Стандартных правил техническое сотрудничество понимается в тесной связи с экономическим и трактуется как «развитие людских ресурсов посредством развития навыков, способностей и потенциала инвалидов и посредством осуществления мероприятий, связанных с созданием рабочих мест для инвалидов», а также разработка и распространение технологий и навыков, учитывающих особенности инвалидов.

В Конвенции о правах инвалидов, принятой Генеральной Ас- самблеей ООН 13 декабря 2006 года и вступившей в силу 3 мая 2008 года, к инвалидам относятся лица с устойчивыми физически-

ми, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушени- ями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Этот документ определил две основные модели инвалидности: медицинскую и социальную.

При господстве медицинской модели основной формой воздей- ствия выступает устранение дефектов (лечение, минимизация де- фектов и прочее). Социальная модель основывается на том, что нельзя ограничиваться воздействием на здоровье, поскольку полное выздоровление не всегда возможно. Параллельно с воздействием на здоровье следует воздействовать на социальную среду, приспосаб- ливая ее к потребностям инвалидов, с тем, чтобы минимизировать либо вовсе устранить их затруднения.

В отношении образования в Конвенции представлена и идея ин- клюзивного образования.

К международно-правовым источниками в отношении прав лю- дей с инвалидностью относятся и следующие акты Международной организации труда: Конвенция № 37 об обязательном страховании по инвалидности трудящихся промышленных и торговых предпри- ятий, лиц свободных профессий, а также трудящихся, работающих на дому, и домашней прислуги; Конвенция о пособиях в случаях производственного травматизма; Конвенция о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов.

Важным аспектом формирования инклюзивной культуры явля- ются вопросы инклюзивного образования. В аналитическом обзоре С. В. Алёхиной (2014) отмечается, что у инклюзии как гуманисти- ческой идеи есть своя история развития. Автор называет следую- щие важные вехи:

* «Всемирная декларация об образовании для всех…» (Джом- тьен, Таиланд, 1990 г.) – общее видение инклюзивности.
* Всемирная конференция по образованию детей с особыми по- требностями: доступность и качество (Саламанка, Испания, 1994 г.) – «инклюзивное образование требует крупной реформы обычной школы».
* Всемирный форум по образованию (Дакар, 2000 г.) – провоз- глашено устранение проблемы исключения групп детей из образо- вания и внутри образования.
* Всемирный доклад по мониторингу ОДВ (2005 г.) – выделено пять аспектов инклюзивного образования: индивидуальные осо- бенности, контексты, ресурсы, преподавание и обучение, результа- ты.
* Конвенция о правах инвалидов (2006 г.) – в ст. 24 сформули- рованы требования к странам, входящим в ООН: «Государства- участники признают право инвалидов на образование. В целях реа- лизации этого права без дискриминации и на основе равенства воз- можностей государства-участники обеспечивают инклюзивное об- разование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни». В 2012 году Россия ратифицировала Конвенцию, тем самым заявив всему миру о готовности исполнять данные требования.

Согласно определению ЮНЕСКО, «инклюзивное образование – это динамически развивающийся процесс». Не факт, не событие, не отчетный показатель, а процесс развития и изменения политики, культуры и практики образования на основе принципов инклюзии.

*Нормативно-правовое обеспечение инклюзии в современной России*

На законодательном уровне закреплены вопросы социального обслуживания инвалидов. Федеральный закон от 2 августа 1995 г.

№ 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возрас- та и инвалидов» регулирует отношения в сфере социального об- служивания граждан пожилого возраста и инвалидов, устанавлива- ет экономические, социальные и правовые гарантии для них, исхо- дя из необходимости утверждения принципов человеколюбия и милосердия в обществе.

Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. № 166-ФЗ «О государ- ственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», Фе- деральный закон от 15 декабря 2001 г. № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации», а также Феде- ральный закон от 17 декабря 2001 г. № 173-ФЗ «О трудовых пенси- ях в Российской Федерации» сформировали пенсионное законода-

тельство, в соответствии с которым в Российской Федерации уста- новлены следующие виды пенсий: трудовая пенсия по инвалидно- сти; пенсия по старости; пенсия по инвалидности; социальная пен- сия.

Существует и ряд иных федеральных законодательных актов, регулирующих смежные с социальной защитой инвалидов отноше- ния. Так, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» уста- навливает правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан, в частности, в части предупреждения инвалидности, социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья.

Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г.

№ 197-ФЗ устанавливает государственные гарантии трудовых прав и свобод граждан. В частности, нормы кодекса обозначают права инвалидов в части: сокращенной продолжительности рабочего вре- мени (ст. 92); неполного рабочего времени (ст. 93); работы в ночное время (ст. 96); привлечения к работе в выходные и нерабочие праздничные дни (ст. 113); предоставления дополнительных отпус- ков (ст. 128). Также закреплена обязанность работодателей созда- вать для инвалидов условия труда в соответствии с индивидуаль- ной программой реабилитации (ст. 224).

Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» устанавливает инвалидам льготы при поступлении в образовательные учреждения (ст. 16). Нормы Закона (ст. 20) уста- навливают возможность реализации профессиональных образова- тельных программ, в т. ч. для обучающихся с ограниченными воз- можностями здоровья и инвалидов в специальных (коррекционных) учреждениях профессионального образования.

Нормы Федерального закона от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (ст. 31) предусматривают реализацию мер по развитию физической куль- туры и спорта инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, адаптивной физической культуры и адаптивного спорта.

В сфере социальной защиты инвалидов возникает большое чис- ло процедурных отношений по разработке индивидуальной про-

граммы реабилитации и контролю над ее реализацией, переосвиде- тельствованию граждан учреждениями медико-социальной экспер- тизы, динамическому наблюдению за ходом реализации индивиду- альной программы реабилитации, принятию решений о предостав- лении того или иного вида реабилитационных услуг и доступности для инвалидов объектов социальной инфраструктуры.

Основные федеральные законы в сфере социальной, образова- тельной и трудовой инклюзии:

1. Конституция Российской Федерации (принята 12 декабря 1993 г.) // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ре- сурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
2. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О соци- альной защите инвалидов в Российской Федерации» // Правовая си- стема КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.](http://www/) consultant.ru
3. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об об- разовании в Российской Федерации» // Правовая система Консуль- тантПлюс [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant. ru
4. Постановление Правительства РФ от 29 марта 2019 г. № 363

«Об утверждении государственной программы Российской Феде- рации “Доступная среда”» // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)

1. Приказ Министерства образования и науки РФ от 9 ноября 2015 г. № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий до- ступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфе- ре образования, а также оказания им при этом необходимой помо- щи» // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
2. Приказ Министерства образования и науки РФ от 5 апреля 2017 г. № 301 «Об утверждении Порядка организации и осуществ- ления образовательной деятельности по образовательным програм- мам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры» // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.](http://www/) consultant.ru
3. Приказ Минобрнауки России № 885, Минпросвещения Рос- сии N 390 от 05. 08. 2020 «О практической подготовке обучающих- ся» (вместе с «Положением о практической подготовке обучаю- щихся»).
4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 29 июня 2015 г. № 636 «Об утверждении порядка проведения государствен- ной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 1 февраля 2018 г. № 46 «Об утверждении методических рекоменда- ций для специалистов органов службы занятости населения по ор- ганизации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудо- вых функций» // Правовая система КонсультантПлюс [Электрон- ный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абили- тации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными госу- дарственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ре- сурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
7. Гигиенические требования к условиям труда инвалидов (утв. постановлением Главного государственного санитарного вра- ча РФ от 18 мая 2009 г. № 30) // Правовая система Консультант- Плюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
8. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9999-2014 «Вспомогательные средства для людей с ограни- чениями жизнедеятельности. Классификация и терминология» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 23 сентября 2014 г. № 1177-ст.) // Правовая систе- ма КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.](http://www/) consultant.ru
9. ГОСТ Р 57959-2017 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Рабочее место для инвалида с поражением опорно-двигательного аппарата» (утв. приказом Фе- дерального агентства по техническому регулированию и метроло- гии от 17 ноября 2017 г. № 1777-ст) // Правовая система Консуль- тантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
10. Методические рекомендации по организации образователь- ного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса (утв. Минобрнауки России 08. 04. 2014 № АК-44/05вн) // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.](http://www/) consultant.ru
11. Методические рекомендации об организации приема инва- лидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образова- тельные организации высшего образования (утв. Минобрнауки России 29. 06. 2015 № АК-1782/05) // Правовая система Консуль- тантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
12. Методические рекомендации по оказанию содействия в по- иске подходящей работы выпускникам профессиональных образо- вательных организаций и образовательных организаций высшего образования, относящимся к категории инвалидов (утв. письмом Министерства труда и социальной защиты РФ от 11 декабря 2015 г. N 16-2/10/П-7704 «О») // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
13. Свод правил СП 59. 13330. 2012. «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализиро- ванная редакция СНиП 35-01-2001» (утв. Приказом Минрегиона России от 27 декабря 2011 г. № 605) // Правовая система Консуль- тантПлюс [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
14. Свод правил СП 138. 13330. 2012 «Общественные здания и сооружения, доступные маломобильным группам населения. Пра- вила проектирования» (утв. приказом Федерального агентства по строительству и жилищно-коммунальному хозяйству от 27 декабря 2012 г. № 124/ГС) // Правовая система КонсультантПлюс [Элек- тронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)
15. Свод правил СП 139. 13330. 2012 «Здания и помещения с местами труда для инвалидов. Правила проектирования» (утв. при- казом Федерального агентства по строительству и жилищно- коммунальному хозяйству (Госстрой) от 27 декабря 2012 г.

№ 120/ГС // Правовая система КонсультантПлюс [Электронный ре- сурс]. URL: [http://www.consultant.ru](http://www.consultant.ru/)

Обеспечение равных возможностей для лиц с ограниченными возможностями и инвалидностью закреплено законом, следова- тельно, значительную часть финансовой поддержки берет на себя государство, а также различные благотворительные фонды, мест- ные власти и волонтеры. Система финансового обеспечения соци- альной адаптации лиц с ограниченными возможностями включает как узконаправленные формы конкретной медицинской, социальной, образовательной работы в отношении человека с ограниченными возможностями, его семьи, так и общенациональные проекты. К ним относятся, например, организация безбарьерной среды, доступного образования, просветительской работы с обществом, в том числе посредством масс-медиа. Так, новая редакция Государ- ственной программы Российской Федерации «Доступная среда» нацелена на создание правовых, экономических и институциональ- ных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни. Одной из задач программы является обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам. Целевым ориентиром программы явля- ется устранение физических и отношенческих барьеров, решение проблемы формирования доступной среды.

Стоит ещё раз подчеркнуть особую роль ратификации Россий- ской Федерацией Международной Конвенции ООН о правах инва- лидов, которая затрагивает права инвалидов в области здоровья, образования, занятости, реабилитации, участия в политической жизни, закрепляет принципы недискриминации, уважения, незави- симости и личной самостоятельности человека, доступности, пол- ного включения и вовлечения в общество. Идея инклюзии подра- зумевает, что не инвалид должен готовиться к включению в обще- ство, а общество должно быть готово к включению любого гражда- нина. Реализация положений ратифицированных международных

документов обеспечивает создание условий для обеспечения каче- ства жизнедеятельности лицам с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. В свою очередь, принципы доступности, равенства возможностей, полного и эффективного вовлечения и включения в общество являются основными принципами деятель- ности государств, правительств, и всех институтов общества.

**1.4.Реабилитация инвалидов: основные направления и задачи**

Понимание реабилитации прошло длительный путь развития от чисто медицинского подхода («вернуть больного к его прежнему состоянию, развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня» – ВОЗ) до социальной модели («процесс, имеющий целью предоставить инвалидам возможность достичь оп- тимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предостав- ляя им средства, призванные изменить их жизнь и расширить рамки их независимости» – ООН).

Социальная реабилитация инвалидов – комплексная деятель- ность, включающая организационные, экономические, градострои- тельные, собственно реабилитационные действия. Реабилитация осуществляется государственными и муниципальными органами и учреждениями социальной защиты, образования, здравоохранения и т. д. в сотрудничестве с негосударственными органами. Деятель- ность всех учреждений основывается на индивидуальной програм- ме реабилитации и абилитации (ИПРА), которая составляется на основе медико-социальной экспертизы и включает в себя комплекс реабилитационных мероприятий. В ИПРА прописаны все медицин- ские, профессиональные и другие реабилитационные мероприятия для человека с инвалидностью, их отдельные виды, формы, объе- мы, сроки и порядок реализации.

Социальная политика, адресованная инвалидам, основывается на принципах независимой жизни, активного участия инвалидов в организации работы социальных служб, неразрывной связи инди-

вида и социальной среды, принципе изучения и сохранения семей- ных и социальных связей, принципе комплексности и последова- тельности реабилитационных мероприятий, а также принципе гос- ударственных социальных гарантий для инвалидов. Выделяют ме- дицинскую, социальную, профессиональную реабилитацию, каж- дая их которых может также включать ряд дополнительных направлений.

Начальным звеном системы общей реабилитации инвалидов яв- ляется медицинская реабилитация – комплекс мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций, заме- щение утраченных органов, приостановление прогрессирования за- болеваний.

В соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья медицинская реабилитация осуществляется в ме- дицинских организациях и включает в себя комплексное примене- ние природных лечебных факторов, лекарственной, немедикамен- тозной терапии и других, в том числе высокотехнологичных и ро- ботизированных, методов.

Несмотря на то, что в последние годы в сфере медицинской реа- билитации активно развивается комплексный междисциплинарный подход, нашедший отражение в новых порядках медицинской реа- билитации детей и взрослых, вступивших в силу с 1 января 2021 г., она по-прежнему осуществляется в 3 этапа, показания к проведе- нию которых не в полной мере учитывают стойкий длительный, а в целом ряде случаев полностью не устранимый характер нарушен- ных функций у лиц с инвалидностью.

При этом к третьему этапу фактическая роль медицинской реа- билитации в комплексной реабилитации лиц с инвалидностью, осо- бенно имеющих низкий потенциал восстановления нарушений функций организма, снижается, и на первый план выходят вопросы социальной, психолого-педагогической, профессиональной реаби- литации для развития сохранных или потенциальных возможностей и способностей инвалидов в целях их социальной адаптации и ре- интеграции в общество.

Весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий сопровож- дает психологическая реабилитация. Она направлена на преодоле-

ние страха перед действительностью, изживание социально- психологического комплекса «калеки», укрепление активной лич- ностной позиции. Психологическая реабилитация для детей- инвалидов включает в себя:

* воспитательные и обучающие мероприятия (получение обще- го или дополнительного школьного образования, овладение навы- ками самоконтроля, осознанного поведения, самообслуживания);
* выработку у ребенка уверенности в собственных возможно- стях, создание установки на активную самостоятельную жизнь;
* профессиональную ориентацию – профессиональную диагно- стику и обучение трудовым навыкам и умениям.

В отношении взрослых инвалидов психологическая реабилита- ция включает:

* подготовку или переподготовку к новой профессии, основан- ной на доступных видах деятельности;
* выработку уверенности, что полученные навыки помогут в трудоустройстве, в сохранении социального статуса и материально- го достатка.

Федеральное Российское законодательство также включает та- кое направление реабилитационной деятельности, как «социальная реабилитация инвалидов», что подразумевает деятельность по со- циально-трудовой адаптации и социально-средовой реабилитации.

Социально-средовая реабилитация подразумевает организацию жилища, обеспечение инвалида приспособлениями, которые обес- печат ему самостоятельное выполнение бытовых функций и сани- тарно-гигиенических мероприятий. Также подразумевается обуче- ние инвалида использованию этих приспособлений.

Социально-трудовая адаптация включает в себя мероприятия по приспособлению производственной среды к нуждам и потребно- стям инвалида, адаптацию инвалида к требованиям производства. Однако, требуемые для трудоустройства инвалидов допустимые условия труда не всегда являются достижимыми, а переоборудова- ние рабочих мест в соответствии с требованиями безопасности ча- сто затруднено или невозможно. Поэтому для большинства инва- лидов ИПРА включает в себя мероприятия по их профессиональ-

ной реабилитации. Это многопрофильный комплекс мер, направ- ленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступ- ных ему по состоянию здоровья условиях труда. Доступность усло- вий для инвалида может быть достигнута:

* на прежнем рабочем месте;
* на новом рабочем месте по прежней специальности;
* путем профессионального обучения новой специальности;
* адаптацией инвалида к такой трудовой деятельности, которая не имеет значения для его материального обеспечения, а рассмат- ривается как гуманная акция.

Основная цель профессиональной реабилитации – стабильная занятость и достижение инвалидом материальной независимости. Разрабатываются показания к тем профессиям, которыми могут за- ниматься инвалиды. Чаще всего речь идет о сфере обслуживания и других массовых профессиях, не требующих профессиональной подготовки. Для инвалидов с высоким уровнем образования на со- временном рынке занятости предусматривается специальность, предполагающая возможность высококвалифицированного надом- ного труда или профессии сферы творческих занятий.

Профессиональная реабилитация лиц с инвалидностью тесно связана с вопросами их своевременной и адекватной психолого- педагогической реабилитации и построения образовательного маршрута, тогда как при возникновении инвалидности в трудоспо- собном возрасте, особенно при остро возникших заболеваниях и травмах, наиболее перспективен ранний этап медицинской реаби- литации, который по данным специальной медицинской литерату- ры выступает самым эффективным инструментом восстановления трудоспособности в прежней (или в наиболее схожей) профессии.

Важным вопросом в контексте развития системы комплексной реабилитации является создание условий для сбалансированного развития отечественной реабилитационной отрасли производства, ориентированной на обеспечение лиц с инвалидностью современ- ными и качественными техническими средствами реабилитации (ТСР) и реабилитационным оборудованием. Решить вопросы раз- вития отечественной реабилитационной отрасли предполагается в

рамках принятой в 2017 г. Стратегии развития производства про- мышленной продукции реабилитационной направленности до 2025 года.

К ТСР инвалидов относятся устройства, содержащие техниче- ские решения, в том числе специальные, используемые для компен- сации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности ин- валида.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 де- кабря 2005 года № 2347-р (ред. от 03.04.2020) утвержден Феде- ральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, в кото- ром определен перечень технических средств реабилитации, выда- ваемых инвалиду с освобождением от оплаты на основании реко- мендации в ИПРА.

Выделяют две группы инвалидов, с которыми необходимо по- разному вести профориентационную работу:

* инвалиды с детства;
* инвалиды с приобретенной инвалидностью.

Для инвалидов с детства реабилитационные мероприятия начи- наются рано, проводятся в процессе взросления образовательным учреждением, органами социальной защиты, центрами занятости населения. Они направлены на развитие психических и физических способностей детей, их интеграцию в общество. Профессиональная реабилитация осуществляется в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательной про- граммы учебного заведения. Специальности выбираются из «При- мерного перечня рекомендуемых профессий для обучения инвали- дов».

Переобучение инвалидов, имевших ранее квалифицированные профессии, но утративших возможность по ним работать, прово- дится с целью возвращения инвалида к квалифицированному труду в другой доступной профессии. При этом может быть достигнута полная или частичная реабилитация с прекращением инвалидности или снижением ее тяжести.

Профессиональная ориентация людей с ОВЗ включает: разные варианты информирования (индивидуальное, групповое, средства- ми массовой информации), психологическое консультирование и диагностику, медицинское консультирование и диагностику, педа- гогическую работу.

Образовательная реабилитация инвалидов – комплекс меропри- ятий, который включает в себя процессы получения инвалидами общего образования, при необходимости – различных уровней и видов специального или дополнительного образования, профессио- нальной переподготовки для получения новой профессии.

Социокультурная реабилитация – комплекс мероприятий, кото- рые удовлетворяет потребность инвалидов в информации, в полу- чении социально-культурных услуг, в доступных видах творчества, даже если они не приносят материального вознаграждения. Стиму- ляция этой стороны личности человека с ОВЗ позволяет иногда

«обходными путями» реабилитировать их умственные или физиче- ские возможности.

Таким образом, социальная реабилитация является целостным и комплексным процессом, выпадение того или иного ее направления ведут к ущемлению возможностей социального функционирования. Социальная реабилитация возможна лишь в той степени, в которой индивид обладал такой способностью и был социализирован до ин- валидности. Развить ресурсы индивида более, чем они были разви- ты в период его нормального развития, чаще всего невозможно. Дифференциация процесса социальной реабилитации по различ- ным направлениям является действием условным и зависит от тре- бований и возможностей отдельных организаций и учреждений.

Достойный образ жизни людей с ограниченными возможностя- ми здоровья не может быть обеспечен только адекватными мерами медицинского или психологического вмешательства. «Необходим такой уровень социокультурной компетентности, который позволит инвалидам без особых затруднений вступать в обычные социаль- ные контакты и взаимодействия – такова цель, которая объединяет гражданские институты и самих людей с ограниченными возмож- ностями здоровья» (С. С. Бубен).

Организация культурного диалога и развитие творческих спо- собностей – одно из приоритетных направлений социокультурной интеграции и реабилитации инвалидов*.* Совершенствовать культу- ру безбарьерной среды, доступность библиотечного обслуживания и пользования музейными фондами с применением информацион- ных технологий в повседневной жизни – эти и другие задачи соци- альной политики реализуются учреждениями культуры.

Для понимания социально-культурной системы интеграции об- ратимся к принятому американскими социологами (Р. Мертон, Т. Парсонс) делению этой системы на культурную и социальную. Социокультурная система различает четыре вида подсистем:

* культурную – выражающую согласованность между культур- ными стандартами, нормами и образцами поведения, внутреннюю связь отдельных символов;
* нормативную – координирующую ситуацию между культур- ными стандартами (нормами) и поведением людей;
* коммуникативную – основанную на обмене культурными смыслами, информацией и показывающую степень охвата ими все- го общества или группы;
* функциональную – основанную на обмене услугами между людьми.

Содержание и формы социально-культурной интеграции во многом определяются уровнем личностного развития субъектов инклюзии, спецификой субкультурной принадлежности, социаль- ной средой. Духовное содержание социокультурной среды зависит от развития образовательных систем, интересов и потребностей общества, культурных ценностей социальных групп, характера межличностных связей, наличия элементов толерантности в отно- шении инвалидов.

Реабилитация представляет собой начальную стадию, период подготовки к более сложному по содержанию, целям, задачам ин- теграционному процессу. Одной из задач интеграции и реабилита- ции является включение инвалидов в различные жизненные ситуа- ции (профессиональные, образовательные, оздоровительные, се- мейно-бытовые и др.), позволяющее реализовать право человека на

самоопределение, свободу выбора, обеспечивающие равные воз- можности адаптации в социуме.

Предоставление равных возможностей – одно из приоритетных направлений реабилитации и интеграции инвалидов. Для этого необходимо создать специальные условия: организовать адекват- ную среду жизнедеятельности, проводить медицинские и профи- лактические лечебные мероприятия, оказывать социальные услуги, развивать материально-техническую базу на основе новейших тех- нологий, использовать специальные и инновационные методы обу- чения и воспитания, предоставить безбарьерный доступ к социаль- ным и культурным ценностям и др.

Таким образом, социокультурная интеграция и реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья возможна при со- блюдении ряда условий:

* предусмотреть эффективное включение инвалидов в культуру и социум за счет оптимизации взаимодействия с социумом, форми- ровать навыки социального поведения;
* развивать стремление к реализации потребности инвалида в самовыражении, обеспечивающем равные возможности развития;
* создать такое взаимодействие между основными социальными институтами (семья, учреждения образования, соцзащиты, спорта, культуры и искусства, органы власти и общественные объединения и др.), которое способствует наиболее полному достижению ре- зультатов социокультурной интеграции инвалидов в общество;
* повысить уровень компетентности и культуры субъектов ин- клюзии;
* создать условия получения необходимого объема знаний и подготовки к посильной трудовой деятельности с учетом индиви- дуальных особенностей инвалидов, тем самым реализовать наибо- лее полную их социализацию и интеграцию в социум, целью кото- рой является достижение максимально возможного уровня образо- ванности и самореализации личности.

Основным направлением построения социокультурной полити- ки в отношении инвалидов должна стать ориентация на развитие реальных возможностей, а не на их ограничения, на обеспечение их гражданских прав и социального участия, а не рассмотрение их в

качестве объекта благотворительности. В быстро меняющихся со- циокультурных условиях сегрегация инвалидов приводит к тому, что они теряют ориентацию в отношении происходящего, затруд- няются их сегментарные контакты с окружением. Учитывая, что уровень цивилизованности общества во многом оценивается по его отношению к людям с недостатками в умственном и физическом развитии, актуальной проблемой современного общества остается формирование общественного мнения в отношении инвалидов. Со- здание условий для обучения, воспитания, успешной коррекции нарушений в развитии, социальной адаптации и интеграции этих людей в общество относится к числу основных задач каждой семьи и общества в целом.

Признавая значительный прогресс, наблюдающийся в течение последних 20 лет в каждом из отдельных направлений реабилита- ции и абилитации лиц с инвалидностью, необходимо отметить, что до настоящего времени в Российской Федерации отсутствуют до- статочно эффективное законодательное и нормативное правовое обеспечение, а также практические механизмы осуществления межведомственного взаимодействия между участниками реабили- тационного процесса при реализации ИПРА, что приводит к ведом- ственной разобщенности и затруднениям при разработке, а также реализации межведомственного реабилитационного (абилитацион- ного) маршрута каждого инвалида с учетом его индивидуальных потребностей.

**1.5.Роль семьи в реабилитации и интеграции инвалидов**

Одним из основных факторов успешности реабилитации и инте- грации инвалида в социум является семья. Роль семьи невозможно переоценить, т. к. именно в ней формируется ресурсный потенциал инвалида, его понимание своих возможностей и ограничений, уста- новки на включение в социальные, трудовые, образовательные от- ношения.

В психолого-педагогической литературе семья представляется системой, которая функционирует и развивается по своим законам. В соответствии с концепцией системного подхода выделяют струк-

туру семьи, семейные взаимодействия, семейные функции и жиз- ненный цикл семьи (Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина). Структу- ра семьи включает ресурсы семьи и характеристику ее отдельных членов. Разные семьи отличаются друг от друга по своей структуре: по своему составу, культурному и идеологическому стилю. При этом наличие в семье инвалида рассматривается как одна из много- численных особенностей структуры семьи.

Само появление в семье ребенка с нарушениями в развитии ха- рактеризуется дезадаптацией её членов и определяется как кризис- ная ситуация. Преодоление сложившейся кризисной ситуации про- ходит в несколько последовательно сменяющих друг друга стадий:

1. Эмоциональная дезорганизация членов семьи (шок, смятение, растерянность, беспомощность, страх).
2. Негативизм и отрицание («Мой ребенок не такой», «Это не могло произойти со мной», «Он же еще выправится, перерастет»).
3. Горевание (глубокая печаль, связанная с осознанием пробле- мы: «Почему я?», «Чем я это заслужила?»).
4. Сделка («Вылечите моего ребенка, я заплачу любые деньги»,

«Поедем на реабилитацию/операцию в другую страну, там точно должны помочь»).

1. Адаптация (приспособление, принятие ситуации появления в семье ребенка с ОВЗ: «Я не могу изменить своего ребенка, но я мо- гу изменить свое отношение к нему»).

По мнению И. Ю. Левченко и В. В. Ткачевой для таких семей характерны:

* + высокий уровень психической травматизации членов семьи вследствие рождения / наличия ребенка с отклонениями в развитии;
  + отсутствие как мотивов к оказанию помощи проблемному ре- бенку, так и элементарных психолого-педагогических знаний у ро- дителей;
  + непринятие особенностей ребенка, что может быть обусловле- но как преморбидными особенностями личности родителей, так и их культурно-ценностными ориентациями в отношении такого ре- бенка.

Помимо обозначенных авторами, можно выделить так называе- мые «социальные барьеры», которые способствуют сужению соци- альных связей семьи или их трансформации. Так, родители могут искать общения с семьями, имеющими схожие проблемы, ориенти- роваться на их механизмы преодоления кризисной ситуации, кото- рая обусловлена появлением в семье ребенка с нарушениями в раз- витии.

Для семьи, имеющей «особого» ребенка, характерными являют- ся такие особые семейные функции, как реабилитационно- восстановительная, коррекционно-развивающая, приспособитель- но-адаптирующая, социализирующая, социально-трудовая, рекреа- ционная, а также функции эмоционального принятия и личностно- ориентированного подхода (В. В. Ткачева).

По исследованиям Ю. А. Блинкова, Т. Г. Богдановой, Т. Н. Вол- ковской, С. А. Игнатьевой, М. В. Ипполитовой, Е. М. Мастюковой, Г. А. Мишиной, А. Г. Московкиной, Е. И. Морозовой, М. М. Сема- го, В. В. Ткачевой и др., семья, имеющая ребенка с ограниченными возможностями, может испытывать сильный страх перед самостоя- тельными действиями ребенка, что мешает развитию у него спо- собности действовать и жить самостоятельно. В данном случае наблюдается нарушение детско-родительских отношений по типу гиперопеки. Наличие ребенка с отклонениями в развитии может влиять и на другие подсистемы: супружеские, сибсовые, экстрасе- мейные. Вовлеченность некоторых членов семьи в жизнь больного ребенка и тех, кто его окружает, может быть сведена до минимума (например, отец, который избегает супружеских и родительских взаимодействий из-за отклонений развития ребенка; мать, погло- щенная заботами о больном ребенке, не уделяющая должного вни- мания мужу и другим детям и др.).

Как отмечают Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, квалифици- рованная помощь со стороны семьи с инвалидами существенно до- полняет комплекс лечебно-педагогических мероприятий. Родители, движимые чувством любви к ребенку, способны индивидуализиро- вать, дополнить, расширить и развить предлагаемые специалистом методы обучения, проявить творчество и изобретательность в деле воспитания своего ребенка, взять на себя огромный повседневный

труд помощи ребенку. Среди западных моделей взаимодействия с семьей «особого» ребенка можно отметить практику педагогиче- ского образования родителей (Т. Гордон, М. Карнес, Р. Ли, Г. Л. Лэндрет, М. Файн и др.) и семейной терапии (Р. Бэндлер, Н. Пезешкиан, В. Сатир, Дж. Хейли, М. Эриксон и др.). Системное психолого-педагогическое сопровождение семей с инвалидами поз- воляет решить задачи полноценного развития всех субъектов ин- клюзии и существенно повысить её эффективность.

И. А. Букина, Н. А. Борисова, Г. М. Галактионова, О. А. Денисо- ва, В. В. Заболтина, Т. В. Захарова, Л. М. Кобрина, О. Л. Леханова, В. Н. Поникарова, Р. А. Самофал исследовали и описали особенно- сти семейного воспитания детей с ОВЗ и инвалидностью, охаракте- ризовали основные линии семейного воспитания с учетом специ- фики того или иного нарушения.

Следует помнить, что позиция родителей и членов семьи инва- лида является одной из существенных характеристик успешности инклюзии. Самостоятельность мышления родителей определяет образовательную траекторию детей и подростков с инвалидностью, партнёрскую позицию семьи по отношению к учебному учрежде- нию и их ответственность за результат социализации и профессио- нализации молодого инвалида. Часто возникает ситуация, в кото- рой семья уклоняется от ответственного выбора. Тогда рекоменда- ции специалистов становятся «приговором», а консультация не от- крывает возможностей и вариантов поведения. При истинных партнёрских отношениях позиция семьи имеет выраженную само- стоятельность и активность. Организация продуктивного диалога с членами семьи инвалида, привлечение их к участию и сотрудничеству, к совместному обсуждению необходимых условий – важная задача инклюзивного общества. Ведь организация инклюзии заключается не только в создании физических условий для беспрепятственного доступа лиц с ОВЗ и инвалидностью ко всем необходимым им объектам, но и в понимании важности участия людей с ОВЗ в социальном и трудовом процессах. Успешность реализации инклюзивной практики во многом зависит от культуры отношения субъектов инклюзии, от готовности сотрудников организаций, чле- нов семьи инвалида, представителей власти и общественности к

совместному взаимодействию. Консультативная, профилактическая и просветительская работа с семьей должна строиться на идее со- трудничества, увеличения ресурсов и возможностей, установления гармоничных внутрисемейных отношений. Задачами этой работы являются формирование психологических установок на роль семьи в процессе инклюзии; продуктивного стиля взаимоотношений с ин- валидом; более широкое использование возможностей семьи. Кро- ме этого, необходимо знакомство семьи инвалида с их правами и обязанностями, законодательными документами, а также их ин- формирование об общественных и государственных организациях, имеющих отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья, как в России, так и за рубежом.

Следует помнить, что родители (законные представители), вос- питывающие детей с ОВЗ и инвалидностью, имеют право:

* на помощь в воспитании детей, охране и укреплении их физи- ческого и психического здоровья, развитии индивидуальных спо- собностей и необходимой коррекции нарушений их развития;
* на выбор до завершения получения ребенком основного обще- го образования с учетом мнения ребенка, а также с учетом реко- мендаций психолого-медико-педагогической комиссии (при их наличии) формы получения образования и формы обучения, орга- низации, осуществляющей образовательную деятельность, языка образования, факультативных и элективных учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей) из перечня, предлагаемого организа- цией, осуществляющей образовательную деятельность;
* на дошкольное, начальное общее, основное общее, среднее общее образование в семье. Ребенок, получающий образование в семье, по решению его родителей (законных представителей) с уче- том его мнения на любом этапе обучения вправе продолжить обра- зование в образовательной организации;
* на знакомство с уставом организации, осуществляющей обра- зовательную деятельность, лицензией на осуществление образова- тельной деятельности, со свидетельством о государственной аккре- дитации, с учебно-программной документацией и другими доку-

ментами, регламентирующими организацию и осуществление обра- зовательной деятельности;

* + на знакомство с содержанием образования, используемыми методами обучения и воспитания, образовательными технология- ми, а также с оценками успеваемости своих детей;
  + на защиту права и законных интересов обучающихся;
  + на получение информации о всех видах планируемых обсле- дований (психологических, психолого-педагогических) обучаю- щихся, может давать согласие на проведение таких обследований или участие в таких обследованиях, отказаться от их проведения или участия в них, получать информацию о результатах проведен- ных обследований обучающихся;
  + на участие в управлении организацией, осуществляющей об- разовательную деятельность, в форме, определяемой уставом этой организации;
  + на присутствие при обследовании детей психолого-медико- педагогической комиссией, на обсуждение результатов обследова- ния и рекомендаций, полученных по результатам обследования, на высказывание своего мнения относительно предлагаемых условий для организации обучения и воспитания детей.

Родители, воспитывающие детей с ОВЗ и инвалидностью, обя- заны:

* + заложить основы физического, нравственного, интеллектуаль- ного развития личности;
  + отвечать за воспитание и развитие своих детей;
  + заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном развитии ребёнка;
  + обеспечить получение ребенком основного общего образова- ния;
  + соблюдать правила внутреннего распорядка образовательной организации, правила проживания обучающихся в интернатах, тре- бования локальных нормативных актов, которые устанавливают режим занятий обучающихся, порядок регламентации образова- тельных отношений между образовательной организацией и обу- чающимися и (или) их родителями (законными представителями)

и оформления возникновения, приостановления и прекращения этих отношений;

* уважать честь и достоинство обучающихся и работников ор- ганизации, осуществляющей образовательную деятельность.

Необходимо отметить позитивные тенденции в области государ- ственной политики и гражданского сектора в отношении семей с инвалидами. В России увеличивается число учреждений, ставящих своей задачей комплексную работу с семьями, имеющими детей с отклонениями в развитии. Это различные реабилитационные, об- разовательные и лечебно-оздоровительные центры, некоммерче- ские организации и партнерства родителей, имеющих детей с нарушениями в развитии.

Сопровождение семьи в системе инклюзии предполагает семей- но-центрированный подход, который дает возможность учитывать не только особенности инвалида, но и семьи и активно вовлекать семью в работу по профессионализации и социализации инвалида. В работе с семьей в рамках семейно-ориентированного подхода специалисты должны стремиться создавать условия для того, чтобы члены семьи сами формулировали запрос к специалисту, активно участвовали в планировании мер по реабилитации инвалида и его включению в социум.

**1.6.Общие вопросы сопровождения социальной, трудовой и образовательной инклюзии**

Тенденции современности к совершенствованию процессов со- циализации лиц с ОВЗ и инвалидностью и их интеграции в обще- ство вызвали в науке потребность в разработке моделей и алгорит- мов, наиболее полно отражающих содержание и характер сопро- вождения данной категории граждан на различных этапах их вхож- дения в социальное и образовательное пространство. Сопровожде- ние как процесс поддержки в преодолении актуальных проблем развития призвано помочь лицам с ОВЗ сделать осознанный жиз- ненный выбор на всех этапах их жизненного пути.

Для осуществления мер по поддержке лиц с ОВЗ и инвалидно- стью предусмотрена система мер по их сопровождению. Такая дея- тельность регламентируется нормативной документаций и призва- на обеспечить достижение значимых целей. В качестве основных направлений по сопровождению инклюзии можно назвать:

* проведение комплексной оценки задач по включению инвали- дов в трудовые, социальные и образовательные отношения;
* определение оптимального объёма помощи;
* разработка (при необходимости) специальных материалов для поддержки субъектов инклюзии;
* планирование действий по включению инвалидов в различные виды активности;
* анализ сложных нестандартных ситуаций и др.

Наиболее полно содержание работы по сопровождению инклю- зии представлено в учреждениях образования и социальной защи- ты, но, учитывая стоящие задачи по включению инвалидов не толь- ко в образовательные и социальные, но и в трудовые и обществен- ные отношения, вопросы сопровождения социальной, трудовой и образовательной инклюзии в настоящее время должны решаться на всех уровнях.

В ряде организаций, системно подходящих к вопросам сопро- вождения инклюзии, предусмотрено создание специального струк- турного подразделения по инклюзии или службы сопровождения, деятельность которых определяется целями и задачами, а также ре- сурсами конкретной организации и нормативными актами куриру- ющих профильных министерств.

Такая служба сопровождения призвана оперативно и системно решать вопросы создания специальных условий, которые позволят удовлетворить особые потребности инвалидов и создадут опти- мальную для их функционирования среду.

Специфика сопровождения в организации такова, что в ней обеспечивается создание условий для обеспечения доступности объектов и услуг с учётом нозологии нарушения. Поэтому помимо специалистов по вопросам инклюзии, в некоторых случаях в систе- ме сопровождения необходима помощь особых специалистов: сур- допереводчиков (для лиц с недостатками слуха, общающихся при

помощи русского жестового языка (РЖЯ); тифлопереводчика (для незрячих инвалидов, пишущих при помощи шрифта Брайля). Такая помощь может быть оказана внешними службами и организациям, где есть специалисты необходимого профиля. В этом случае орга- низации взаимодействуют в рамках сетевого сотрудничества, под- креплённого соответствующими договорами.

Качество сопровождения определяется его базовыми принципа- ми: комплексность, непрерывность, междисциплинарность, прио- ритет интересов сопровождаемого, а также согласованная работа всех специалистов сопровождения.

Система сопровождения инклюзии – это всегда командная рабо- та. Работая в идеологии «команды» предполагает, что каждый вы- полняет четко определенные цели и задачи в сфере своей профес- сиональной деятельности. Помимо решения своих узкопрофессио- нальных задач все специалисты принимают участие в разработке и реализации мер по созданию условий для адаптации, обучения, труда и социализации лиц с ограниченными возможностями здоро- вья и инвалидностью.

Основа технологии сопровождения в условиях организации – это взаимодействие специалистов по вопросам определения за- труднений инвалида и поиска эффективных решений, предоставле- ние квалифицированной помощи различного профиля, составление программы мер по повышению доступности организации. В свою очередь модель сопровождения должна объединить в единую си- стему организации помощи и поддержки все субъекты сопровож- дения: самих инвалидов, членов семей, наставников, специалистов, членов коллектива.

К задачам сопровождения субъектов инклюзии относятся:

* защита прав инвалида;
* создание специальных условий, учитывающих состояние здо- ровья и индивидуальные возможности и обеспечивающих доступ- ность рабочего и/ или учебного места;
* адаптация образовательных, трудовых и других социально- психологических нагрузок;
* поддержание равновесия между реальными возможностями инвалида и объемом нагрузки;
* помощь инвалиду и коллективу в преодолении возникающих трудностей;
* создание условий для максимального раскрытия возможностей и личностного потенциала инвалида;
* профилактика дезадаптации, профессионального выгорания субъектов инклюзии.

Помимо этого, к задачам сопровождения социальной, трудовой и образовательной инклюзии относится формирование у людей с инвалидностью так называемых адаптивных навыков (*adaptiveskills*), которые включают:

* способность говорить и понимать речь (коммуникативные навыки),
* навыки обслуживания жилья (*home-livingskills*),
* навыки использования современных средств связи,
* навыки поддержания здоровья, обеспечения безопасности, ор- ганизации отдыха,
* навыки самообслуживания,
* навыки социального взаимодействия, самоорганизации пове- дения (*self-directedskills*),
* функциональные академические навыки (письмо, чтение и элементарные математические навыки),
* навыки, имеющие отношение к профессиональной деятельно- сти (*job-relatedskills*).

Выделяют специальные мероприятия, способствующие повы- шению конкурентоспособности инвалидов на рынке труда:

* установление в организациях независимо от организационно-

правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;

* резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее под-

ходящим для трудоустройства инвалидов;

* стимулирование создания предприятиями, учреждениями, ор- ганизациями дополнительных рабочих мест (в том числе специаль- ных) для трудоустройства инвалидов;
* создание условий труда в соответствии с индивидуальными

программами реабилитации или абилитации инвалидов;

* создание условий для предпринимательской деятельности ин- валидов;
* организация обучения инвалидов новым профессиям.

Смысл сопровождения социальной, трудовой и образовательной инклюзии заключается в том, чтобы гарантировать каждому граж- данину с ОВЗ и инвалидностью реализацию права на образование, труд, участие в общественной и социальной жизни с учётом его по- требностей и возможностей, вне зависимости от степени тяжести нарушения психического развития, способности к освоению обра- зования, вида посещаемого заведения, региона проживания. С этой целью организация должна определить необходимые условия, раз- работать локальные акты и предпринять меры, которые позволят создать эти условия, адаптированные для каждой категории граж- дан, среду и условия оказания услуги, определить требования к процессуальным и содержательным аспектам сопровождения соци- альной, трудовой и образовательной инклюзии. Результатом такой работы должно стать создание комфортной среды, построенной с учетом особых потребностей и возможностей инвалидов, которая обеспечивает высокое качество инклюзии, доступность, открытость и привлекательность включения инвалидов и лиц с ОВЗ в трудо- вые, образовательные и социальные отношения.

**1.7.Диагностика и формирование готовности сотрудников организации к инклюзии. Профилактика профессионального выгорания субъектов инклюзии**

В процессе профессиональной деятельности специалисты, ре- шающие задачи социальной, трудовой и образовательной инклю- зии, сталкиваются с ситуациями, требующими формирования опре- делённых профессиональных и личностных изменений. Професси- ональная деятельность сотрудников организации, взаимодейству- ющих с инвалидами и находящихся в условиях инклюзии, выходит за рамки традиционной профессиональной деятельности и сопря- жена с обеспечением социальной адаптации и интеграции инвали- дов в гражданское общество.

Спектр таких новообразований (новых знаний, умений и навы- ков), приобретаемых в процессе профессиональной деятельности, достаточно широк, однако все они могут быть разделены на три большие группы: hard-skills (твёрдые компетенции), soft-skills (гиб- кие компетенции) и life-skills (жизненные навыки). Hard-skills включают систему знаний об особенностях лиц с ОВЗ и инвалидностью, о цели, задачах, содержании и технологиях индивидуализации и дифференциации общения и сопровождения в условиях инклюзии. Сюда же относятся практические умения, связанные с ана- лизом, проектированием и конструированием специальных условий с учётом ресурсов, возможностей и особенностей людей с инвалид- ностью. Soft-skills – это установки на взаимодействие с субъектами инклюзии; субъектная позиция как способность к самодетермина- ции, творческой активности в сфере инклюзии, ценностное отно- шение к инклюзии и её принципам. Ключевым компонентом soft- skills является субъектность как способность самостоятельно направлять и определять (детерминировать) свое развитие. Она проявляется в том, что субъект инклюзии обладает следующими свойствами:

* самостоятельная постановка целей и осмысленность жизни;
* адекватная самооценка и ауторефлексия личных способностей, возможностей, мотивов и интересов;
* наличие представлений о стратегии личного будущего и ком- петентность в средствах ее достижения;
* сформированные предпочтения и планы, знание путей их реа- лизации и особенностей приоритетных сфер деятельности;
* способность осуществлять подготовку и достижение самореа- лизации путем активной и творческой деятельности;
* саморегуляция на основе интернального локуса контроля;
* опосредованность внешних факторов самоопределения авто- номностью личности;
* сознательная творческая активность, способность к рефлексии, осознание собственной уникальности, понимание и принятие дру- гого.

Life-skills – это способности к адаптивному и позитивному по- ведению, которые позволяют людям эффективно функционировать

в условиях инклюзии, действовать в соответствии с социальными нормами и правилами общества по вопросам инклюзии. Такие навыки могут быть представлены двумя диаметрально противопо- ложными состояниями (стеническими и астеническими) или име- ющими переходные меду ними свойства. Стенические изменения (способствуют успешной адаптации к ситуации инклюзии, в ин- клюзивном коллективе, в социуме и приводят к повышению эффек- тивности жизнедеятельности. Астенические изменения препят- ствуют успешному функционированию личности в условиях ин- клюзии. *Факторами*, усиливающими негативное влияние, являют- ся: дефицит мотивации к инклюзии; стереотипы мышления, пове- дения, деятельности; эмоциональная напряженность; монотон- ность, однообразие, жестко структурированный характер труда; утрата перспектив профессионального роста и др.

В целом же готовность сотрудников организации к взаимодей- ствию с инвалидами включает в себя: знания (теоретическая база), навыки (автоматизированные действия), умения (осознанное ма- стерство), личностные качества, ценности (этические правила). Это интегральная характеристика, определяющая способность субъек- тов инклюзии решать профессиональные проблемы и типичные за- дачи, возникающие в реальных ситуациях трудовой деятельности, с использованием знаний, профессионального и жизненного опыта, ценностей и установок в условиях инклюзии.

Структура готовности к инклюзии состоит из ряда компонентов:

* Ценностно-мотивационный компонент содержательно вклю- чает в себя личностную ценность инклюзии, осознанный выбор и сформированность мотивации в виде направленности интересов и потребностей субъекта использовать профессиональные интересы, ценностные ориентации.
* Когнитивный компонент предполагает овладение общими теоретическими и прикладными знаниями о сущности инклюзии, о вариантах её осуществления, средствах, обеспечивающих органи- зацию инклюзии.
* Операционально-деятельностный компонент включает в себя разнообразные умения и навыки: организационные, коммуникаци-

онные, прогностические, рефлексивные, проективные, а также сформированные паттерны продуктивного копинг-поведения, реа- лизуемые в условиях инклюзии.

* + Аффективный компонент – чувства, эмоции, переживания, обусловленные осуществлением инклюзии, а также возможности регуляции переживаний, связанных с эффективным разрешением проблемных ситуаций инклюзии.

Формирование ценностно-мотивационного компонента предпо- лагает повышение активности специалиста инклюзии, актуализа- цию потребности в такой работе, в самопознании и саморазвитии. Работа с когнитивным компонентом рассчитана на повышение са- мооценки, коррекцию представлений специалиста инклюзии о са- мом себе, окружающем мире, формирование позитивного мышле- ния. Формирование операционально-деятельностного компонента направлено на формирование эффективных умений и навыков, обеспечивающих оптимальную деятельность специалиста инклю- зии. Аффективный компонент предполагает коррекцию текущего состояния специалиста инклюзии, перевод негативных эмоций в позитивные, а также овладение специалистом навыками саморегу- ляции.

*Диагностика состояния инклюзивной культуры субъектов инклюзии*

Имеющийся опыт определения и изучения инклюзивной куль- туры показывает, что в структуру обсуждаемой категории входят два больших компонента, первый из которых касается организаци- онных условий, второй – культуры работников организации. Если первый компонент достаточно чётко регламентирован в правовом поле Российской Федерации (Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Указ Президента Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 597 «О ме- роприятиях по реализации государственной социальной политики», Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» и др.) и подлежит мониторинговой оценке со стороны кон- тролирующих и надзорных органов, то второй компонент инклю-

зивной культуры рассматривается преимущественно через призму готовности педагогов к инклюзивному образованию. В то же время степень сформированности инклюзивной культуры сотрудников организации только входит в предмет научного дискурса и нужда- ется в детальном обсуждении и изучении.

Методика изучения инклюзивной культуры субъектов инклюзии включает 4 смысловых блока: принятие ценностей и норм инклю- зии, готовность к взаимодействию в условиях инклюзии, осознание необходимости в новых знаниях и умениях, социальная ответ- ственность за результаты инклюзии.

Тест для оценки уровня инклюзивной культуры работников ор- ганизации представлен на портале «Перспектива-про.рф» в кабине- тах пользователей со статусом «педагог и сотрудник образователь- ной организации», «родитель и представитель общественной орга- низации», «работодатель», «представитель государственных служб».

Методика тестирования состоит из трёх блоков:

1.***Личностная готовность к инклюзии –*** блок содержит опрос, обеспечивающий оценку личностной готовности специали- стов к инклюзии и уровня своей инклюзивной культуры; результа- ты генерируются с учётом пройденного опроса индивидуально и представляются в текстовом и графическом виде.

В ходе прохождения теста пользователь оценивает уровень сво- ей инклюзивной культуры, от развития которой зависят отношение к инклюзии и желание оказывать помощь в процессе сопровожде- ния профориентации, образования и трудоустройства лиц с ограни- ченными возможностями здоровья и инвалидностью. Для оценки каждого утверждения пользователю необходимо выбрать один из предлагаемых критериев для оценки 10 утверждений:

* + полностью согласен
  + скорее согласен
  + не готов однозначно ответить на вопрос
  + скорее не согласен
  + полностью не согласен

Список утверждений:

* + 1. Считаете ли вы, что люди с ОВЗ и инвалидностью имеют пра- во учиться и трудиться вместе с другими в одном коллективе?
    2. Считаете ли вы, что люди с ОВЗ и инвалидностью нуждаются в том, чтобы их принимали и демонстрировали к ним позитивное доброе отношение?
    3. Готовы ли вы сотрудничать с членами семей инвалидов и их близким окружением в вопросах обеспечения доступности зданий, услуг, рабочих и учебных мест для людей с ОВЗ и инвалидностью?
    4. Заинтересованы ли вы в получении знаний и повышении сво- ей квалификации в сфере инклюзии?
    5. Готовы ли вы помогать людям с ОВЗ и инвалидностью в ре- шении проблемы обеспечения доступности зданий, услуг, рабочих и учебных мест?
    6. Готовы ли вы сотрудничать с общественными организациями, специалистами других учреждений в решении проблемы обеспече- ния доступности зданий, услуг, рабочих и учебных мест для людей с ОВЗ и инвалидностью?
    7. Считаете ли вы, что образование и труд являются ресурсами для включения в общество людей с инвалидностью и ОВЗ?
    8. Считаете ли вы, что вы можете повлиять на повышение пока- зателей доступности среды в вашей организации (учреждении, предприятии) для людей с ОВЗ и инвалидностью?
    9. Могут ли, по вашему мнению, люди с инвалидностью до- стичь высоких результатов в обучении и профессиональной дея- тельности?
    10. Считаете ли вы, что инклюзия полезна всему обществу?

В результате суммирования баллов автоматически в личном ка- бинете пользователя формируется вывод, который включает сле- дующие описательные характеристики:

*Оптимальный* уровень соответствует сумме более 40 баллов. Характеризуется тем, что вы безоговорочно принимаете ценности инклюзии, искренне считаете, что это идёт на пользу каждому чле- ну общества. Вы готовы к взаимодействию в широком социальном контексте, осознаёте и принимаете необходимость изменений себя

как личности и как профессионала, принимаете ответственность за эффективность инклюзии.

*Продвинутый* уровень соответствует сумме от 31 до 40 баллов. Характеризуется тем, что в целом у вас есть принятие ценностей инклюзии, но ваше отношение не всегда определенно и неодинако- во в разных ситуациях. Вы готовы выборочно взаимодействовать с другими в решении вопросов повышения доступности зданий, услуг, рабочих и учебных мест.

*Допустимый* уровень соответствует сумме от 21 до 30 баллов. Характеризуется условным принятием ценностей инклюзии. Вы осознаёте необходимость в дополнительных знаниях и умениях и готовы к коммуникации с основными участниками инклюзивных отношений.

*Стартовый* уровень соответствует сумме от 11 до 20 баллов. Понимая неизбежность происходящих изменений, вы не считаете, что инклюзия является ресурсом развития общества, не осознаёте и не принимаете ценности индивидуализации, готовы взаимодей- ствовать по вопросам инклюзии только в узком профессиональном кругу.

*Начальный* уровень соответствует сумме до 10 баллов. Харак- теризуется вашим неприятием ценностей и норм инклюзии, отри- цанием необходимости развития профессионально важных качеств и умений, неготовностью к взаимодействию по вопросам инклю- зии.

1. ***Оценка инклюзивной компетентности*** – блок содержит опрос, призванный обеспечить оценку компетентности в сфере ин- клюзии; результаты генерируются с учётом пройденного опроса индивидуально и представляются в текстовом и графическом виде.

Для оценки каждого утверждения пользователю необходимо выбрать один из предлагаемых критериев:

* + прекрасно знаком
  + хорошо знаком
  + знаком в общих чертах
  + частично знаком
  + фактически не знаком

Список утверждений:

* + 1. Оцените свой уровень осведомлённости об особых правах на образование лиц с ОВЗ и инвалидностью.
    2. Оцените свой уровень осведомлённости об особых правах на труд лиц с ОВЗ и инвалидностью.
    3. Оцените, насколько вы знакомы с особыми потребностями людей с ОВЗ и инвалидностью.
    4. Оцените, насколько вы знакомы с трудностями, которые ис- пытывают люди с ОВЗ и инвалидностью в процессе образования.
    5. Оцените, насколько вы знакомы с трудностями, которые ис- пытывают люди с ОВЗ и инвалидностью в процессе трудоустрой- ства и последующей трудовой деятельности.
    6. Оцените свой уровень осведомлённости в вопросах создания специальных условий для организации образования лиц с ОВЗ и инвалидностью.
    7. Оцените свой уровень осведомлённости в вопросах организа- ции и поиска ресурсов для профориентации лиц с ОВЗ и инвалид- ностью.
    8. Оцените свой уровень осведомлённости в вопросах организа- ции и поиска ресурсов для образования лиц с ОВЗ и инвалидно- стью.
    9. Оцените свой уровень осведомлённости в вопросах организа- ции и поиска ресурсов для трудоустройства лиц с ОВЗ и инвалид- ностью.
    10. Оцените свой уровень владения сведениями относительно использования помогающих (ассистивных) технологий для лиц с ОВЗ и инвалидностью.

В результате суммирования баллов автоматически в личном ка- бинете пользователя формируется вывод, который включает сле- дующие описательные характеристики:

*Оптимальный* уровень соответствует сумме более 40 баллов. Характеризуется полным объемом знаний об особых образователь- ных потребностях и специальных условиях образования лиц с ОВЗ и инвалидностью. Вы хорошо знакомы с законодательными актами об образовании лиц с ОВЗ и инвалидностью на всех уровнях, от международного до регионального, имеете достаточно полное

представление о методических ресурсах, особенностях использова- ния организационных форм, специальных и ассистивных техноло- гиях образования лиц с ОВЗ и инвалидностью. Сведения об образо- вании лиц с ОВЗ и инвалидностью носят обобщенный, комплекс- ный, систематизированный характер.

*Продвинутый* уровень соответствует сумме от 31 до 40 баллов. Характеризуется достаточно полным объемом знаний об особых образовательных потребностях и специальных условиях образова- ния лиц с ОВЗ и инвалидностью. В целом вы знакомы с законода- тельными актами об образовании лиц с ОВЗ и инвалидностью на разных уровнях, имеете определенные представления о методиче- ских ресурсах, особенностях использования организационных форм, специальных и ассистивных технологиях образования лиц с ОВЗ и инвалидностью. Сведения об образовании лиц с ОВЗ и инва- лидностью носят довольно обобщенный, комплексный, системати- зированный характер.

*Допустимый* уровень соответствует сумме от 21 до 30 баллов. Характеризуется недостаточно полным объемом знаний об особых образовательных потребностях и специальных условиях образова- ния лиц с ОВЗ и инвалидностью. Вы недостаточно знакомы с зако- нодательными актами об образовании лиц с ОВЗ и инвалидностью на разных уровнях, имеете определенные представления о методи- ческих ресурсах, особенностях использования организационных форм, специальных и ассистивных технологиях образования лиц с ОВЗ и инвалидностью. Сведения об образовании лиц с ОВЗ и инва- лидностью носят недостаточно обобщенный и систематизирован- ный характер.

*Стартовый* уровень соответствует сумме от 11 до 20 баллов. Характеризуется низким объемом знаний об специальных образо- вательных потребностях и специальных условиях образования лиц с ОВЗ и инвалидностью. Вы имеете определенные отрывочные представления о наличии законодательных актов об образовании лиц с ОВЗ и инвалидностью, имеете отрывочные представления о методических ресурсах, особенностях использования организаци- онных форм, специальных и ассистивных технологиях образования лиц с ОВЗ и инвалидностью. Сведения об образовании лиц с ОВЗ и

инвалидностью носят недостаточно обобщенный и систематизиро- ванный характер.

*Начальный* уровень соответствует сумме до 10 баллов. Харак- теризуется очень низким объемом знаний об особых образователь- ных потребностях и специальных условиях образования лиц с ОВЗ и инвалидностью. Вы не имеете представлений о законодательных актах об образовании лиц с ОВЗ и инвалидностью и о методиче- ских ресурсах, особенностях использования организационных форм, специальных и ассистивных технологиях образования лиц с ОВЗ и инвалидностью. Сведения об образовании лиц с ОВЗ и инва- лидностью носят недостаточно обобщенный и систематизирован- ный характер.

3.***Готовность к сопровождению лиц с ОВЗ и инвалидно- стью*** – блок содержит результаты, которые генерируются с учётом пройденных опросов и представляются в текстовом виде, форми- руются индивидуально под каждого пользователя с учётом резуль- татов оценки личностной готовности к инклюзии и инклюзивной компетентности; включает обобщённую информацию об уровнях готовности к сопровождению инвалидов, а также рекомендации по совершенствованию своих компетенций с указанием возможных маршрутов профессионального образования:

*Оптимальный* уровень соответствует сумме более 80 баллов. Характеризуется тем, что вы полностью понимаете существенное место и роль инклюзии в современном обществе. Ваши знания, умения и навыки в этой области носят сбалансированный характер. Вы являетесь носителем позитивных тенденций в отношении лю- дей с ОВЗ и инвалидностью. Вас характеризует толерантное и взвешенное отношение к людям с ОВЗ и инвалидностью и их про- блемам.

*Продвинутый* уровень соответствует сумме от 60 до 79 баллов. Характеризуется весьма существенным пониманием значения ин- клюзии в обществе. Вы имеете солидный запас знаний, умений и навыков в этой области. Возможно, у вас отмечается определенный дефицит практических навыков. Однако вас характеризует толе- рантное и взвешенное отношение к людям с ОВЗ и инвалидностью и их проблемам.

*Допустимый* уровень соответствует сумме от 40 до 59 баллов. Характеризуется достаточно полным пониманием значения инклю- зии в обществе. Вы имеете довольно существенный уровень зна- ний, умений и навыков. Однако вам, возможно, не хватает в них определенной системы, чтобы быть еще более успешным во взаи- модействии с людьми с ОВЗ и инвалидностью.

*Стартовый* уровень соответствует сумме от 20 до 39 баллов. Характеризуется определенным уровнем сформированности пред- ставлений о роли инклюзии в обществе. Однако у вас сохраняется определенное скептическое отношение по поводу значения инклю- зии в обществе. Вместе с тем вы готовы получать новые знания и умения в избранной области с тем, чтобы содействовать распро- странению инклюзивной культуры.

*Начальный* уровень соответствует сумме до 20 баллов. Ваше принятие инклюзивных ценностей только начинает формироваться. Вам свойственно достаточно критичное отношение к ним, что мо- жет быть обусловлено неготовностью к взаимодействию по вопро- сам инклюзии и недостатком знаний по этим аспектам развития ин- клюзивного общества.

*Профилактика профессионального выгорания субъектов инклюзии*

Термин «эмоциональное выгорание» ввел американский психи- атр Х. Дж. Фрейденберг в 1974 году для характеристики психоло- гического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насы- щенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Пер- воначально это состояние определялось как состояние изнеможе- ния, истощения с ощущением собственной бесполезности. Затем феномен «эмоционального сгорания» был детализирован и обоб- щен такими исследователями, как Б. Пелман и Е. Хартман. Они вы- делили три главных его компонента: эмоциональное и /или физиче- ское истощение, деперсонализацию и сниженную рабочую продук- тивность. В таком понимании эмоционального выгорания пси- хоэмоциональное напряжение выступает в качестве запускающего

механизма, а психоэмоциональная напряженность – в качестве устойчивого личностного качества, являющегося следствием выго- рания.

Профессиональное выгорание возникает в результате внутрен- него накапливания отрицательных эмоций без соответствующей

«разрядки», или «освобождения» от них. Оно ведет к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека. Профессиональное выгорание – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально- энергетических и личностных ресурсов работающего человека. Не- редко специалисты, находящиеся в условиях инклюзии, имеют при- знаки эмоционального выгорания.

Синдром включает в себя следующие компоненты:

- эмоциональное истощение – чувства опустошенности, устало- сти, перенапряжения, исчерпанности, вызванные собственной ра- ботой;

-деперсонализация – чувства равнодушия и негативного отно- шения к людям, циничное отношение к труду и объектам труда;

-редукция профессиональных достижений – недовольство со- бой, чувство некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Синдром профессионального выгорания – самая опасная профессиональная болезнь тех, кто работает с людьми: всех, чья деятельность невозможна без общения. Значительной части таких сотрудников свойственны повышенный уровень тревожности, эмоциональной неустойчивости и напряжения, хронической усталости, что может привести к развитию синдрома «эмоционального и про- фессионального выгорания». При этом отмечается, что эмоцио- нальное неблагополучие снижает эффективность профессиональ- ной деятельности, повышает конфликтность во взаимоотношениях с окружающими, негативно сказывается на состоянии психического здоровья обучаемых.

Преодоление и профилактика профессионального выгорания у субъектов инклюзии предусматривает создание условий для приня- тия субъектом оптимального решения в различных ситуациях жиз-

ненного выбора. Это помогает человеку войти в ту «зону разви- тия», которая ему пока не доступна, получить психологическую помощь и психологическую поддержку. Такая работа может быть реализована через повышение социально-психологической компе- тентности субъектов инклюзии, через решение проблем, связанных с трудностями в межличностных отношениях. Важно обеспечить сохранение личностного потенциала и содействие его становлению. Это может быть достигнуто следующими приемами:

* ознакомление и ориентация субъектов инклюзии в широком круге проблем взаимоотношений с инвалидами;
* формирование адекватного общения, продуктивно разрешаю- щего возникающие проблемные ситуации профессиональной дея- тельности в условиях инклюзии;
* формирование личностной позиции, специфического мировоз- зрения и взгляда на жизнь, а также иерархии ценностей инклюзив- ной культуры;
* исправление отдельных свойств личности и характера для возможной успешной реализации личности в условиях инклюзии;
* выработка и овладение навыками оптимальной и эффективной для сохранения здоровья и психики деятельности, способствующей личностному росту субъекта инклюзии и его адаптации в инклю- зивном обществе;
* целенаправленное развитие качеств, свойств, умений, способ- ностей и установок, характерных для сформированной инклюзив- ной культуры.

Отдельно стоит задача формирования психологического совла- дания со стрессом (копинг-поведения). В настоящее время понятие

«копинг-поведение» (copingbehavior) используется для описания характерных способов адаптивного поведения человека в различ- ных стрессовых ситуациях. Копинг-поведение может рассматри- ваться с точки зрения теории психологических защит, т. е. как ме- ханизм, снижающий напряжение. Но в отличие от психологических защит, копинг-поведение обозначает сознательные усилия лично- сти по использованию стратегий совладания со стрессом или дру- гими вызывающими тревогу событиями. Основными задачами ко- пинг-поведения является быстрая адаптация человека к проблем-

ной, кризисной ситуации, которая позволяет ему ослабить или смягчить ее требования, нейтрализовать эмоциональное напряже- ние, и, таким образом, сделать максимально успешным поиск кон- структивного решения, осуществить корректировку самооценки или регулирование взаимоотношений с окружающими.

Большинство классификаций копинг-поведения построено во- круг модусов психологического преодоления, направленного на решение проблемы или изменение собственных установок в отно- шении ситуации. В зависимости от оценки индивид решает, какие стратегии совладания выбирать. В модели стресса и совладания предложены два главных типа совладания. Сфокусированное на проблеме совладание включает усилия, которые направлены на управление или изменение источников напряжения (например, приобретение новых умений), устранение барьеров, принятие аль- тернативных решений. Сфокусированные на эмоции стратегии со- владания – это попытки применения эмоциональных реакций к стрессору (например, желаемое размышление, поиск эмоциональ- ной поддержки, социальное сравнение). Также различают два вида копинг-поведения по направленности – на себя (интропунитивный) или на окружающую среду (экстрапунитивный). Кроме того, ко- пинг-реакции подразделяются на эффективные – адаптивные, функциональные и неэффективные – псевдоадаптивные, дисфунк- циональные. Значимой является характеристика копинг-поведения с точки зрения его продуктивности–непродуктивности.

*Продуктивное* копинг-поведение обеспечивает выработку наиболее адекватных форм поведения в условиях меняющейся микро- и макросоциальной среды, с творческой переработкой ситу- ации, обеспечивающей наиболее оптимальное соматическое, лич- ностное и социальное функционирование личности.

*Относительно продуктивное* копинг-поведение обеспечивает личности довольно эффективное взаимодействие со средой и успешную деятельность, без значительного нервно-психического напряжения.

*Непродуктивное* копинг-поведение не обеспечивает в полной мере выработку адекватных форм поведения в условиях меняю- щейся микро- и макросоциальной среды, что приводит к наруше-

нию процессов соматического, личностного и социального функ- ционирования. Но при этом личность может не испытывать выра- женного дискомфорта и даже наоборот, считать себя вполне успешной и адаптированной.

*Стили* копинг-поведения определяются спецификой использо- вания базовых копинг-стратегий, личностных копинг-ресурсов, особенностями фрустрационной толерантности, уровнем овладения соответствующими знаниями.

Продуктивное копинг-поведение включает креативный и адап- тивный стили, относительно продуктивное – условно адаптивный, непродуктивное – дезадаптивный стиль. Относительно продуктив- ное копинг-поведение может быть реализовано и через адаптивный и условно адаптивный стили копинг-поведения, а непродуктивное – через условно адаптивный и дезадаптивный стили.

*Типология* копинг-поведения включает наиболее общие (типоло- гические) черты, которые проявляются в процессе совладания с проблемными ситуациями. Это креатив-копинг, смеш-копинг, адаптив-копинг и краш-копинг.

Под *копинг-ресурсами* понимаются внешние (социальная под- держка) и внутренние (личностные ресурсы) переменные, способ- ствующие психологической устойчивости в «трудных» ситуациях. К их числу относятся сила Я-концепции, локус-контроль, самоакту- ализация, жизнестойкость и др. Жизнестойкость – система убежде- ний о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, вклю- чающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовле- ченность, контроль, принятие риска. Выраженность жизнестойко- сти и её компонентов препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых, что является акту- альным для деятельности волонтера.

Копинг-поведение и жизнестойкость являются результатом при- обретенного опыта, в связи с этим возможно их целенаправленное формирование. Субъектам инклюзии важно обеспечить формиро- вание у себя продуктивных копинг-стратегий, жизнестойкости и обеспечить профилактику профессионального выгорания.

**1.8.Добровольчество и волонтерство в сфере образовательной, социальной и трудовой инклюзии**

Добровольчество (волонтерство) – это участие людей независи- мо от возраста, расы, пола и вероисповеданий в мероприятиях, направленных на решение социальных, культурных, экономиче- ских, экологических проблем в обществе, не связанных с извлече- нием прибыли. Волонтёрство или волонтёрская деятельность (от лат. *voluntarius* – добровольный) – это широкий круг деятельно- сти, включая традиционные формы взаимопомощи и самопомощи, официальное предоставление услуг и другие формы гражданского участия, которая осуществляется добровольно на благо широкой общественности без расчёта на денежное вознаграждение. Добро- вольцы, с точки зрения закона РФ, – физические лица, осуществ- ляющие благотворительную деятельность в форме безвозмездного выполнения работ, оказания услуг (добровольческой деятельности).

Различают три типа волонтерства:

1. волонтеры-менеджеры,
2. волонтеры-помощники,
3. волонтеры прямой помощи.

Вопросы, связанные с волонтерством в сфере инклюзии, так или иначе уже были проработаны на европейской почве. Как любое яв- ление, обретающее более или менее массовый характер, добро- вольческое движение было подвергнуто там специальной правовой регламентации. Важным концептуальным документом является Всеобщая Декларация добровольцев, принятая на XVI Всемирной конференции Международной ассоциации Добровольческих уси- лий (Амстердам, январь, 2001 г.) при поддержке Генеральной Ас- самблеи ООН и Международной Ассоциации Добровольческих усилий (IAVE).

Следующим логичным шагом на этом пути стала известная Ре- золюция 55/57 Генеральной Ассамблеи ООН (от 24.09.2002), в ко- торой правительствам всех стран настоятельно рекомендовано ока- зывать системное содействие развитию добровольчества.

Правовая основа развития волонтерства в России была заложена рядом законодательных актов. Так, Закон Российской Федерации

«Об общественных объединениях» (от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ) ре- гулирует социальные отношения, возникающие в связи с реализа- ций гражданами их права объединяться в организации; ст. 3 кон- статирует: «Право граждан на объединение включает в себя право создавать на добровольной основе общественные объединения для защиты общих интересов и достижения общих целей, право всту- пать в существующие общественные объединения либо воздержи- ваться от вступления в них, а также право беспрепятственно выхо- дить из общественных объединений». Таким образом, суть закона состоит в том, что члены общественных организаций могут дей- ствовать на добровольной (неоплачиваемой) основе. Закон устанав- ливает возраст членов объединений: так, членами и участниками молодежных общественных объединений могут быть граждане, до- стигшие 14 лет, а членами и участниками детских общественных объединений могут быть граждане, достигшие 8 лет. В Федераль- ном законе «О благотворительной деятельности и благотворитель- ных организациях» (от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ) впервые было дано определение добровольца: Добровольцы – физические лица, осуществляющие благотворительную деятельность в форме без- возмездного выполнения работ, оказания услуг (добровольческой деятельности) в интересах благополучателей. Благополучатели – граждане и юридические лица, получающие благотворительную помощь филантропов, меценатов и добровольцев. Значение добро- вольческой деятельности для общества и государства отмечалось в ежегодных (с 2007 г.) Посланиях Президента Российской Федера- ции, докладах Общественной палаты о развитии гражданского об- щества. Был принят и реализуется ряд законодательных решений, способствующих развитию добровольчества, его поддержка стано- вится приоритетным направлением государственной молодежной и социальной политики. Взаимодействие формальных и неформаль- ных институтов в солидарных социальных действиях и инициати- вах приобретает все большее значение. Как показывает опыт, ис- пользование механизмов партнерства позволяет выстроить широ- кое открытое пространство, в котором каждый может приобрести социальный опыт, поучаствовать в волонтерских проектах различ-

ной направленности, проявить гражданскую активность, развить профессиональные навыки и т. д.

Во многих субъектах Российской Федерации сегодня действуют нормативные акты, регламентирующие волонтерскую деятель- ность. На региональном уровне ведется активная деятельность по разработке и изданию методических материалов, связанных с орга- низацией деятельности добровольческих объединений, модулями обучения добровольцев и координаторов волонтерских организа- ций. Проводятся конкурсы грантовой поддержки социальных ини- циатив. Формируется база данных добровольческих вакансий, а также системы учета эффективности добровольческого труда и ценности вклада добровольцев в социальное и экономическое раз- витие региона.

Наряду с другими, к видам добровольческой деятельности отно- сятся:

* деятельность, направленная на защиту прав и свобод челове- ка и гражданина, на защиту прав социально незащищенных групп граждан;
* помощь особым социальным категориям граждан, в т. ч. лю- дям с ограниченными возможностями (инвалиды).

Волонтёрский труд не оплачивается, однако организаторы работ на добровольной основе могут оплачивать волонтёрам проезд, проживание, питание, покупку средств индивидуальной защиты и страховые взносы на ДМС, которые не облагаются налогом. Волон- тёры – не только альтруисты, они могут работать ради приобрете- ния опыта, специальных навыков и знаний, установления личных контактов. Часто волонтёрская деятельность – это путь к оплачива- емой работе, здесь всегда есть возможность проявить и зарекомен- довать себя с лучшей стороны, попробовать себя в разных сферах деятельности и определиться с выбором жизненного пути.

За последние годы наиболее активно добровольчество продви- галось благодаря образовательным и социально-ориентированным некоммерческим организациям (НКО). Наиболее распространен- ными формами НКО являются: общественная организация, фонд, некоммерческое партнерство, частное учреждение, автономная не-

коммерческая организация, волонтерские центры и/или отряды при образовательных организациях (дошкольных, школах, СПО, ВУЗ).

В настоящее время большую значимость приобретает инклю- зивное добровольчество – «волонтеры завтрашнего дня» – те, кто сам когда-то нуждался в помощи. Эта деятельность дает возмож- ность всем молодым людям с ограниченными возможностями в полном объеме участвовать в жизни общества.

Инклюзивное добровольчество базируется на следующих принципах:

* ценность человека с ограниченными возможностями здоровья не зависит от его способностей и достижений;
* человек с ограниченными возможностями здоровья способен чувствовать и думать;
* каждый человек с ограниченными возможностями здоровья имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.

Важно вовлекать добровольцев с ограниченными возможно- стями здоровья те сферы деятельности, которые им доступны. В качестве примера можно привести работу на компьютере во время поисков или поздравлений, посещение больных в больницах, до- ставку продуктов, привлечение внимания к историческому памят- нику, беседы в социальных сетях о здоровом образе жизни и тех ошибках, которые не стоит повторять и т. п. Любая работа может выполняться добровольцами по мере их возможностей, не причи- няя вреда их здоровью.

Мотивы к волонтерству у молодых людей с ограниченными возможностями могут быть разными:

* благородная идея, определяющая появление гордости, само- уважения и удовлетворения от работы и результатов деятельности;
* внутренняя психологическая потребность быть нужным, воз- можность ощутить свою полезность;
* потребность в общении, расширении круга социальных кон- тактов;
* интерес: работа волонтером зачастую связана с нестандартны- ми подходами и новыми возможностями себя реализовать;
* антураж: начинающих может заинтересовать внешняя при- влекательность движения (кепки, футболки, значки и т. п.);
* карьера, самореализация: возможность улучшить свое соци- альное положение в карьерной или межличностной сфере. Зача- стую именно в инклюзивном волонтерском движении проявляются некоторые способности, например, руководящие или организатор- ские;
* творческие возможности: можно проявить себя в различных видах деятельности вне зависимости от возраста;
* досуг: возможность провести время с пользой.

Инклюзивное волонтерское движение начинается с идеи помо- гать кому-либо, желания или необходимости сделать так же, как у кого-то, и осознания того, что ты сегодня нужен. Как правило, вна- чале собирается инициативная команда молодых людей с ограни- ченными возможностями, затем к ней присоединяются остальные, которые либо проходят предварительное обучение, либо сразу под- ключаются к работе.

Инклюзивное волонтерство рассматривается как форма граж- данского участия в общественно полезных делах молодых людей с ограниченными возможностями здоровья, способ коллективного взаимодействия и эффективный механизм решения актуальных со- циально значимых проблем.

***Вопросы для самопроверки***

1. Раскройте смысл термина «инклюзивная культура». Как вы полагаете, какие факторы наиболее сильно влияют на состояние инклюзивной культуры?
2. Раскройте основные принципы инклюзии.
3. Охарактеризуйте инклюзию как путь развития и гуманизации общества.
4. Назовите основные этапы становления и развития инклюзии в нашей стране и за рубежом.
5. Укажите, в каких федеральных и международных документах отражены положения, гарантирующие равные права на образование лицам с ОВЗ и инвалидностью.
6. Когда началась благотворительная деятельность в России? Какие этапы в развитии добровольчества в России можно выделить?
7. В чем разница между понятиями «волонтерская деятельность» и «общественная деятельность»?
8. Какие виды добровольческой активности существуют за рубежом, в России?
9. В чем разница между оказанием волонтерской помощи детям и взрослым?
10. Охарактеризуйте инклюзивное волонтерское движение и инклюзивное добровольчество. Какими видами активности они близки и в чем отличия?

***Контрольно-измерительные материалы***

1. **Волонтерская деятельность – это участие в мероприятиях людей**

а) определенного возраста;

б) независимо от возраста, расы, пола и вероисповеданий; в) определенной организации.

1. **Указом Президента РФ годом Добровольчества объявлен**

а) 2018 год;

б) 2014 год;

в) 2020 год.

1. **Основная черта волонтерского проекта:**

а) уникальность; б) длительность; в) социальность;

г) верифицируемость.

1. **Первый этап дизайн-мышления при создании проекта:**

а) эмпатия;

б) интериоризация; в) генерация идей; г) тестирование.

1. **Большой скачок в развитии волонтерского движения в Рос- сии произошел благодаря:**

а) инициативе образовательных организаций;

б) обучению волонтеров и организации волонтерского движения на Олимпиаде в Сочи в 2014 г.;

в) указам правительства РФ.

***Кейсы для самостоятельной работы***

* 1. Определите направления добровольческой деятельности в России.
  2. Заполните таблицу истории развития волонтерского движе- ния.
  3. Проанализируйте, какие качества волонтера вы можете отме- тить у себя.
  4. Проанализируйте инициативы волонтёров и добровольцев в сфере инклюзии в рамках, поддержанных фондами и НКО проектов в вашем регионе. Предложите идею волонтёрского проекта в сфере инклюзии.
  5. Составьте ранжированный список профессионально важных качеств, которыми должен обладать волонтер инклюзии. Обоснуй- те свой ответ.
  6. Подготовьте и защитите проект в рамках инклюзивного во- лонтерства (тема на выбор).
  7. Подготовьте и защитите проект в рамках инклюзивного добровольчества (тема на выбор).
  8. Изучите «Истории успеха» выпускников вузов, имеющих ин- валидность. Выделите ключевые характеристики личности, опреде- лившие, на ваш взгляд, успех молодых инвалидов.
  9. Зарегистрируйтесь на портале «Перспектива–PRO» (https://перспектива–про.рф) и определите свой уровень инклюзив- ной культуры.

***Список рекомендуемой литературы***

* + 1. Алехина С. В., Шеманов А. Ю. Инклюзивная культура как ценностная основа изменений высшего образования // Развитие инклюзии в высшем об- разовании: сетевой подход. Москва, 2018. С. 5–13. (Сер. "Библиотека журна- ла «Психологическая наука и образование»")
    2. Арович Я. Методы работы с волонтерами / под редакцией М. Ю. Ки- селева, И. И. Комаровой // Школа социального менеджмента: сборник статей. Москва: Карапуз, 2004. С. 8–9, 75–85.
    3. Богданова Е. В. Волонтерская деятельность в контексте профессио- нальной деятельности социального педагога // Воспитание: традиции и пер- спективы. К 40-летию кафедры педагогики и психологии ИИГСО НГПУ: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием в рамках V Сибирского педагогического семинара: в 2 томах. Новосибирск: НГПУ, 2010. С. 141–146.
    4. Богданова Е. В. Волонтерская деятельность как фактор формирования положительной мотивации подростков на участие в социальной деятельности // Социализация молодежи в условиях развития современного образования: сборник материалов Международной научно-практической конференции / под редакцией Е. В. Андриенко. Новосибирск: НГПУ, 2004. С. 8–14.
    5. Ветитнев А. М., Круглова М. С. Управление организованной волон- терской деятельностью в ВУЗах России: оценка эффективности и программа оптимального партнерства // Вопросы управления. 2016. № 5 (23). С. 88–98.
    6. Волкова Е. В. Волонтерская деятельность студентов техникума и ее влияние на формирование ценностного отношения к правовой культуре // Теория и практика общественного развития. 2011. № 4. С. 151–155.
    7. Волонтерство // Mama.ru: Сообщество родителей [Электронный ре- сурс]. URL: <http://www.mama.ru/club/inomama/2453/92569/> (дата обращения: 13.02.2021).
    8. Гагарина В. В. Волонтер – это звучит гордо! // Вестник благотвори- тельности. 2007. № 10. С. 12.
    9. Галактионова Г. М. Волонтерская деятельность как средство форми- рования профессиональных компетенций у будущих дефектологов // Социа- лизация личности на разных этапах возрастного развития: опыт, проблемы, перспективы: сборник научных статей IV Региональной научно-

практической конференции (с международным участием) / ответственный редактор Н. В. Михалкович. Гродно: ГрГУ им. Я. Купалы, 2017. С. 18–22.

* + 1. Галактионова Г. М. Волонтерская деятельность по сопровождению обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в системе высшего образования / Инклюзивное образование в ВУЗе: комплект учебно- методических материалов программы курсов повышения квалификации со- трудников образовательных организаций высшего образования, расположен- ных на территории Северо-Западного федерального округа / составитель О. Л. Леханова, под редакцией О. А. Денисовой. Череповец: ЧГУ, 2017. С. 186–188.
    2. Галактионова Г. М. Изучение эффективности вовлечения студентов в волонтерскую деятельность для формирования у обучающихся профессио- нальных компетенций // Студент года 2017: сборник статей II Международ- ного научно-практического конкурса: в 2 ч. Ч. I. Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение», 2017. С. 209–213.
    3. Галактионова Г. М. Формирование у студентов профессиональной направленности и социальных компетенций // Череповецкие научные чте- ния – 2015: Материалы Всероссийской научно-практической конференции в 3-х частях / ответственный редактор Н. П. Павлова. Череповец: ЧГУ, 2016. С. 63–64.
    4. Галактионова Г. М. Роль волонтёрства как вида социальной активно- сти студентов для профессионального становления будущих дефектологов // Педагогическое образование: история (традиции, опыт) и современность: сборник материалов Всероссийской очно-заочной научно-практической кон- ференции, посвященной 140-летию педагогического образования в г. Чере- повце (1–2 июня 2016 г.) / под редакцией Н. В. Гольцовой. Череповец: ЧГУ, 2016. С. 55–57.
    5. Галактионова Г. М. Формирование профессиональных компетенций у будущих дефектологов в рамках работы студенческого волонтерского отряда // Комплексное сопровождение образования и профессионального становления инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья: сборник материалов Международной научно-практической конференции (8– 9 декабря 2016 г.) Череповец: ЧГУ, 2016. С. 62–66.
    6. Галактионова Г. М. Подготовка волонтеров в ВУЗе для сопровожде- ния лиц с ОВЗ и инвалидностью в инклюзивном образовательном простран- стве: дис. … магистр. Череповецкий государственный университет, 2019. 123 с.
    7. Галактионова Г. М., Денисова О. А., Леханова О. Л. Подготовка во- лонтеров по формированию навыков сопровождения лиц с инвалидностью

«Помогая другим, помогаем себе»: Рабочая тетрадь волонтера. Череповец:

ЧГУ; Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов и лиц с ОВЗ, 2018. 40 с.

* + 1. Денисова О. А. и др. Система регионального специального образова- ния: Монография / под общей редакцией О. А. Денисовой. Вологда: ВИРО, 2008. 272 с.
    2. Кохан С. Т., Симонова В.О. Всем, сколько можешь – помогай! // Ме- тодические рекомендации. Чита: ЗабГУ, 2019. 44с.
    3. Кисиленко А. В., Куликова М. Ю. Волонтерская деятельность как направление деятельности МОО «Новое поколение» в Белгородской обла- сти // Экономика и социум. 2016. № 1 (20). С. 552–555.
    4. Курагина Г. С., Иконникова Г. Ю. Ценностные ориентиры студентов педагогического университета, занимающихся волонтерской деятельно- стью // Региональное образование XXI века: проблемы и перспективы. 2012. № 4. С. 209–212.
    5. Лукичева Ю. В. Ценностные ориентации учащейся молодежи, заня- той волонтерской деятельностью // Социальная работа – феномен цивилизо- ванного общества: сборник материалов VI Всероссийской заочной научно- практической конференции с международным участием. Саранск: МГУ име- ни Н.П. Огарева, 2015. 55 с.
    6. Малофеев Н. Н. Специальное образование в меняющемся мире. Рос- сия: учебное пособие для пед. вузов. Москва: Просвещение, 2010. 319 с.
    7. Митичев Е. В. Организация социально-полезной деятельности сту- дентов в рамках волонтерской деятельности ВУЗа // Теория и практика пси- холого-социальной работы в современном обществе: сборник материалов международной заочной научно-практической конференции / под редакцией Т. Т. Щелиной, Ю. Е. Болотина. Арзамас: Арзамасский филиал ННГУ, 2015. С. 332–336.
    8. Мухаметрахимова О. С. Волонтерская деятельность как средство подготовки будущих бакалавров к профессиональной деятельности // Вест- ник Сибирского государственного технологического университета. 2015. № 1. С. 47–49.
    9. Нигматов З. Г., Ахметова Д. З., Челно Т. А. Инклюзивное образова- ние: история, теория, технология. Казань: Познание, 2014. 220 с. URL: [http://biblioclub. ru/index. php?page=book&id=257842](http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=257842) (дата обращения: 13.02.2021).
    10. Огородник С. И. Волонтерская деятельность студентов психолого- педагогического факультета в просветительской деятельности библиотек // Молодой ученый. 2017. № 1–1 (135). С. 89–92.
    11. Политикова И. С. Волонтерская деятельность как платформа для бу- дущей профессиональной деятельности // Социальная ответственность: ас- пекты деятельности гражданских активистов, неформальных объединений,

коммерческих и некоммерческих организаций: сборник материалов Межре- гиональной научно-практической конференции. Рязань: [Рязанская регио-](https://elibrary.ru/publisher_books.asp?publishid=20278) [нальная общественная организация Союз социально активной молодежи](https://elibrary.ru/publisher_books.asp?publishid=20278)

[«Созвездие](https://elibrary.ru/publisher_books.asp?publishid=20278)», 2016. С. 64–66.

* + 1. Поникарова В. Н. Динамика готовности педагогов к инклюзивному образованию: этапы, особенности и тенденции: монография. Курск: Универ- ситетская книга, 2019. 122 с.
    2. Поникарова В. Н. Личностно-ориентированные технологии формиро- вания готовности педагогов к осуществлению инклюзивного образования // Личностно-ориентированные технологии в образовании как фактор безопас- ного развития личности: монография / под редакцией В. Г. Маралова, Н. В. Гольцовой. Череповец: ЧГУ, 2014. С. 256–270.
    3. Поникарова В. Н. Специфика психолого-педагогического сопровож- дения субъектов инклюзивного образования. Череповец: ЧГУ, 2016. 132 с.
    4. Савва К.М. Занятие волонтерской деятельностью как проявление со- циальной активности молодежи // Социальная активность молодежи: векторы развития: сборник материалов II социально-педагогических чтений им. Б. И. Лившица / редакционная коллегия: Б. М. Игошев, И. А. Ларионова, В. А. Дегтерев, А. В. Коротун, А. С. Москалева. Екатеринбург: УГПУ, 2010. С. 69–71.
    5. Сборник по трудоустройству инвалидов, сформированный на основе успешно реализованных региональных практик и мероприятий, в том числе осуществляемых социально ориентированными некоммерческими организа- циями. URL: [https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1001-src-](https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1001-src-1585754245.0802.pdf) [1585754245.0802.pdf](https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1001-src-1585754245.0802.pdf) (дата обращения: 13.02.2021).
    6. Тарасова Н. В. Волонтерская деятельность как историко- педагогический феномен // Педагогическое образование в России. 2012. № 4. С. 46–52.
    7. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами. Москва: РГГУ,

2017. 238 c.

* + 1. Шеманов А. Ю., Екушевская А. С. Формирование инклюзивной куль- туры при реализации инклюзивного образования: вызовы и достижения // Современная зарубежная психология. 2018. Т. 7. № 1. С. 29–37.
    2. Шеманов А. Ю., Попова Н. Т. Инклюзия в культурологической пер- спективе // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 74–82.
    3. Экстрабилити: методик**а** инклюзивного взаимодействия незрячих людей: монография / К. В. Баранников, О. Б. Колпащиков, С. Т. Кохан [и др.]; под редакцией С. Т. Кохана. Чита: ЗабГУ, 2020. 350 с.
    4. Якутин Е. М. Особенности организации рабочих мест ограниченно трудоспособных работников // Идеи и идеалы. 2015. № 3 (25). URL:

https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-organizatsii-rabochih-mest- ogranichenno-trudosposobnyh-rabotnikov (дата обращения: 30. 09. 2020).

* + 1. Ярская В. Н., Ярская-Смирнова Е. Р. Инклюзивная культура социаль- ных сервисов // Социологические исследования. 2015. № 12 (380). С. 133–

140.

***Рекомендуемые интернет-ресурсы***

1. Автономная некоммерческая организация реабилитационных услуг

«Физическая реабилитация». URL: [https://physrehab.ru](https://physrehab.ru/)

1. Группа компаний Исток Аудио. URL: https://[www.](http://www/) istok-audio.com
2. Институт коррекционной педагогики РАО. URL: [https://ikp-rao.ru](https://ikp-rao.ru/)
3. Научная электронная библиотека. URL: [https://cyberleninka.ru](https://cyberleninka.ru/)
4. Российская государственная библиотека. URL: [https://www.rsl.ru](https://www.rsl.ru/)
5. Тифлоцентр «Вертикаль». URL: [https://tiflocentre.ru](https://tiflocentre.ru/)
6. Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного со- провождения детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидно- стью. URL: [https://ovzrf.ru](https://ovzrf.ru/)
7. Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного со- провождения детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидно- стью. URL: [https://ovzrf.ru](https://ovzrf.ru/)
8. Федеральный ресурсный центр ПМПК. URL: https://pmpkrf.ru
9. Информационно-аналитический портал «Перспектива –PRO». URL: https://перспектива–про.рф
10. Международный ресурс по мониторингу инклюзивного образования.

URL: [http://bit.](http://bit/) ly/2020gemreport

1. Вебинары экспертов в помощь. URL: [http://www.givingtuesday.ru/tool?](http://www.givingtuesday.ru/tool) list=tools\_data
2. Сборник лучших кейсов кампании#ЩедрыйВторник2016. URL: <http://nko.economy.gov.ru/PortalNews/Read/3911>

***ЛЕКЦИЯ 2***

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ С ЛЮДЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОВЗ**

**И ИНВАЛИДНОСТЬ**

**2.1.Общие правила коммуникации с людьми, имеющими ограниченные возможности здоровья и инвалидность**

В основе особенностей взаимодействия и правил общения с ин- валидами лежат особые потребности инвалидов и их возможности. Особые потребности определяются уровнем развития лица с ОВЗ, который зависит не только от медицинского диагноза, но и от каче- ства предшествующего обучения и воспитания, условий проживания, отношения семьи к проблемам инвалида и др. Особые потреб- ности предполагают введение специальных условий, включают по- строение «обходных путей», использование специфических средств общения, более дифференцированного, нередко «пошагового» инструктирования и сопровождения. Всё это воплощается в качественной индивидуализации, в особой пространственной и времен- ной организации среды и предполагает расширение границ про- странства жизни инвалида за пределы учреждения и за рамки пери- ода пребывания в организации. Это возможно при взаимодействии и согласованном участии разных специалистов, служб и ведомств, включении семьи в процесс социальной, трудовой и образователь- ной реабилитации инвалидов, особую подготовку специалистов к взаимодействию с инвалидами.

Специалисты должны владеть общими нормами и правилами с*опровождения инвалидов в организации:*

* 1. Инвалидам оказывается необходимая помощь при входе в здание (выходе из здания), сдаче верхней одежды в гардероб (полу- чении и надевании верхней одежды).
  2. В первоочередном порядке уточняется, в какой помощи нуж- дается инвалид, цель посещения учреждения (организации), необ- ходимость сопровождения.
  3. Для обеспечения доступа инвалидов к услугам необходимо:

1. 1. Рассказать инвалиду об особенностях здания:
   * количестве этажей; наличии лифтов, поручней, других при- способлений и устройств для инвалидов применительно к его функциональным ограничениям;
   * расположении санитарных комнат, возможных препятствиях на пути и т. д.;
   * необходимых для получения услуги структурных подразделе- ниях и местах их расположения в здании, в каком кабинете и к ко- му обратиться по вопросам, которые могут возникнуть в ходе предоставления услуги.

3. 2. Познакомить инвалида со специалистами, задействованны- ми в работе с ним, лично, представив по фамилии, имени и отче- ству специалиста и инвалида друг другу. Информировать, к кому он должен обратиться во всех случаях возникающих затруднений.

3. 3. При оказании услуги в учреждении четко разъяснить гра- фик оказания услуги; указать место ее проведения (показать нуж- ный кабинет), акцентировав внимание на путь по учреждению от входа до кабинета, при необходимости сопроводить до места ока- зания услуги.

3. 4. Обеспечить допуск в здание собаки-поводыря, сопровож- дающей инвалида по зрению.

Правила общения с лицами с инвалидностью представлены и за- креплены в ряде документов. Охарактеризуем их:

*Правила этикета при общении с инвалидами* (составлены Карен Мейер)

1. Обращение к человеку: когда вы разговариваете с инвалидом, обращайтесь непосредственно к нему, а не к сопровождающему или сурдопереводчику, которые присутствуют при разговоре.
2. Пожатие руки: когда вас знакомят с инвалидом, вполне есте- ственно пожать ему руку: даже те, кому трудно двигать рукой или кто пользуется протезом, вполне могут пожать руку – правую или левую, что вполне допустимо.
3. Называйте себя и других: когда вы встречаетесь с человеком, который плохо или совсем не видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с вами. Если у вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент вы обращаетесь, и назвать себя.
4. Предложение помощи: если вы предлагаете помощь, ждите, пока ее примут, а затем спрашивайте, что и как делать.
5. Адекватность и вежливость: обращайтесь с взрослыми инвалидами как с взрослыми. Обращайтесь к ним по имени и на «ты», только если вы хорошо знакомы.
6. Не опирайтесь на кресло-коляску: опираться или виснуть на чьей-то инвалидной коляске – то же самое, что опираться или виснуть на ее обладателе, что может раздражать. Инвалидная ко- ляска – это часть неприкасаемого пространства человека, который ее использует.
7. Внимательность и терпеливость: когда вы разговариваете с человеком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, когда человек сам закончит фразу. Не поправляйте его и не договаривайте за него. Никогда не притворяйтесь, что вы понимаете, если на самом деле это не так. Повторите, что вы поняли, это поможет человеку ответить вам, а вам – понять его.
8. Расположение для беседы: когда вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположи- тесь так, чтобы ваши и его глаза были на одном уровне, тогда вам будет легче разговаривать. Разговаривая с теми, кто может читать по губам, расположитесь так, чтобы на вас падал свет и вас было хорошо видно, постарайтесь, чтобы вам ничего (еда, сигареты, ру- ки) не мешало.
9. Привлечение внимания человека: чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помашите ему рукой или похло-

пайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко, но имейте в виду, что не все люди, которые плохо слышат, могут чи- тать по губам.

1. Не смущайтесь, если случайно допустили оплошность, ска- зав: «Увидимся» или «Вы слышали об этом?» тому, кто не может видеть или слышать.

*Декларация независимости инвалида*

* + Не рассматривайте мою инвалидность как проблему.
  + Не надо меня жалеть, я не так слаб, как кажется.
  + Не рассматривайте меня как пациента, так как я просто ваш соотечественник.
  + Не старайтесь изменить меня. У вас нет на это права.
  + Не пытайтесь руководить мною. Я имею право на собствен- ную жизнь, как любая личность.
  + Не учите быть меня покорным, смиренным и вежливым. Не делайте мне одолжения.
  + Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.
  + Поддержите меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество.
  + Помогите мне познать то, что я хочу.
  + Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто не борется в попытке сделать лучше.
  + Будьте со мной, даже когда мы боремся друг с другом.
  + Не помогайте мне тогда, когда я в этом не нуждаюсь, даже ес- ли это доставляет вам удовольствие.
  + Не восхищайтесь мною. Желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.
  + Узнайте меня получше. Мы можем стать друзьями.
  + Будьте моими союзниками в борьбе против тех, кто пользует- ся мною для удовлетворения своих потребностей.
  + Давайте уважать друг друга. Ведь уважение предполагает ра- венство. Слушайте, поддерживайте и действуйте.

**2.2.Особенности взаимодействия и оказания помощи лицам, имеющим комплексные нарушения в развитии**

На данный момент в инклюзивной практике отмечается увеличение численности лиц с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР), психическое и социальное развитие которых отличается качественным своеобразием. При этом специалисты, работающие с заявленной категорией, разграничивают понятия

«сложное нарушение», «осложненное нарушение» и «множественное нарушение».

По определению М. Г. Блюминой, к сложным нарушениям следует относить особенности развития, характеризующиеся наличием двух или более первичных нарушений, каждое из которых суще- ствует в этом комплексе с характерными для него вторичными рас- стройствами.

Чулков В. Н., характеризуя осложненное нарушение развития, выделяет в его структуре одно существенное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в слабой степени, но заметно отягощающее ход развития, например, лица с умственной отсталостью и небольшим снижением слуха. По мнению этого же автора, множественные нарушения характеризуются тремя или более нарушениями (первичными).

Для лиц с ТМНР характерно интеллектуальное и психофизическое недоразвитие в умеренной либо тяжелой степени, которое мо- жет сочетаться с локальными или системными нарушениями зре- ния, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аути- стического спектра, эмоционально-волевой сферы, выраженными в различной степени. У некоторых людей выявляются текущие пси- хические и соматические заболевания, которые значительно осложняют их сопровождение.

Таким образом, совокупность нескольких дефектов в структуре нарушения приводит к сложной, качественно новой картине психи- ческого развития. Так, у данной категории лиц отмечаются специ- фические особенности памяти, внимания, мышления, речи, вооб- ражения, которые затрудняют овладение любыми видами деятель-

ности (предметной, игровой, бытовой и пр.). В связи с этим человек с ТМНР требует значительной помощи, объем которой существен- но превышает содержание и качество поддержки, оказываемой при каком-то одном нарушении: интеллектуальном или физическом.

На первый план среди перечисленных особенностей выступают особенности коммуникации и способы установления контакта при ТМНР. Большая часть лиц с ТМНР владеет элементарной речью: могут выразить простыми словами и предложениями свои потреб- ности, сообщить о выполненном действии, ответить на вопрос от- дельными словами, словосочетаниями или фразой. Другая часть, не владея речью, может осуществлять коммуникацию при помощи естественных жестов, вокализаций, графических изображений, отдельных слогов и стереотипного набора слов.

В процессе сопровождения лиц с ТМНР необходимо руководствоваться правилами этикета при общении с лицами, имеющими ТМНР, а также рекомендациями по сопровождению данной катего- рии лиц в общественном транспорте, открытом и закрытом поме- щении, открытом пространстве и пр.

В процессе ухода за лицами с ТМНР следует руководствоваться общими принципами развивающего ухода в целях преодоления по- следствий депривации (сенсорной, двигательной, эмоциональной и пр.) и расширения их социального опыта.

Развивающий уход за лицами с ТМНР предполагает реализацию повседневной двигательной активности (в том числе профилактику вторичных нарушений у лиц, которые не могут самостоятельно ме- нять положение тела), кормление, одевание и гигиенический уход, а также организацию занятости (чтение, выполнение доступных со- циально-бытовых действий и др.).

Правила общения с людьми с комплексными нарушениями формируются с учётом специфики имеющихся у людей нарушений и объединяют специфические условия взаимодействия с учётом но- зологии нарушения.

**2.3.Особенности взаимодействия и правила общения с людьми с двигательными нарушениями**

Категория лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) является неоднородной по составу (М. В. Ипполитова, Э. С. Калижнюк, Е. В. Клочкова, И. И. Мамайчук, Е. М. Мастюко- ва, О. Г. Приходько, К. А. Семёнова и др.). Основными видами па- тологии опорно-двигательного аппарата являются:

1. НОДА, обусловленные органическими поражениями нервной системы:
   * детский церебральный паралич,
   * последствия полиомиелита, травм и т. д.
2. НОДА вследствие врожденной патологии:
   * врожденный вывих бедра, кривошея,
   * деформации стоп, недоразвитие и дефекты конечностей,
   * аномалии развития позвоночника (сколиоз) и т. д.
3. Приобретенные НОДА:
   * травмы спинного мозга, головного мозга, конечностей и др.).
4. НОДА наследственной этиологии с прогрессирующими мы- шечными атрофиями.

При всем разнообразии НОДА у большинства людей наблюда- ются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект, который проявляется в задержке формирова- ния, недоразвитии, нарушении или утрате двигательных функций. При этом, тяжесть двигательных нарушений может быть различна. В последние годы для определения тяжести двигательных наруше- ний используется международная шкала оценки глобальных мо- торных функций GMFCS, которая выделяет 5 уровней:

I уровень – передвигаются самостоятельно без ограничений, но имеют затруднения с более сложными двигательными навыками;

1. уровень – передвигаются самостоятельно с ограничениями;
2. уровень – передвигаются с использованием дополнительных приспособлений (трости, ходунки и т. п.) по ровной поверхности;
3. уровень – могут самостоятельно сидеть, но не могут ходить. По улице они передвигаются либо в кресле активного типа, либо пассивно транспортируются. Возможно использование кресла с электроприводом для передвижения на большие расстояния;
4. уровень – самый тяжелый: не способны передвигаться без по- сторонней помощи, редко – при использовании адаптированного кресла с электроприводом.

Самую многочисленную группу среди тех, кто относится к кате- гории лиц с НОДА, составляют лица с церебральным параличом (ЦП). У лиц с церебральным параличом уровень моторики по GMFCS не меняется, он один и тот же с двух лет в течение всей жизни. Однако, с возрастом в пределах одного и то же уровня про- исходят естественные изменения. Двигательные расстройства у лиц с ЦП сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности и речи. Поэтому большинство из них нуждается в лечебной и социальной помощи, в психолого- педагогической поддержке и логопедической коррекции. Другие категории людей с НОДА могут не иметь таких тяжелых наруше- ний, часто им даже не требуется специального обучения и воспита- ния.

Для выраженных НОДА характерны: ограниченная двигатель- ная активность, гиподинамия и гипокинезия, которые отрицательно влияют на общее состояние отдельных органов и систем, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной, снижают сопротивляемость организма к различным заболеваниям. Двигательные расстройства могут сопровождаться нарушением интеллектуальных, речевых, перцептивных и коммуникативных функций.

Специфическими особенностями людей с двигательными нару- шениями являются следующие:

* 1. Нарушение рефлекторной сферы (наличие патологических рефлексов).
  2. Задержка, отсутствие, ограничение, недостаточный объем или сила движений.
  3. Наличие параличей и парезов.
  4. Нарушение мышечного тонуса.
  5. Синкинезии (содружественные движения) – непроизвольные движения, сопутствующие произвольным.
  6. Несформированность реакций равновесия и координации движений.
  7. Нарушение ощущения движений и собственного тела.
  8. Гиперкинезы – насильственные движения.
  9. Явления апраксии – неумение выполнять целенаправленные действия.

При НОДА возможны особенности речи от полного ее отсут- ствие до трудностей произношения, таких как: смазанная, нечеткая речь, нарушение темпа речи, нарушение связной речи. Для людей с двигательными нарушениями характерны пропуски звуков, слов, бормотание к концу фразы, наблюдаются нарушения голоса, нару- шения грамматической стороны речи, дыхания.

Особенностями психических процессов при НОДА являются:

* + - нарушение произвольного внимания, всех видов восприятия, памяти, мышлении, воображения, речи;
    - повышенная истощаемость всех психических процессов (астенические проявления), которая выражается в низкой интеллек- туальной работоспособности, в эмоциональной неустойчивости.

Для лиц с НОДА характерны некоторые особенности личности, которые заключаются в пониженном фоне настроения, тенденции к ограничению социальных контактов, заниженной или завышенной самооценке, стереотипных представлениях о других группах инва- лидов, трудностях привыкания к новой обстановке и адаптации в изменяющихся условиях, уходе в болезнь, ипохондрических чертах характера.

Особенности и своеобразие психофизического развития лиц с НОДА определяют специфику их образовательных потребностей. Они испытывают потребность:

* + - в доступной, безбарьерной среде, специальных приспособле- ниях;
    - в использовании специальных методов, приёмов и средств коммуникации (в том числе специализированных компьютерных технологий);
    - в индивидуализации работы с учетом особенностей наруше- ний и индивидуальных возможностей;
    - в увеличении при необходимости сроков выполнения заданий;
    - в деловой и эмоционально комфортной атмосфере;
    - в постепенном расширении пространства, выходящего за пре- делы организации;
    - в учёте специфики восприятия и переработки информации при организации работы и оценке достижений.

*Существуют правила этики при взаимодействии с людьми с НОДА:*

* + - при знакомстве можно просто поздороваться, при возможно- сти – пожать руку;
    - при разговоре обращайтесь напрямую к человеку, имеющему инвалидность, а не к сопровождающему его лицу;
    - в начале разговора представьтесь;
    - обращайтесь к детям с инвалидностью по имени, к подросткам и людям старшего возраста по имени и отчеству;
    - прежде чем оказать помощь человеку с НОДА, уместно спро- сить – нужна ли она. Если нужна, то уточните, в чем помощь долж- на заключаться. Многие люди с НОДА вполне самостоятельны. Ес- ли же ваша помощь принимается – спрашивайте, что и как делать. Если вам не все ясно, попросите повторить инструкцию;
    - не следует относиться к человеку с инвалидностью как к объ- екту жалости;
    - будьте внимательны, дружелюбны, терпеливы.

Кроме этого, разработаны *правила поведения при взаимодей- ствии с людьми с нарушением опорно-двигательного аппарата:*

1. При общении с человеком, использующим инвалидную ко- ляску, постарайтесь находиться с ним на одном уровне – присядьте на корточки, или отойдите от него, чтобы он мог на вас нормально смотреть.
2. Не прикасайтесь без необходимости к коляске, так как она – продолжение тела человека с НОДА и входит в его личное про- странство. Не стоит опираться на нее или, тем более, катить без

спроса. Не пытайтесь без спроса поднять коляску с инвалидом и пронести ее в тех местах, где нет пандуса или лифта.

1. Не желательно прикасаться к человеку, находящемуся в инва- лидной коляске, хлопать его по спине или по плечу.
2. Если вы катите коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.
3. Если вы готовите встречу, в которой участвуют люди, ис- пользующие коляски или испытывающие трудности в передвиже- нии, исследуйте помещение на предмет его доступности (есть ли барьеры, пороги, ступени, двери и т. д.), найдите сотрудников, го- товых помочь. Всегда лично убеждайтесь в доступности мест, где запланированы мероприятия. Позаботьтесь о том, чтобы человек, использующий коляску, мог дотянуться до нужных ему вещей.
4. Если человек на коляске расположился таким образом, что мешает пройти другим людям, его можно подвинуть, но сначала нужно поговорить с хозяином коляски, объяснить, почему именно нужно его передвинуть.
5. Если вы видите человека с гиперкинезами, не следует явно обращать внимание на его движения. При разговоре не отвлекай- тесь на непроизвольные движения вашего собеседника, потому что невольно можете пропустить что-то важное.
6. Перед тем, как сесть за стол с человеком, который не может управлять своими руками, поинтересуйтесь, что ему понадобится для удобства. Если человек, который не может управлять руками, обратился к вам с необычной просьбой (достать документы, набрать номер на телефоне, достать что-то из его сумки и др.), не бойтесь выполнить эту просьбу. При этом не нужно расплачиваться за него. Однако, прежде, чем предложить свою помощь, спросите, нужна ли она: некоторым помощь посторонних только мешает.
7. Не бойтесь противоречить человеку с гиперкинезами, боясь его разволновать. Позиция «только не волнуйся», «ладно» приведет к потере времени и нервов. Спокойно излагайте свои аргументы, даже если видите, что ваш собеседник нервничает.

В целом, взаимодействуя с людьми с нарушением опорно- двигательного аппарата, нужно вести себя естественно и дружелюбно.

**2.4.Особенности взаимодействия и правила общения с людьми с эмоциональными и поведенческими трудностями**

Понятие «эмоциональные и поведенческие трудности» включает в себя широкий спектр состояний (Е. Р. Баенская, В. М. Башина, К. С. Лебединская, М. М. Либлинг, С. А. Морозов, Т. И. Морозова, О. С. Никольская, Т. Петерс, Э. Шоплер и др.) Чаще всего подоб- ные состояния проявляются в повышенной эмоциональной возбу- димости, неустойчивости вегетативных функций, повышенной ис- тощаемости нервной системы. Однако, наибольшие сложности во взаимодействии с социумом наблюдаются у людей с расстройства- ми аутистического спектра (РАС). Аутизм (от латинского слова

«authos» – сам, внутри себя) является тяжёлой формой патологии развития, характеризующейся нарушениями социальных, коммуни- кативных и речевых функций, а также наличием нетипичных инте- ресов и форм поведения. Клинико-психологическая структура аутизма как особой аномалии развития была почти одновременно описана тремя авторами: Л. Каннером (1943), Г. Аспергером (1944) и С. С. Мнухиным (1947). В связи с тем, что форм аутизма много (атипичный аутизм, психогенный аутизм, вторичная аутизация при глухоте, слепоте, синдром Ретта и др.), а коррекционная работа имеет сходные направления, то сейчас используют термин РАС (расстройства аутистического спектра).

РАС имеет полиэтиологию (множественность причин возникно- вения). Выявлено более 30 различных патогенных факторов, кото- рые способны привести к формированию аутизма. Ведущими при- знаны генетические факторы. Аутизм также может проявляться в рамках других патологий развития.

Не углубляясь в специфические классификации РАС, очень обобщенно можно разделить людей с РАС на 2 основные группы:

1. Люди с аутизмом с низким уровнем функционирования.

Обычно, у людей этой группы отсутствует период нормального развития в детском возрасте, аномалии проявляются в возрасте до трех лет. У людей всегда имеются нарушения социального взаимо- действия, нарушения общения и речи. Наблюдаются стереотипные модели поведения и виды деятельности. У большинства имеется задержка развития, нарушения или специфичность в формировании психических процессов, трудности при организации досуга. Часто наблюдаются следующие нарушения:

* + страхи/фобии,
  + нарушения сна или пищевого поведения,
  + вспышки гнева и агрессивность, нанесение самоповреждений. Характерные для аутизма нарушения с возрастом меняются, од-

нако полностью не исчезают.

1. Люди с аутизмом с высоким уровнем функционирования (синдром Аспергера).

В этом случае аутизм диагностируется позднее, чаще при необ- ходимости интегрироваться в социум (дошкольное учреждение, школу). У людей с высокофункциональным аутизмом наблюдаются следующие основные особенности:

* + нарушения социального взаимодействия;
  + необычные интересы и стереотипные формы поведения;
  + отсутствие задержки развития речи (в отличие от РДА) и ин- теллекта;
  + нарушения внимания, поглощенность собой;
  + неуклюжесть в движениях;
  + неумение ориентироваться в социальных ситуациях;
  + дисгармоничность эмоциональной сферы.

У людей с РАС отмечается своеобразие большинства психиче- ских функций. Наиболее ярко РАС проявляется в возрасте 3–5 лет. В области восприятия отмечается преобладание периферического зрения над центральным, преобладание частототонального слуха над фонематическим, интерес к сенсорным ощущениям, повышенная чувствительность к отдельным сенсорным раздражителям, фрагментарность восприятия. В моторной сфере – задержка ее раз-

вития, неловкость произвольных движений, наличие стереотипных движений. Речь может варьироваться от полного ее отсутствия до нормативно развернутых форм. Проявления нарушений речи многообразны:

* мутизм – отсутствие речи;
* эхолалии – лишенное смысла повторение сказанного другим лицом;
* слова-штампы – речевые стереотипы;
* отсутствие личных местоимений. Отсутствие обращений;
* своеобразная семантика;
* особенности интонации и т. д.

При аутизме часто наблюдается легкая или умеренная умственная отсталость, вместе с тем, РАС обнаруживаются и у детей, чье интеллектуальное развитие оценивается как нормальное и высокое. Интеллектуальные функции развиты неравномерно. Человек с РАС не в состоянии активно перерабатывать информацию, приспосабливаться к меняющемуся миру, непостоянству намерений другого человека. У него наблюдаются сложности в символизации, перено- се навыков из одной ситуации в другую, ограниченность в осозна- нии подтекста происходящего. Имеются трудности в понимании времени, последовательности событий, причины и следствия. Часто страдает социальный интеллект – возникают проблемы с понима- нием логики другого человека, учётом его представлений. Пове- денческая сфера нарушена всегда. Наблюдается отсутствие чувства самосохранения или его искажение, негативизм – уход от ситуации обучения, произвольной организации жизни, деструктивное пове- дение, в некоторых ситуациях – страхи, агрессия, самоагрессия. Эти проявления возрастают при неадекватном подходе к человеку с РАС и, наоборот, уменьшаются при выборе доступных для него форм взаимодействия. К личностным особенностям людей с РАС можно отнести отклонения в невербальном поведении (своеобразие жестов, мимики, манер), отсутствие умений устанавливать непри- нужденные контакты с людьми, неспособность к эмоциональному сопереживанию и адекватному выражению чувств, неуклюжесть в движениях.

Специфическими особенностями людей с РАС являются следу- ющие:

* + стереотипии – однообразное поведение с элементами одержи- мости;
  + приверженность к сохранению неизменности окружающего –

«феномен тождества».

*Для общения с аутичным человеком нужно соблюдать ряд про- стых правил*:

* Говорите простыми предложениями, делайте паузы.
* Не повышайте голос.
* Не требуйте зрительного контакта.
* Не трогайте человека с аутизмом без разрешения.

Кроме того, у каждого человека с аутизмом есть сильные и сла- бые стороны, которые важно учитывать при обучении и взаимодей- ствии:

* Людям с аутизмом проще находиться среди небольшой группы людей, поэтому занятия лучше проводить малыми группами.
* Им легче жить по заранее составленному плану, поэтому нель- зя резко изменять расписание занятий или других мероприятий.
* Людям с аутизмом трудно переносить некоторые звуки или сильный шум, поэтому не обращайте внимания, если на них надеты шумопоглощающие наушники.
* Людям с аутизмом проще ориентироваться на визуальные сиг- налы, поэтому им нужно давать визуальные подсказки, где это воз- можно. Например, составить расписание мероприятия и вычерки- вать каждую завершившуюся часть. Использовать кодирование цветом или визуальные знаки, чтобы обозначить туалетные комна- ты или комнату сенсорной разгрузки. Использовать таймер для обозначения течения времени. Если на каком-то мероприятии су- ществуют особые правила поведения, то их тоже лучше предста- вить в виде символических изображений или надписей.

Для подобных целей также существуют компьютерные про- граммы, позволяющие следить за временем, составлять расписания, общаться без слов.

Все эти правила могут помочь человеку с аутизмом легче обу- чаться, общаться, лучше понимать окружающие события.

Значительную группу людей с эмоциональными и поведенче- скими расстройствами составляют люди с расстройствами лично- сти.

*Расстройства личности* – стойкие личностные дисгармонии, для которых характерны:

* выраженность патологических свойств личности, препятству- ющих полноценной адаптации к среде;
* тотальность личностных девиаций;
* относительная стабильность, малая обратимость;
* наличие совокупности расстройств определенной клиниче- ской структуры (за исключением мозаичной психопатии);
* тенденция к однотипному способу поведенческого реагирова- ния; появление «психопатического цикла», способствующего ста- билизации личностной патологии: дисфория – конфликт – личност- ная реакция (усугубление психопатических свойств).

Наиболее часто встречаются:

* параноидное расстройство личности, которое характеризуется выраженной подозрительностью, связанной с постоянной и не- обоснованной тенденцией истолковывать действия окружающих как подозрительные или даже опасные;
* шизоидное расстройство личности, для которого характерны ограниченная способность к эмоциональному реагированию и про- явлению чувств, ангедония, эмоциональная холодность, отгоро- женность, социальное безразличие и изолированность, робость и закрытость в контактах;
* диссоциальное расстройство личности с конституциональной склонностью к девиантному и делинквентному поведению, которая проявляется уже в детском возрасте. Отмечаются такие характеро- логические особенности, как недостаток эмпатии, эмоциональная холодность, эгоцентризм, а также дефицит совестливости, импуль- сивность, хроническая раздражительность, ненадежность, трудно- сти в контактах, недооценка или непризнание социальных норм;
* эмоционально нестабильное расстройство личности. Оно реа- лизуется в двух вариантах. *Импульсивный тип*: недостаточный кон- троль за импульсивностью, неумение управлять аффектами, повы- шенная возбудимость и тенденция, особенно в ситуациях фрустра- ции, к вспышкам насилия или угрожающего поведения. *Погранич- ный тип*: нестабильность настроения и межличностных отношений, кризы идентичности, вспышки агрессии при эмоциональном стрес- се, аутоагрессивные тенденции вплоть до значительных само- повреждений и парасуицидальных действий.

В динамике становления расстройства личности различают ряд этапов: сначала отдельные патологические реакции, возникающие в ответ на провоцирующие влияния среды, затем более длительные патологические состояния и, наконец, формирование расстройства личности как стойкой девиации. Сама психопатическая личность как бы утяжеляет окружающую среду, внося в нее дисгармонию и конфликт и тем самым создавая новый порочный круг, фиксирую- щий и усиливающий патологические черты характера.

В некоторых случаях эмоциональные и поведенческие расстрой- ства, связанные с текущим психиатрическим заболеванием, могут проявиться в остром расстройстве психики. Психоз острый или острое расстройство психики – это галлюцинации, бред, депрессия и др. Всё это требует экстренной помощи. Больные в остром психо- зе, защищаясь от мнимых угроз, могут совершать поступки, опас- ные для себя и окружающих. В этих условиях следует:

* проявлять спокойствие и доброжелательность,
* установить необходимый контакт,
* возбужденного, агрессивного больного следует изолировать от окружающих, для чего обычно требуется помощь нескольких чело- век,
* если успокоение не наступает и есть риск нанесения вреда себе или окружающим, следует удержать и уложить больного на спину так, чтобы человек не смог нанести себе повреждений и вызвать бригаду скорой помощи. Если больной не подпускает к себе, во- оружившись каким-либо предметом, к нему подходят с нескольких сторон одновременно, держа перед собой предметы, которые могут

смягчить удар. Чтобы удержать больного, прижимают его ноги и руки, причем ноги удерживаются давлением на бедра, а руки – на область плечевого сустава. При этом действовать надо осторожно, чтобы не причинить боли и не нанести повреждений. Голову удер- живают, прижимая ее к подушке полотенцем, фиксированным на лбу.

На случай иных состояний, которые являются доминирующими в поведении людей данной группы, существуют общие правила общения.

*Правила общения с людьми с эмоциональными и поведенческими трудностями:*

1. Не надо думать, что люди с эмоциональными и поведенче- скими трудностями обязательно нуждаются в дополнительной по- мощи и специальном обращении.
2. Обращайтесь с людьми с эмоциональными и поведенчески- ми трудностями как с личностями. Не нужно делать преждевре- менных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.
3. Не следует думать, что люди с эмоциональными и поведен- ческими трудностями более других склонны к насилию. Это миф. Если вы дружелюбны, они будут чувствовать себя спокойно.
4. Неверно, что люди с эмоциональными и поведенческими трудностями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей.
5. Если человек, имеющий эмоциональные и поведенческие трудности, расстроен, спросите его спокойно, что вы можете сде- лать, чтобы помочь ему. Не говорите резко, даже если у вас есть для этого основания.

**2.5.Вербальная и невербальная коммуникация**

**и правила общения с людьми с нарушениями слуха**

Лица с нарушениями слуха, использующие слуховые аппараты, представлены двумя основными группами: глухие и слабослыша-

щие. Развитие устной речи и объем использования невербальных средств коммуникации у лиц со слуховыми нарушениями , зависит от степени потери слуха, времени воздействия вредности, индиви- дуальных психофизических особенностей, сроков диагностирова- ния и начала обучения (Боскис Р. М., Волкова К. А., Денисо- ва О. А., Головчиц Л. А., Зайцева Г. Л., Зыков С. А., Зыкова Т. С., Заболтина В. В., Зикеев А. Г., Леонгард Э. И., Носкова Л. П., Пе- лымская Т. В., Рау Ф. А., Рау Ф. Ф., Речицкая Е. Г., Кобрина Л. М., Казанская В. Л, Коровин К. Г., Пархалина Е. В., Шматко Н. Д. и др.). Существенное варьирование показателей остаточного слуха и разница в сроках проведения слухопротезирования у таких людей обусловливает разницу в речевом и познавательном статусе. Среди людей со слуховыми проблемами совсем недавно появилась новая особая группа – лица с кохлеарными имплантами, у которых появ- ляются широкие возможности социализации и инклюзии благодаря их новым слуховым и речевым возможностям (Малофеев Н. Н., Гончарова Е. Л., Кукушкина О. И., Сатаева А. И., Люкина А. С., Красильникова О. А., Ильюшина С. В., Королева И. В. и др.). Что- бы кохлеарная имплантация выполнила свою функцию (появление слухового поведения и естественный путь речевого развития) такие дети должен обучаться среди слышащих и получать специальную коррекционную помощь сурдопедагога.

При глухоте ведущим каналом восприятия в процессе общения является зрительный анализатор. Значительные трудности в грам- матическом оформлении речи и общении с помощью устной речи делают ведущей формой повседневного общения дактильную и же- стовую речь. Слабослышащие люди имеют больше возможностей, чем глухие, в использовании устной речи в процессе общения с окружающими и в восприятии речи на слух, однако последнее мо- жет быть затруднено.

Трудности, возникающие лиц с нарушениями слуха в процессе общения, могут быть вызваны особенностями слухового внимания и памяти, недостаточностью словарного запаса и освоения грамма- тики, ограниченностью общих представлений и затруднениями в понимании речи. У них могут возникать сложности восприятия

устной речи на слух, понимания устной речи, особенно в шуме или когда нет возможности видеть лицо говорящего человека. В про- цессе взаимодействия с неслышащим человеком необходимо учи- тывать эти трудности и соблюдать специальные правила общения.

Для глухих людей характерен недостаточный уровень овладения устной речью, выраженные особенности познавательной деятель- ности, своеобразие восприятия, памяти и мышления. Ведущим ка- налом восприятия является зрительный, ведущей формой повсе- дневного общения – дактильная и жестовая речь.

В качестве дополнительных информационных каналов в процес- се общения с людьми с нарушениями слуха необходимо использо- вать естественные жесты и мимику, язык телодвижений (пантоми- мику) и специфические средства – дактилологию и жестовый язык глухих.

Термин «дактилология» (от греч. dactilos – палец, logos – слово) используется в двух основных значениях. Во-первых, так называют алфавит, воспроизведенный пальцами руки, а во-вторых, это обще- ние при помощи ручной азбуки, т. е. дактильной речи.

Дактильная речь обращена, как правило, к глухому собеседнику, который воспринимает зрительно дактилирование и зрительно же (или слухо-зрительно) устную речь говорящего.

Дактильной речью пользуются глухие в межличностной комму- никации, а также слышащие – в общении с глухими; реже – глухие, разговаривая со слышащими. В условиях непринужденного неофи- циального общения со сверстниками и взрослыми неслышащими глухие, как правило, пользуются жестовой речью. Однако, исполь- зуя жестовую речь, они включают в свои жестовые высказывания дактилируемые слова и словосочетания.

Жестовая речь – это система специальных жестов, которыми глухие люди общаются друг с другом. Существует разговорная и калькирующая жестовая речь. Дети из глухих семей осваивают раз- говорную жестовую речь в семье. Грамматические правила разго- ворного жестового языка отличаются от грамматики устной речи.

Русский жестовый язык (РЖЯ) – своеобразная лингвистическая система, обладающая собственной лексикой и грамматикой. Поря-

док жестов в высказываниях РЖЯ более свободный, чем в предло- жениях русского литературного языка. Союзы, как правило, в РЖЯ не используются. Устная речь при исполнении высказывания от- сутствует. Для передачи различных грамматических категорий ис- пользуются специальные жесты. В повествовательном предложе- нии: на первом месте – подлежащее, на последнем – сказуемое; во- прос – в конце фразы. В РЖЯ есть высказывания, в которых одновременно двумя руками выполняются 2 жеста. Они передают: пространственные отношения, причинно-следственные связи. Выделяют три главных компонента, из которых состоит каждый жест: конфигурацию, пространственное положение, движение. Специфи- ка структуры жеста заключается, прежде всего, в своеобразии свя- зей между его компонентами: они воплощаются в жесте одновре- менно. Этим жест принципиально отличается от слова, в котором фонемы реализуются последовательно во времени. Разговорная же- стовая речь используется в условиях непринужденного неофици- ального общения.

Слабослышащие имеют возможность воспринимать речь на слух, но восприятие затруднено, отмечаются выраженные трудно- сти, имеется потребность в зрительном подкреплении информации. Для лиц с нарушениями слуха характерны следующие особен-

ности:

* общие базовые знания во многих областях сравнительно огра- ничены и не закреплены;
* самостоятельное образование путем чтения книг невозможно, т. к. у большинства глухих отсутствует необходимый для этого уровень чтения;
* имеется ограниченность и замедленность слухового восприя- тия;
* наблюдается ограниченная речевая компетенция;
* выражены затруднения в грамматическом оформлении речи (употребление существительных в неправильной падежной форме, изменение типа склонения, рода, неправильное использование предлогов);
* имеются трудности при воспроизведении письменных текстов (как под диктовку, так и по памяти);
* затруднено понимание словесного условия поставленных за- дач;
* ограничен словарный запас;
* имеются трудности понимания устной речи, особенно в шум- ном помещении или когда нет возможности видеть лицо говоряще- го человека;
* недостаточно сформирован навык общения с помощью устной речи;
* существует тенденция к взаимоуподоблению сходных объ- ектов при отсроченном воспроизведении информации;
* наблюдается недоразвитие логического мышления;
* заметно отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее;
* имеются трудности анализа и синтеза объектов (выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки);
* неэффективно словесно-зрительно-артикуляционное восприя- тие материала;
* медленно образуется система соподчиненных и сопоставимых друг с другом понятий;
* наблюдается отставание в формировании приемов опосредо- ванного запоминания материала;
* существуют сложности переключения с конкретно-образного мышления на словесно-логическое;
* имеется склонность к формальным действиям, оперированию по привычному образцу с ориентацией на внешние, нередко несу- щественные признаки объекта;
* снижена устойчивость внимания на протяжении рабочего дня, длительный период врабатывания.

Лица с кохлеарным имплантом могут испытывать следующие трудности:

* 1. Восприятие речи на слух из-за плохих акустических условий (на расстоянии, в шуме, при наличии эха в помещении), недостаточной внятности речи говорящего и проблем слухового внимания и памяти.
  2. Проблемы понимания речи из-за недостаточного развития языковой системы.

Нарушения слуха приводят к формированию специфических особенностей в развитии личности:

* + - неуверенность в себе,
    - неоправданная зависимость от окружающих,
    - низкая коммуникабельность,
    - наличие повышенной тревожности, неврозов, страхов,
    - эгоизм, пессимизм,
    - неадекватная (заниженная или завышенная) самооценка,
    - неумение управлять собственным поведением,
    - повышенная вспыльчивость, агрессивность, замкнутость,
    - недостаточное развитие эмоциональной и социальной сфер личности из-за неполного понимания сигналов окружающих в про- цессе межличностной коммуникации.

*Правила этикета при общении с инвалидами, имеющими нару- шения слуха:*

1. Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него. Не затемняйте свое лицо и не загораживайте его ру- ками, волосами или какими-то предметами. Ваш собеседник дол- жен иметь возможность следить за выражением вашего лица.
2. Существует много способов общения с людьми, которые пло- хо слышат. Помните, что не во всех случаях с людьми, имеющими нарушения слуха, нужно говорить более громко. Говорите ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то. Кричать, особенно в ухо, тоже не надо. Иногда необходимо лишь снизить высоту го- лоса, так как человек утратил способность воспринимать высокие частоты. Иногда достаточно говорить более чётко. В некоторых случаях понадобится письменное общение, а в других – общение

при помощи жестов и дактилологии. Если вы не знаете, какой спо- соб общения предпочесть, не стесняйтесь спросить.

1. Если вы общаетесь через сурдопереводчика, не забудьте, что обращаться надо непосредственно к собеседнику, а не к переводчи- ку.
2. Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Вам лучше всего спросить об этом при первой встрече. Если ваш собеседник обладает этим навыком, нужно соблюдать несколько важных правил. Помните, что только три из десяти слов хорошо прочитываются. Нужно смотреть в лицо собеседнику и говорить ясно и медленно, использовать простые фразы и избегать несуще- ственных слов. Нужно использовать выражение лица, жесты, тело- движения, если хотите подчеркнуть или прояснить смысл сказанно- го.
3. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, назовите его по имени. Если ответа нет, можно слегка тронуть че- ловека или же помахать рукой. Если вы сообщаете информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напишите ее, сообщите по электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.
4. Если вас просят повторить что-то, попробуйте перефразиро- вать свое предложение, используйте жесты. Убедитесь, что вас по- няли. Не стесняйтесь спросить, понял ли вас собеседник.
5. Не забывайте о среде, которая вас окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.

**2.6.Особенности взаимодействия и правила общения с людьми с нарушениями зрения**

Нарушения зрения представлены двумя нозологическими груп- пами – слепота и слабовидение (Галактионова Г. М., Дениски- на В. З., Ермаков В. П., Кантор В. З., Литвак А. Г., Никулина Г. В., Плаксина Л. И., Подколизина Е. Н., Рогушин В. К., Солнцева Л. И.,

Сорокин В. М., Феоктистова В. А., Фомичева М. Л. и др.). Слепые принципиально не способны к полному и точному зрительному восприятию информации, поэтому ведущим у них является осяза- тельный тип восприятия. Кроме того, в деятельности слепых важ- ную роль играют и другие сохранные анализаторы: слух, обоняние, вибрационная и вкусовая чувствительность.

Слабовидящие имеют остаточное зрение, которое существенно варьируется в объёме и качественных характеристиках. Это обуча- ющиеся с нарушениями цветовосприятия, глазодвигательной коор- динации, различительной способности глаз, поля зрения, с низкой остротой зрения и другими вариантами зрительной патологии. Та- кие люди имеют трудности с восприятием информации, предъявля- емой зрительно, нуждаются в слухо-зрительном и аудиальном предъявлении материала. Поскольку у слабовидящих зрение оста- ется ведущим видом восприятия, для повышения качества воспри- нимаемых данных этим людям необходимо использовать оптиче- ские средства коррекции и тифлотехнические средства.

Для лиц с нарушениями зрения характерны следующие черты восприятия и переработки информации:

* + фрагментарность восприятия;
  + уменьшение объёма усваиваемого материала;
  + замедление темпа работы;
  + агглютинация (сжатие) усваиваемого материала;
  + доминирование когнитивного уровня интеграции последова- тельной информации;
  + трудности концентрации на материале;
  + более длительный период автоматизации действий и выработ- ки навыка;
  + проблемы в двигательных умениях и процессуальные трудно- сти в них;
  + ошибки восприятия взаимоотношений и взаимосвязей между объектами;
  + вербализм представлений, выражающийся в нарушении связи между словами и образами;
* компенсаторно более развитая способность к слуховому вос- приятию и удержанию аудиальной информации, а также к более длительной и устойчивой активности сознания.

Помимо вышеперечисленного, у таких людей имеются следую- щие проблемы:

* склонность к гиподинамии,
* проблемы с пространственным ориентированием,
* нарушения равновесия и координации движений,
* нарушения осанки, скорости, ритма и точности движений,
* повышенная утомляемость,
* снижение работоспособности.

Нарушения зрения чаще всего не являются изолированным нарушением (могут сочетаться с нарушениями речи, интеллекта, опорно-двигательного аппарата, слуха и пр.) и существенным обра- зом влияют на адаптацию и социализацию таких людей. Для лич- ности слепых и слабовидящих обучающихся часто свойственно:

* слабая ориентация в социуме,
* пробелы в знаниях,
* дефицит коммуникабельности,
* завышенные/заниженные представления о своих возможно- стях,
* неадекватное отношение к себе,
* снижение познавательной активности,
* замкнутость и обращение к внутренней стимуляции,
* переживание отсутствия самоуверенности и самодостаточно- сти,
* нерешительность,
* неуверенность в себе и завтрашнем дне.

Отмечается своеобразие в речевом развитии слабовидящих. У них обнаруживается снижение динамики в развитии и накоплении языковых средств и выразительных движений; слабая связь речи с предметным содержанием; особенности формирования речевых навыков; недостаточный запас слов, обозначающих признаки предметов и пространственные отношения; трудности вербализа- ции зрительных впечатлений и др. Для детей с нарушениями зрения

характерно наличие определенных трудностей в овладении языко- выми (фонематический состав, словарный запас, грамматический строй) и неязыковыми (мимика, пантомимика, интонация) сред- ствами общения, особенности в осуществлении коммуникативной деятельности (трудности восприятия, интерпретации продуцирова- ния средств общения).

Для успешной социализации инвалидов по зрению необходимо обеспечить:

* + целенаправленное обогащение чувственного опыта через ак- тивизацию, развитие, обогащение зрительного восприятия и со- хранных анализаторов;
  + руководство зрительным восприятием;
  + расширение и обогащение предметных и пространственных представлений, формирование и расширение понятий;
  + систематическое и целенаправленное развитие логических приемов переработки учебной информации;
  + обеспечение доступности учебной информации для зритель- ного восприятия слабовидящими;
  + использование индивидуальных материалов;
  + учет темпа работы, увеличение времени на выполнение работ;
  + активное использование речи как средства компенсации нарушенных функций в образовательном, трудовом и социальном процессах;
  + целенаправленное формирование и поддержка умений и навыков зрительной ориентировки в микро- и макропространстве;
  + создание условий для развития у слабовидящих инициативы, познавательной и общей активности за счет привлечения их к уча- стию в различных (доступных) видах деятельности;
  + повышение коммуникативной активности и компетентности;
  + поддержание и наращивание зрительной работоспособности слабовидящего;
  + поддержание психофизического тонуса;
  + совершенствование и развитие регуляторных (самоконтроль, самооценка) и рефлексивных (самоотношение) образований.

*Методические аспекты взаимодействия с инвалидами по зре- нию* заключаются в следующем:

* дозирование нагрузок;
* возможность использования специального программного обеспечения и специального оборудования, предоставляемого ин- валидам по линии ФСС и позволяющего компенсировать зритель- ный дефект;
* предоставление материала в текстовом электронном формате, позволяющем переводить плоскопечатную информацию в аудиаль- ную форму и выпуклопечатную электронную форму;
* предоставление возможности предварительного ознакомления с материалом за счёт размещения информации в цифровой среде;
* использование чёткого и увеличенного по размеру шрифта и графических объектов в мультимедийных презентациях;
* использование инструментов «лупа», «прожектор» при работе с интерактивной доской;
* озвучивание визуальной информации, представленной инва- лидам в ходе встреч;
* обеспечение раздаточным материалом, дублирующим инфор- мацию, выводимую на экран;
* наличие подписей и описания у всех используемых рисунков и иных графических объектов, что даёт возможность перевести письменный текст в аудиальный;
* обеспечение особого речевого режима взаимодействия: тексты читаются громко, разборчиво, отчётливо, с паузами между смысло- выми блоками информации, обеспечивается интонирование, повто- рение, акцентирование, профилактика рассеивания внимания;
* минимизация внешнего шума и обеспечение спокойной аудиальной обстановки;
* предъявление информации в чуть более медленном темпе;
* предоставление возможности вести запись информации в удобной форме (аудиально, аудиовизуально, в виде пометок в зара- нее подготовленном тексте);
* использование не только зрительных, но и иных сенсорных модальностей (слуховых, тактильных, вестибулярных), активизи- рующих процесс сенсорного замещения;
* увеличение доли методов социальной стимуляции (обращение внимания, апелляция к ограничениям по времени, контактные виды взаимодействия, групповые работы и др.);
* минимизирование заданий, требующих активного использова- ния зрительной памяти и зрительного внимания;
* применение поэтапной системы контроля, более частый кон- троль выполнения заданий, что способствует профилактике рассеи- вания внимания;
* активизация реабилитационного потенциала за счёт примене- ния рефлексивно-деятельностного подхода, адаптивного спорта и физкультуры.

Все эти мероприятия позволят оптимизировать деятельность ин- валидов по зрению.

*Правила этикета при общении с инвалидами, имеющими нару- шения зрения или незрячими:*

1. Предлагая свою помощь, направляйте человека, не стиски- вайте его руку, идите так, как вы обычно ходите. Не нужно хватать слепого человека и тащить его за собой.
2. Опишите кратко, где вы находитесь. Предупреждайте о пре- пятствиях: ступенях, лужах, ямах, низких притолоках, трубах и т. п.
3. Используйте, если это уместно, фразы, характеризующие звук, запах, расстояние. Делитесь увиденным.
4. Обращайтесь с собаками-поводырями не так, как с обычными домашними животными. Не командуйте, не трогайте и не играйте с собакой-поводырем.
5. Если вы собираетесь читать незрячему человеку, сначала пре- дупредите об этом. Говорите нормальным голосом. Не пропускайте информацию, если вас об этом не попросят.
6. Если требуется работа с важным письмом или документом, не нужно для убедительности давать его потрогать. Не заменяйте чте- ние пересказом. Если незрячий человек должен подписать доку-

мент, прочитайте его обязательно. Инвалидность не освобождает слепого человека от ответственности, обусловленной документом.

1. Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если он вас не видит, а не к его зрячему компаньону.
2. Всегда называйте себя и представляйте других собеседников, а также остальных присутствующих. Если вы хотите пожать руку, скажите об этом.
3. Когда вы предлагаете незрячему человеку сесть, не усаживай- те его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник. Не води- те по поверхности его руку, а предоставьте возможность самостоя- тельно потрогать предмет.
4. Когда вы общаетесь с группой незрячих людей, не забывайте каждый раз называть того, к кому вы обращаетесь.
5. Не заставляйте вашего собеседника вещать в пустоту: если вы перемещаетесь, предупредите его.
6. Вполне нормально употреблять слово «смотреть». Для не- зрячего человека это означает «видеть руками», осязать.
7. Избегайте расплывчатых определений и инструкций, кото- рые обычно сопровождаются жестами, выражений вроде «Стакан находится где-то там на столе». Старайтесь быть точными: «Стакан посередине стола».
8. Если вы заметили, что незрячий человек сбился с маршрута, не управляйте его движением на расстоянии, подойдите и помогите выбраться на нужный путь.
9. При спуске или подъеме по ступенькам ведите незрячего перпендикулярно к ним. Передвигаясь, не делайте рывков, резких движений. При сопровождении незрячего человека не закладывайте руки назад – это неудобно.

**2.7.Особенности взаимодействия и правила общения с людьми с речевыми нарушениями**

Нарушения речи многообразны, они могут быть связаны с расстройствами устной и/или письменной речи и проявляться не толь-

ко в недостатках произношения, но и в своеобразии лексико- грамматического строя языка, в недоразвитии связной речи, в спе- цифических ошибках письма и чтения, в нарушениях темпо- ритмической организации речи, изменениях голоса и некоторых других. Речевые нарушения могут быть как врожденными, так и приобретенными.

В специальной литературе различные виды речевых нарушений представлены в нескольких классификациях: в клинико- педагогической (А. Куссмауль, М. Е. Хватцев, Ф. А. Рау, О. В. Правдина, С. С. Ляпидевский), в психолого-педагогической (Р. Е. Левина и др.), в Международной классификации болезней (МКБ-10), в классификации А. Н. Корнева. Ориентируясь на линг- вистические, клинические, психологические и педагогические под- ходы к характеристике речевых расстройств, можно выделить нарушения устной и письменной речи. К нарушениям устной речи относятся расстройства фонационного (фонетического, мелодико- интонационного, темпо-ритмического) оформления высказывания (дислалия, ринолалия, дизартрия, афония, дисфония, ринофония, фонастения, тахилалия, брадилалия, заикание, фонетическое недо- развитие речи (ФН), фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН)) и расстройства структурно-семантического оформления высказывания (алалия, афазия, общее недоразвитие речи (ОНР), ко- торые имеют системный характер). В группе нарушений письмен- ной речи выделяют дислексию (специфические нарушения процес- сов чтения) и дисграфию (специфические нарушения процессов письма).

Люди с нарушениями речи, как правило, имеют трудности вос- приятия и/или производства речи, выражающиеся в замедленном или патологически ускоренном её темпе, в выраженных запинках, заикании, проблемах произношения. Лица с тяжелыми нарушения- ми речи (ТНР) характеризуются множественными нарушениями языковых систем в сочетании с комплексными анализаторными расстройствами.

К числу проблем, характерных для лиц с нарушением речи, от- носятся:

* нарушение произношения звуков речи;
* патологически ускоренный темп речи (при этом вместо 10– 12 звуков в секунду произносится 20–30);
* расстройства речевого внимания, запинки, повторения, про- глатывания, перестановки слогов, слов, неясность произношения фраз;
* замедленный темп речи, чтения и письма, монотонность голо- са, длительные паузы между словами, растянутое произношение звуков речи;
* нарушение темпо-ритмической организации речи, обуслов- ленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;
* изменения силы, высоты и тембра голоса;
* замедленное и ограниченное слуховое восприятие, трудности восприятия устной речи;
* недостатки развития мыслительной деятельности;
* пробелы в знаниях;
* ограниченные коммуникативные возможности, связанные с трудностями использования устной речи как надежного средства общения;
* трудности понимания смысла поступков и действий окружа- ющих, нередко неестественный характер общения;
* изменение образов в процессе приема, переработки, хранения и использования информации (потеря своеобразия запомнившегося объекта, усиление этого своеобразия);
* тенденция к взаимоуподоблению сходных объектов (нагляд- ных и вербальных) при отсроченном воспроизведении информации;
* недоразвитие логического мышления;
* отставание в формировании умения анализировать и синтезировать воспринимаемый материал, оперировать образами, сопоставлять вновь изученное с изученным ранее;
* трудности анализа и синтеза объектов (выделяют в объекте детали, часто опускают малозаметные, но существенные признаки);
* медленное образование разветвленной системы соподчиненных и сопоставимых друг с другом понятий;
* отставание в формировании приемов опосредованного запо- минания материала;
* сложность переключения с конкретно-образного мышления на словесно-логическое;
* склонность к формальным действиям, оперированию по при- вычному образцу с ориентацией на внешние, нередко несуществен- ные признаки объекта;
* повышенная утомляемость, связанная с тем, что обучающий- ся вынужден тратить усилия не только на восприятие учебного ма- териала, но и на правильное понимание речи как таковой.

Нарушения речи чаще всего приводят к формированию специ- фических особенностей в развитии личности:

* неуверенность в себе,
* неоправданная зависимость от окружающих,
* низкая коммуникабельность,
* наличие повышенной тревожности, неврозов, страхов,
* эгоизм,
* пессимизм,
* неадекватная (заниженная или завышенная) самооценка,
* неумение управлять собственным поведением,
* повышенная вспыльчивость, агрессивность, замкнутость.

В структуру особых потребностей лиц с тяжелыми нарушения- ми речи входят:

* потребность в получении комплекса медицинских услуг, в том числе физической реабилитации, способствующих устранению или минимизации первичной патологии, нормализации моторной сфе- ры, состояния высшей нервной деятельности, соматического здоро- вья;
* потребность в индивидуальном темпе работы и продвижения в материале для разных категорий лиц с ТНР;
* потребность в постоянном (пошаговом) мониторинге резуль- тативности;
* потребность в специальных методах, приемах и средствах вза- имодействия, в том числе в специализированных компьютерных технологиях, пособиях, визуальных средствах, обеспечивающих

реализацию «обходных путей» воздействия на речевые процессы, а также повышающих контроль за устной и письменной видами речи. При взаимодействии с людьми, имеющими тяжелые нарушения речи или потерявшими речь, используются такие способы комму-

никации как блиссимволика и пиктограммы.

*Правила общения с людьми с нарушениями речи:*

1. Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их – в ваших интересах.
2. Не перебивайте и не поправляйте человека, который испыты- вает трудности в речи.
3. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он уже закончил свою мысль.
4. Не пытайтесь ускорить разговор. Будьте готовы к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет у вас больше времени. Если вы спешите, лучше, извинившись, договориться об общении в другое время.
5. Смотрите в лицо собеседнику, поддерживайте визуальный контакт.
6. Не думайте, что затруднения в речи – показатель низкого уровня интеллекта человека.
7. Старайтесь задавать вопросы, которые требуют коротких от- ветов или кивка.
8. Не притворяйтесь, если вы не поняли, что вам сказали. Не стесняйтесь переспросить. Если вам снова не удалось понять, по- просите произнести слово в более медленном темпе, возможно, по буквам.
9. Не забывайте, что человеку с нарушенной речью тоже нужно высказаться. Не перебивайте его и не подавляйте. Не торопите го- ворящего.
10. Если у вас возникают проблемы в общении, спросите, не хо- чет ли ваш собеседник использовать другой способ – написать, напечатать.

**2.8.Особенности взаимодействия и правила общения с людьми с общими заболеваниями (нарушениями соматического профиля)**

Лица с инвалидностью и ОВЗ по соматическому профилю в ос- новном представлены такими группами инвалидизирующих забо- леваний как сахарный диабет, тяжёлая патология сердечно- сосудистой, дыхательной и кроветворной системы, заболевания центральной нервной системы, онкологические заболевания (А. И. Копытин, Н. Н. Мещерякова, Е. Н. Роготнева и др.). *Сома- тическое заболевание* (от др. греч[.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) σῶμα – тело) – телесное заболе- вание, в противоположность психическому заболеванию.

В данную группу заболеваний входят болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельно- стью человека.

В целом значительная часть болезней является именно сомати- ческими.

*К соматическим заболеваниям относятся:*

* + заболевания сердца и сосудов,
  + заболевания дыхательной системы,
  + поражения печени и почек, ряд поражений желудочно- кишечного тракта,
  + травмы, ожоги и ранения,
  + наследственные генетические заболевания,
  + органические поражения нервной системы,
  + инфекции и спровоцированные ими поражения внутренних органов,
  + онкологические заболевания,
  + паразитарные инвазии.

Следует учитывать, что инвалиды с соматическим профилем от- личаются от здоровых людей своими адаптационными возможно- стями.

Это проявляется, прежде всего, в особенностях адаптации таких людей к труду, к обучению, к общению, которое осуществляется в

коллективе. Известно, что в целом процесс адаптации в обществе является весьма сложным. Для лиц с инвалидностью по соматиче- скому профилю нередко характерны следующие особенности:

* инертность психических процессов;
* сниженные адаптационные возможности;
* астения, повышенная утомляемость;
* уменьшенный объём памяти;
* замедленное восприятие информации;
* замедленная переработка полученной информации;
* затруднения в воспроизведении большого объёма информа- ции;
* быстрая утомляемость;
* недостаточная мотивация к учению и труду.

Тяжёлые инвалидизирующие состояния нередко приводят к формированию специфических особенностей в развитии личности:

* неуверенности в себе,
* неоправданной зависимости от окружающих,
* низкой коммуникабельности,
* наличию повышенной тревожности, неврозов, страхов,
* пессимизму,
* неадекватной (заниженной или завышенной) самооценки,
* неумению управлять собственным поведением,
* повышенной вспыльчивостью, агрессивностью, замкнутостью,
* склонностью к истерическим, депрессивным и ипохондриче- ским состояниям.

Наиболее частыми вопросами взаимодействия с данной группой инвалидов являются вопросы правил поведения и оказания помощи при обмороке, эпилептическом или диабетическом приступах, но- совом кровотечении. Рассмотрим более подробно вопросы, которые не относятся к сфере оказания первой медицинской помощи, а включены в круг проблем взаимодействия с инвалидами и лицами с ОВЗ.

*Правила поведения при оказании экстренной помощи инвалидам с эпилепсией.* Признаками эпилепсии являются судорожные прояв-

ления (припадки) и, в некоторых случаях, психические – интеллек- туальные или эмоциональные – отклонения. Человек, подвержен- ный приступам эпилепсии, в большинстве случаев использует ме- дикаменты и может контролировать наступление приступа и пре- дупредить окружающих. В остальном люди с эпилепсией обучае- мы, работоспособны и общительны. Во время приступа эпилепсии – внезапного и относительно кратковременного – может наблю- даться полное отключение сознания, падение или судороги, кото- рые проявляются в напряжении всей мускулатуры, часто с закиды- ванием головы и прикусом языка. Затем в течение 1–2 минут наблюдается подергивание всей мускулатуры. В случае приступа человеку необходимо оказать следующую первичную помощь:

* + уложить на горизонтальную поверхность,
  + расстегнуть ворот рубашки,
  + расслабить пояс,
  + следить, чтобы человек не прикусил язык. Для этого необхо- димо между верхними и нижними зубами поместить что-нибудь твердое, например, ложку, ручку и т. д.

*Правила поведения при общении с инвалидами с сахарным диа- бетом.* Если диабетику внезапно стало плохо, то, скорее всего, это говорит о снижении сахара в крови. Удостовериться в этом можно с помощью глюкометра, который люди с диабетом, как правило, но- сят с собой. При резком падении уровня сахара в крови до уровня ниже 3 единиц следует оказать первую доврачебную неотложную помощь: обеспечить углеводами – дать очень сладкую воду, кусок сахара, немного белой булки или меда. Давать сладкую воду и пи- щу можно только в том случае, если диабетик находится в созна- нии. При резком скачке сахара в крови (иногда до 20 единиц и бо- лее), нередко возникает соблазн ввести инсулин. Учтите, что при малейшем несоответствии дозы необходимого инсулина больной сахарным диабетом может погибнуть от отека головного мозга. По- этому, если в вашем присутствии больной сахарным диабетом по- чувствовал себя плохо и вскоре потерял сознание, что может озна- чать наступление диабетической комы, следует немедленно вызы- вать скорую неотложную помощь. До приезда бригады скорой по-

мощи переверните больного, впавшего в диабетическую кому, на живот. Это обеспечит достаточную проходимость дыхательных пу- тей и не позволит захлебнуться рвотой или умереть от западения языка. До приезда врачей следует следить за дыханием больного, при необходимости очищать полость рта салфеткой.

*Правила поведения при оказании экстренной помощи при носо- вом кровотечении.* Если у человека истерика, то его необходимо успокоить. В этом случае кровотечение уменьшится. Первое, что необходимо сделать при носовом кровотечении, это передавить со- суды, которые кровоточат. Для этого нужно прижать пальцами обе боковые стороны носа (крылья), а голову немного наклонить впе- ред. Дыхание в этом случае следует осуществлять ртом. Врачи со- ветуют не запрокидывать голову назад, ведь этот способ может только усилить кровотечение. Чтобы кровотечение прекратилось, необходимо воспользоваться льдом или каким-нибудь холодным предметом (мокрым полотенцем, металлическим предметом). Лед следует прикладывать к переносице. Если вышеуказанные действия не произвели должного эффекта и кровотечение не остановилось, то в этом случае нужно затампонировать нос. Сделать это можно при помощи гемостатической трубки. Если такового нет под рукой, то нужно самому сделать тампон из бинта или другого материала. Сложите кусочек бинта в трубочку, далее смочите ее перекисью водорода (3 %) и отожмите. Трубочка при этом должна быть при- мерно 20 см. Полученный тампон необходимо ввести в кровоточа- щую часть носа, оставив несколько сантиметров снаружи. Далее зафиксируйте этот тампон повязкой. При остановке кровотечения нельзя дышать носом и сморкаться около двух часов.

*Правила поведения при оказании экстренной помощи при обмо- роке и потере сознания.* Начните оказание первой помощи с про- верки дыхания и биения сердца потерпевшего. Прощупайте его пульс. Далее следует расстегнуть или снять стесняющую одежду пострадавшего, расстегнуть пояс. Это значительно облегчит дыха- тельный процесс. Откройте окно, форточку или вынесите потер- певшего на улицу. Также можно помахать на него газеткой, поло- тенцем. Делается это для того, чтобы обеспечить достаточный при-

ток воздуха. Уложите пострадавшего в горизонтальное положение, слегка приподняв ему ноги. Голова в данном случае должна нахо- диться немного ниже уровня тела. Такое положение обеспечит при- лив нужного количества крови к головному мозгу и сердечной мышце. Протрите лицо мокрым полотенцем или обрызгайте его во- дой. Для приведения больного в чувство используйте нашатырный спирт. Его можно дать вдохнуть или смазать им височную область пострадавшего. При возвращении сознания, больному следует удержаться от вставания. Следует полежать примерно 20–30 минут. По истечении этого времени можно пробовать приподняться. Де- лать это нужно постепенно, сначала присев, и, если отсутствует го- ловокружение, то можно полностью вставать. Вызовите бригаду скорой помощи, если вышеуказанные действия не способствуют приведению потерпевшего человека в чувство.

*Общие правила общения с людьми с инвалидностью с соматиче- ским профилем:*

* Исходите из того, что человек с соматической инвалидностью имеет такой же опыт, как и любой другой человек.
* Обращайтесь с человеком точно так же, как вы бы обращались с любым другим. В беседе обсуждайте те же темы, какие вы обсуж- даете с другими людьми, например, планы на выходные, отпуск, погода, последние события.
* Обращайтесь непосредственно к человеку.
* Помните, что люди с соматической инвалидностью дееспо- собны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, да- вать согласие на медицинскую помощь и т. д.
* Если это необходимо, можете записать свое сообщение или предложение на бумаге, предложите вашему собеседнику обсудить его с другом или семьей. В записке укажите свой номер телефона, предложите обсудить это при следующей встрече.
* Не следует быть брезгливым.
* Заранее стоит узнать о «своем» инвалиде как можно боль- ше: что он за человек, какой болезнью болеет, есть ли родственни- ки, и чем ему можно помочь. Но ни в коем случае не приставать с расспросами и «не лезть в душу».

**2.9.Особенности взаимодействия и правила общения с людьми с интеллектуальными нарушениями**

По данным Всемирной Организации Здравоохранения количество людей с нарушениями интеллектуального развития достигает примерно 1–3 %, но это усредненные количественные показатели.

Основными признаками интеллектуальных нарушений (умствен- ной отсталости) являются стойкие нарушения познавательной дея- тельности, эмоционально-волевой сферы и личности, возникшие вследствие недоразвития и поражения головного мозга. Общей осо- бенностью умственной отсталости является преобладание интеллек- туального дефекта, прежде всего, нарушений мышления, а также других познавательных процессов (восприятия, представлений, па- мяти, речи), что существенно затрудняет ориентировку таких людей в окружающей действительности и требует существенной адаптации условий и содержания образования к познавательным возможностям данной категории людей. Для всех людей с умственной отсталостью характерны затруднения в социальной адаптации, обусловленные нарушениями познавательной деятельности, трудностями общения, недостаточной самостоятельностью, незрелостью личности, особен- ностями поведения (Занков Л. В., Петрова В. Г., Пинский Б. И., Ру- бинштейн С. Я., Шиф Ж. Я. и др.). В связи с этим, основная цель си- стемы образования для детей с нарушением интеллекта – макси- мально возможная их социализация, интеграция в общество. При- чем, акцент в специальной поддержке делается не только на детский и подростковый периоды, но и на период взрослости, то есть позд- нюю реабилитацию и возможности самостоятельной жизни, работы и самообслуживания умственно отсталых лиц.

В настоящее время известно множество примеров успешной са- мореализации людей с интеллектуальными нарушениями, в основе которой лежит сочетание нескольких факторов: раннее включение ребенка в систему комплексной помощи, преемственность на всех ступенях образования, поддержка со стороны специалистов и се- мьи, помощь в приобретении социального опыта в общении с окружающими детьми и взрослыми и многих других.

Категория людей с интеллектуальными нарушениями неодно- родна. В соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-10) выделяют четыре степени умственной отсталости: легкая (IQ – 69-50), умеренная (IQ – 50-35), тяжелая (IQ – 34-20), глубокая (IQ < 20). Данная классификация отражает различия степени выра- женности интеллектуальных нарушений, обучаемости ребенка, возможностях его социальной адаптации и социального функцио- нирования.

Для лиц с умственной отсталостью (интеллектуальными нару- шениями) характерны следующие *особенности психофизического развития*:

* недоразвитие познавательных интересов и снижение познава- тельной активности;
* преобладание нарушений познавательной сферы и, прежде всего, мышления, способности к отвлечению и обобщению;
* недостаточная сформированность мыслительных операций, проявляющаяся в трудностях выделения существенных признаков и их дифференциации от несущественных, сравнения предметов, установления пространственных, временных отношений, причин- но-следственных связей;
* замедленность, сужение объема, недостаточная точность и дифференцированность восприятия, что затрудняет ориентировку в задании, выделение свойств и отношений, существенных для вы- полнения деятельности;
* значительные трудности сосредоточения, удержания, пере- ключения и распределения внимания, его низкая продуктивность из-за быстрой истощаемости, отвлекаемости;
* значительно ограниченные возможности памяти, особенно произвольного запоминания, которое требует многократных по- вторений; выраженные нарушения словесно-логической памяти, трудности установления и воспроизведения внутренних логических связей;
* системный характер речевых нарушений, ограничивающий возможности коммуникации, восприятия и понимания словесных инструкций, речевого планирования деятельности;
* недоразвитие моторной сферы, которое проявляется в наруше- ниях как общей, так и мелкой моторики, недостаточности зритель- но-моторной координации, препятствующей осуществлению кон- троля за движениями и операциями;
* нарушения целеполагания, планирования и контроля за осу- ществлением деятельности, способности к переносу усвоенных навыков в новую ситуацию;
* личностная незрелость, проявляющаяся в недостаточной мо- тивированности и осознанности действий и поступков, недостаточ- ной критичности, незрелости социальных мотивов поведения, по- вышенной внушаемости.

Выделенные особенности психического развития лиц с ум- ственной отсталостью, а также связанные с ними возможности обу- чения, труда, социальной адаптации находятся в непосредственной зависимости от степени выраженности нарушений.

Люди с легкой степенью умственной отсталости могут практи- чески не выделяться среди окружающих. Они могут учиться, рабо- тать, создавать семьи, несут уголовную ответственность, т. е. счи- таются отвечающими за свои действия. Они испытывают трудности с абстрактным мышлением, пониманием отвлеченной информаци- ей, нередко – с ориентацией во времени, с оперированием причин- но-следственными связями. При умеренной и тяжелой формах ум- ственной отсталости отмечаются более выраженные нарушения ре- чи, внимания, мышления, а также эмоциональной сферы, поведения и личности в целом. Часть этих людей проживает в условиях ин- тернатных учреждений, детских домов, опыт их взаимодействия с социумом более ограничен по сравнению с теми, кто находится в семье.

В процессе взаимодействия с людьми с интеллектуальными нарушениями следует учитывать следующие их особенности:

* нарушения внимания, замедленный темп восприятия и пере- работки информации;
* трудности осмысления воспринимаемой информации;
* трудности ориентировки в новых, непривычных ситуациях, которых не было в их жизненном опыте;
* различные по степени выраженности и проявлениям наруше- ния речи;
* незрелость эмоционально-волевой сферы и личности, недо- статочная мотивированность и осознанность действий и поступков, нарушения самоконтроля, особенности поведения.

Для людей с умственной отсталостью характерны разной степе- ни выраженности коммуникативные трудности, которые проявля- ются в недостаточной активности и внимании к собеседнику в про- цессе диалога, ограниченном понимании обращенной речи, недо- статочном владении вербальными и невербальными средствами общения. В ситуации общения может отмечаться игнорирование некоторых культурных норм и правил, нарушения чувства дистан- ции, не всегда соответствующие ситуации эмоциональные и пове- денческие проявления, которые могут быть обусловлены нахожде- нием в непривычных условиях, стремлением привлечь внимание ранее незнакомого человека.

К *основным правилам общения с людьми с интеллектуальными нарушениями* можно отнести следующие:

1. Обращайтесь с данным человеком точно так же, как вы обра- щались бы с любым другим. Исходите из того, что взрослый чело- век с интеллектуальными нарушениями имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек.
2. При разговоре с человеком, испытывающем трудности в об- щении, слушать его необходимо внимательно, терпеливо дожида- ясь конца фразы. Предоставьте таким людям больше времени для изложения своих мыслей. Повторите, что вы поняли, это поможет человеку ответить вам, а вам – понять его.
3. Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу. Говоря о задачах или проекте, рассказывайте обо всем пошагово. Если необходимо, используйте дополнительную наглядность (ил- люстрации, фотографии, памятки, указатели).
4. Дайте возможность собеседнику осмыслить ситуацию после вашего объяснения.
5. Если это необходимо, можете записать свое сообщение или предложение на бумаге, предложите вашему собеседнику обсудить

его с другом или семьей. В записке укажите свой номер телефона, предложите обсудить это при следующей встрече.

1. Будьте терпеливы и дружелюбны.

*Вопросы для самопроверки*

1. Какие способы коммуникации можно применять в процессе сопровождения лица с тяжёлыми и множественными нарушениями, не владеющего устной речью?
2. Каковы речевые возможности людей с двигательными нару- шениями? Как это учесть в процессе общения?
3. Какова разница во взаимодействии и сопровождении людей с двигательными нарушениями, передвигающимися на коляске и передвигающимися самостоятельно?
4. Каковы различия между людьми с РАС с высоким и низким уровнем функционирования?
5. Какие виды визуальных сигналов можно использовать в процессе взаимодействия с человеком с РАС?
6. Какие основные типы нарушений слуха существуют?
7. Какие правила общения следует соблюдать при общении с инвалидами по слуху?
8. В чем разница между восприятием окружающего слепыми и слабовидящими?
9. Что относится к соматическим заболеваниям?
10. Какие нормы этикета следует соблюдать при общении с не- зрячими людьми?
11. Какие общие признаки характерны для людей с интеллекту- альными нарушениями?
12. С чем связаны трудности взаимодействия людей с интеллек- туальными нарушениями с окружающими?
13. Что необходимо знать людям, планирующим оказывать по- мощь и обеспечивать поддержку инвалидов?

*Контрольно-измерительные материалы*

* 1. **Человек с ДЦП с небольшим снижением слуха относится к следующей категории нарушений:**

а) сложное нарушение;

б) осложненное нарушение; в) множественное нарушение.

* 1. **Основной задачей сопровождения лица с ТМНР является:**

а) решение вопроса изоляции его от окружающего мира; б) включение его в процесс образования;

в) культурное и социальное развитие; г) овладение ребенка языком.

* 1. **У людей с двигательными нарушениями наблюдаются следующие виды нарушений тонуса:**

а) повышенный тонус мышц; б) пониженный тонус мышц; в) изменчивый тонус мышц;

г) все виды нарушений мышечного тонуса.

* 1. **Аутизм сопровождается умственной отсталостью:**

а) всегда;

б)примерно в половине случаев; в) никогда.

* 1. **Сколько дактилем в русской дактильной азбуке?**

а) 28;

б)30;

в) 32;

г) 33.

* 1. **Если Ваш слабослышащий собеседник не понял, что вы ему сказали, необходимо:**

а) повторить фразу;

б)изменить фразу; в) повторить фразу громче.

1. **К соматическим заболеваниям относятся**

а) телесные заболевания;

б) психические заболевания;

в) функциональные заболевания; г) соматоформные заболевания.

1. **Для инвалидов, имеющих тяжелые соматические заболе- вания, характерны:**

а) астенические проявления;

б) низкая работоспособность и недостаточная продуктивность деятельности;

в) стремление избежать деятельности, связанной с определен- ными усилиями, физическим и психологическим напряжением;

г) все варианты верны.

1. **Основная цель системы комплексной помощи лицам с нарушением интеллекта –**

а) формирование системы знаний; б) их трудовая подготовка;

в) социализация, интеграция в общество; г) формирование речевых навыков.

1. **… – это форма речевой аномалии, при которой нарушено формирование всех компонентов речевой системы**

а) фонетическое недоразвитие речи;

б) фонетико-фонематическое недоразвитие речи; в) общее недоразвитие речи;

г) заикание.

*Кейсы для самостоятельной работы*

* 1. Подготовьте памятку по специфике сопровождения лица с ТМНР в открытом пространстве.
  2. Опишите свое представление о человеке с двигательными нарушениями до того, как изучили этот материал и после него. Что изменилось в вашем восприятии?
  3. Назовите пять терминов, описывающих особенности людей с инвалидностью, которые вы узнали из данного материала.
  4. Разработайте визуальное расписание одного мероприятия для человека с РАС с использованием карточек со словами или картин- ками.
  5. Научитесь дактилировать буквы русского алфавита.
  6. Изучите возможности программ «Текст в речь»: Govorilka, Ба- лаболка, DSpeech, Яндекс.Диктовка, MSpeech, imTranslator.
  7. Проанализируйте слуховые и речевые возможности людей с различными нарушениями слуха и соотнесите их с вербальными и невербальными средствами коммуникации, используемыми в об- щении с ними.
  8. Охарактеризуйте особенности развития лиц с нарушенным зрением.
  9. Охарактеризуйте личностные качества, нежелательные для общения с людьми с инвалидностью. Подберите упражнения для работы с каждой нежелательной чертой.
  10. Сформулируйте перечень правил общения с инвалидами.
  11. Разработайте инструкцию-алгоритм для человека с выра- женной умственной отсталостью в соответствии с одной из пред- ложенных ситуаций (поездка в общественном транспорте; совер- шение покупки в магазине; посещение театра/кафе/спортивного мероприятия; оформление заказа в мастерской по ремонту обу- ви/одежды и пр.).
  12. Охарактеризуйте особенности личности и общения лиц с разными вариантами речевой патологии.

***Список рекомендуемой литературы***

1. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными воз- можностями здоровья. Москва: ВЛАДОС, 2003. 368 с.
2. Борисова Н. А. и др. Воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии: учебное пособие / под редакцией Н. А. Борисовой. Череповец: ЧГУ, 2017. 236 с. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36986030> (дата обраще- ния: 15.11.2020).
3. Денисова О. А. и др. Детская логопсихология: учебник для студентов вузов, проходящим профессиональную подготовку по направлению 050700

«Специальное (дефектологическое) образование». Москва: ВЛАДОС, 2015. 159 с.

1. Клочкова Е. В. Введение в физическую терапию. Реабилитация детей с церебральным параличом и др. нарушениями неврологической природы. Москва: Теревинф, 2020. 288 с.
2. Морозов С. А. Основы диагностики и коррекции РАС. Москва: Добрый век, 2014. 447 с.
3. Селиверстов В., Денисова О., Кобрина Л. Специальная семейная педа- гогика: учебное пособие. Москва: Владос, 2009. 358 с.
4. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 496 с.
5. Шипицына Л. М. и др. Психология детей с нарушениями интеллекту- ального развития / под редакцией Л. М. Шипицыной. Москва: Академия, 2012. 224 с.
6. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание. Москва: Академия, 2003. 432 с.
7. Ярская-Смирнова Е. Р., Наберушкина Э. К. Социальная работа с ин- валидами. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 316 с.

***Рекомендуемые интернет-ресурсы***

1. Детская личность. URL: [http://cpprk.reability.ru](http://cpprk.reability.ru/)
2. Дети с особенностями развития. URL: [http://www.specialneeds.ru](http://www.specialneeds.ru/)
3. Дефектолог.ру. URL: [http://www.defectolog.ru](http://www.defectolog.ru/)
4. АНО «Физическая реабилитация». URL: [https://physrehab.ru](https://physrehab.ru/)
5. Аутизм. Федеральный ресурсный центр. URL: https://autism-frc.ru
6. Инклюзивное высшее образование. URL: https://инклюзивное образо- вание.рф
7. Институт коррекционной педагогики РАО. URL: [https://ikp-rao.ru](https://ikp-rao.ru/)
8. Логопед. URL: [http://www.logoped.ru](http://www.logoped.ru/)
9. Министерство просвещения Российской Федерации. URL: [https://edu.gov.ru](https://edu.gov.ru/)
10. Научная электронная библиотека. URL: http://[elibrary.ru/defaultx.asp](http://elibrary.ru/defaultx.asp)
11. Негосударственная некоммерческая организация, главная цель кото- рой – изменить к лучшему жизнь детей с синдромом Дауна в России. URL: <http://www.downsideup.org/down.php>
12. Официальный сайт фонда поддержки слепоглухих «Со-единение».

URL: [https://so-edinenie.org](https://so-edinenie.org/)

1. Псипортал. URL: [http://psy.piter.com](http://psy.piter.com/)
2. РУМЦ СЗФО ЧГУ. URL: <https://www.chsu.ru/fakultety/ffkis/rc>
3. Сайт Всероссийского общества глухих. URL: [https://www.voginfo.ru](https://www.voginfo.ru/)
4. Санкт-Петербургская Лига жизненной помощи людям с проблемами развития. URL: <http://www.vitalhelp.org/russian/general_information.html>
5. Сервис видеоудаленного перевода “CloudInterpreter”. URL: [https://cloudinterpreter.com.ru](https://cloudinterpreter.com.ru/)
6. Тьюторская ассоциация. URL: [http://www.thetutor.ru](http://www.thetutor.ru/)
7. Федеральный портал «Российское образование». URL: [http://www.](http://www.edu.ru/) [edu.ru](http://www.edu.ru/)
8. Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного сопровождения детей с НОДА. URL: [http://frc.mggeu.ru](http://frc.mggeu.ru/)
9. Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалид- ностью. URL: [https://ovzrf.ru](https://ovzrf.ru/)
10. Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного сопровождения детей с интеллектуальными нарушениями, тяжелыми и мно- жественными нарушениями развития. URL: [http://frc-tmnr.ru](http://frc-tmnr.ru/)
11. Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного сопровождения детей с нарушением зрения. URL: http://[frc-blind.ru/o-frs](http://frc-blind.ru/o-frs)
12. Федеральный ресурсный центр ПМПК. URL: [https://pmpkrf.ru](https://pmpkrf.ru/)
13. Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопро- вождения детей с расстройствами аутистического спектра. URL: https://[autism-frc.ru](https://autism-frc.ru/)
14. Фонд содействия решению проблем аутизма в России. URL:

https://outfund.ru

1. Центр «Социальное партнерство». URL: [http://www.spcenter.ru](http://www.spcenter.ru/)

***ЛЕКЦИЯ 3***

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ОБЪЕКТОВ И УСЛУГ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ: ИНСТРУМЕНТЫ И ТЕХНОЛОГИИ**

**3.1.Доступная среда. Основные составляющие доступности**

В настоящее время одним из базовых принципов функциониро- вания гражданского общества выступает принцип доступности, предполагающий равный доступ инвалидов и лиц с ОВЗ к социаль- ной, политической и экономической жизни.

Доступность (англ. accessibility) – создание продуктов, устройств, сервисов или окружающей среды для людей с ограни- ченными возможностями и инвалидностью. Доступность включает в себя не только физический доступ, но и доступ к тем же инстру- ментам, сервисам, организациям и помещениям, в который имеют доступ иные категории граждан. Концепция доступного дизайна и практика разработки доступных объектов призваны обеспечить как

«прямой доступ» (то есть без сторонней помощи), так и «непрямой доступ», означающий совместимость с вспомогательными техноло- гиями, используемыми человеком. Это, в свою очередь, обеспечи- вает соблюдение принципа нормализации. Нормализация означает, что человек с инвалидностью и ОВЗ имеет право вести обычную жизнь. Люди с нарушениями при этом не становятся обычными людьми, но окружение становится приемлемым для их самостоя- тельного функционирования, включая следующие параметры:

* Нормальный (обычный) режим дня (работа, отдых и свобод- ное время). Возможность самому планировать свой день и изменять режим дня по своему желанию. Возможность жить в одном месте, а работать в другом;
* Нормальный (обычный) ритм недели. Такое же, как и у других членов общества, чередование рабочих и выходных дней;
* Нормальный (обычный) ритм года (праздники и отпуск такие же, как у других людей);
* Нормальное развитие жизненного цикла (детство, отрочество, юность, зрелость и старость);
* Нормальное уважение и право на самоопределение;
* Нормальные (обычные) для данной культуры формы половой жизни;
* Нормальные для данной страны экономические формы и пра-

ва;

* Нормальные для данного общества требования к окружающей

среде и жилищным стандартам.

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года, исходит из того, что для этих граждан необходима «доступность физического, социального, экономического и культурного окружения, здраво- охранения и образования, а также информации и связи, поскольку она позволяет инвалидам в полной мере пользоваться всеми права- ми человека и основными свободами». Для этого необходимо всем государствам-участникам принимать специальные меры по обеспе- чению независимого образа жизни, «доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и систе- мы, а также к другим объектам и услугам, открытым или предо- ставляемым для населения, как в городских, так и в сельских райо- нах». Такие меры в соответствии с требованиями Конвенции вклю- чают выявление и устранение препятствий и барьеров, мешающих доступности. Они должны распространяться, в частности: «a) на здания, дороги, транспорт и другие внутренние и внешние объекты, включая школы, жилые дома, медицинские учреждения и рабочие места; b) на информационные, коммуникационные и другие служ- бы, включая электронные службы». Статья 9 Конвенции о правах инвалидов ООН обязывает предоставлять полную доступность в своих странах объектов и услуг для инвалидов.

Конвенция о правах инвалидов является для государств, её ра- тифицировавших, основным документом, определяющим основные рамки для определения доступности объектов и услуг для инвали-

дов. В рамках её реализации определяются основные ориентиры государства:

* изменение общественного сознания в отношении людей с ограниченными возможностями;
* расширение практики обучения учеников и студентов с огра- ничениями в обычных школах и высших учебных заведениях;
* создание обучающих адаптивных программ для родителей де- тей с ограниченными возможностями;
* создание института сопутствующего персонала и комплекса услуг, обеспечивающих как обыденную жизнь, так и профессио- нальную деятельность людей с ограниченными возможностями здоровья;
* создание технологий расширения информационно-ресурсного диапазона;
* формирование установки на независимость у людей с ограни- ченными возможностями и своевременное обучение их навыкам независимой жизни.

Принципы инклюзии формируют гуманистическую парадигму современного общества и новую модель построения отношений по следующим принципам доступности:

1. Ценность человека не зависит от его способностей и достиже- ний.
2. Каждый человек способен чувствовать и думать.
3. Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.
4. Все люди нуждаются друг в друге.
5. Подлинное образование может осуществляться только в кон- тексте реальных взаимоотношений.
6. Все люди нуждаются в поддержке и дружбе.
7. Для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, чего не могут.
8. Разнообразие усиливает все стороны жизни человека. Принятие в России Федерального закона «О внесении измене-

ний в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией

Конвенции о правах инвалидов» (№ 419-ФЗ от 01.12.2014 г.), про- диктованное необходимостью приведения законодательной и нор- мативной базы страны в соответствие с Конвенцией о правах инва- лидов, привело к необходимости широкомасштабного осуществле- ния шагов по оценке и повышению доступности объектов и услуг для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидно- стью. Требования к доступности объектов социальной инфраструк- туры отразились в Приказах Министерств, комплексных планах и программных документах страны. В соответствие с приказами и исходя из требований упомянутого выше ФЗ, каждая организации призвана проводить оценку и паспортизацию доступности для ин- валидов объектов и услуг, разрабатывать план по повышению пока- зателей доступности объектов и услуг для инвалидов.

Регламентирует работу, а также позволяет оценить качество объектов и услуг для инвалидов Приказ Минтруда России от 25.12.2012 № 627 «Об утверждении методики, позволяющей объек- тивизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета регио- нальной специфики».

В соответствии с указанным документом, каждая организация должна иметь паспорт доступности объектов и услуг для инвали- дов, разработанный до 2030 г.

Паспорт доступности, как правило, содержит:

* краткую характеристику объекта и предоставляемых на нем услуг;
* оценку соответствия уровня доступности для инвалидов объ- екта и имеющихся недостатков в обеспечении условий его доступ- ности для инвалидов;
* оценку соответствия уровня доступности для инвалидов предоставляемых услуг и имеющихся недостатков в обеспечении условий их доступности для инвалидов;
* управленческие решения по срокам и объемам работ, необхо- димых для приведения объекта и порядка предоставления на нем

услуг в соответствие с требованиями законодательства Российской Федерации.

Исходя из целевых ориентиров Конвенции о правах инвалидов и в соответствие с Российской законодательной базой, такой паспорт должен:

* + адекватно и объективно отражать состояние доступности объ- ектов и услуг для лиц с ОВЗ и инвалидностью;
  + информативно и содержательно описывать имеющиеся воз- можности и недостатки образовательной организации в плане обес- печения лиц с ОВЗ и инвалидностью доступными услугами на объ- ектах;
  + определять траекторию развития образовательной организации в плане повышения показателей доступности объектов образова- тельной организации и оказываемых на ней услуг;
  + содержать информацию об обсуждении результатов оценки доступности объектов и услуг образовательной организации с представителями общественных объединений инвалидов.

В форме паспорта должны быть отражены не только характери- стики объекта, описание предоставляемых услуг, описание здания, но и детализированные характеристики доступности объектов и услуг, развернутая оценка их состояния и имеющихся недостатков в обеспечении условий доступности объектов и услуг, оказываемых на них для инвалидов. В качестве значимых управленческих реше- ний, позволяющих разумно и взвешенно подойти к обеспечению доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг, а также оказания им при этом необходимой помощи, следует указать на необходимость работы не только по улучшению показателей ар- хитектурной доступности объектов, но и, что не менее важно, по подготовке работников организации к оказанию помощи инвалидам (при передвижении по территории объекта, при посадке и высадке из автотранспорта, при входе в объект и выходе из него, при ин- формировании инвалидов об оказываемых услугах, о специфике объекта, о доступных маршрутах общественного транспорта и др.). Представляется, что показатели доступности услуг могут быть по-

вышены и за счет проведения обучения сотрудников по следующим направлениям:

* + - применения ассистивных и вспомогательных технологий;
    - оказания инвалидам помощи, необходимой для получения в доступной для них форме информации о правилах предоставления услуги и иных необходимых для получения услуги действиях;
    - оказания услуг ассистента, помощника (тьютора) для соответ- ствующей организации;
    - оказания инвалидам необходимой помощи в преодолении ба- рьеров, мешающих получению услуг и использованию объектов наравне с другими лицами;
    - учета индивидуальной программы реабилитации инвалида в процессе организации и оказания услуги;
    - разработки и адаптации информации и материалов с учетом состояния здоровья инвалидов.

Как показывает опыт, доступность объектов и услуг для инвали- дов и лиц с ОВЗ становится возможной лишь при условии обеспе- чения специальной подготовки кадров. В противном случае, даже в полностью оборудованном и приспособленном для нужд инвалидов здании (объекте), полноценной услуги, реализуемой с учетом пси- хофизических особенностей и особых потребностей данной катего- рии граждан, ожидать не приходится.

Следует помнить, что отечественной дефектологией доказано, что инклюзия предполагает максимальное усложнение среды. Усложнение среды должно опережать личные возможности инва- лида и помогать его развитию. Однако чрезмерное усложнение среды может препятствовать развитию лиц с ОВЗ и инвалидно- стью, поэтому и нужны дифференцированные формы интеграции, максимальная индивидуализация и дифференциация, с помощью которых необходимо научить людей с ОВЗ и инвалидностью само- стоятельно решать проблемы (переводить их в задачи); поддержи- вать процесс самообразования и индивидуальный образовательный поиск; сопровождать процесс освоения новой деятельности. Имен- но это обеспечивает готовность к самостоятельной и независимой жизни.

Система специальных условий предполагает комплекс мер по поддержке реабилитации, образования, социализации и трудо- устройства инвалидов.

Согласно ФЗ об образовании (Ст. 79), специальные условия для получения образования включают:

* + использование специальных образовательных программ и ме- тодов обучения и воспитания;
  + использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов;
  + использование специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования;
  + предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий;
  + обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность;
  + и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограничен- ными возможностями здоровья.

Нередко при решении вопросов доступности исходят из прин- ципа универсального дизайна. Согласно «Конвенции о правах ин- валидов», универсальный дизайн – это дизайн продуктов и объек- тов, которые могут в полной мере использоваться всеми людьми без необходимости специальной адаптации или специального ди- зайна. Универсальный дизайн – это дизайн для удобства всех кате- горий обучающихся. Он является важной составляющей доступной среды. Универсальный дизайн призван сделать обстановку, пред- меты максимально пригодными к использованию без специальной адаптации. Главное предназначение универсального дизайна – это равенство и удобство для всех.

В основе универсального дизайна заложены следующие базовые принципы:

*1.Равенство в использовании*

Дизайн предназначен для создания равных условий использова- ния услуг и продуктов людьми с разными физическими возможно-

стями. Если дизайн делает восприятие информации недоступным, следует создать доступный в использовании эквивалент.

*2.Гибкость в использовании*

Дизайн должен соответствовать множеству разнообразных ин- дивидуальных предпочтений и способностей. У обучающихся дол- жен быть выбор способа освоения образовательной программы с учётом состояния здоровья и индивидуальных возможностей.

*3.Простой и интуитивно понятный дизайн*

Дизайн образовательного контента должен быть максимально простым, понятным и доступным для восприятия любому пользо- вателю, независимо от состояния здоровья и индивидуальных воз- можностей.

*4.Легко воспринимаемая информация*

Дизайн должен эффективно сообщать необходимую информа- цию, независимо от условий окружающей среды и особенностей восприятия самого обучающегося. Следует использовать различ- ные способы (визуальные, вербальные, осязательные) для пред- ставления информации, совместимость образовательного контента с различными технологиями и средствами, используемыми обуча- ющимися с инвалидностью и ограниченными возможностями здо- ровья.

*5.Допустимость ошибки*

Дизайн должен свести к минимуму опасность или негативные последствия случайных или непреднамеренных действий.

*6.Низкое физическое усилие*

Потребитель должен максимально эффективно и комфортно пользоваться дизайном, прилагая минимум усилий.

*7.Размер и пространство для доступа и использования*

Соответствующий размер и пространство должны быть обеспе- чены для удобного подхода, доступа, манипуляции и использова- ния продукта любым пользователем, вне зависимости от его роста, фигуры или подвижности.

Отметим также, что при рассмотрении вопросов доступности следует помнить о разумном приспособлении. Согласно ст. 2 Конвенции «разумное приспособление» означает внесение, когда

это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих мо- дификаций и корректив, не становящихся несоразмерным или не- оправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осу- ществления инвалидами всех прав и основных свобод человека наравне с другими. Принципы равенства и недискриминации лежат в основе всех договоров в области прав человека. В подходе к ин- валидности с позиций уважения прав человека признается, что ин- валидность является социальным явлением и что наличие патоло- гий не должно считаться законным основанием для лишения или ограничения прав человека. Это лишь один из вариантов идентич- ности, требующий определённых условий доступности. Соответ- ственно, принцип разумной доступности предполагает оценку не- обходимого приспособления объектов и услуг под нужды инвали- дов и лиц с ОВЗ.

**2.2.Основные требования к доступности зданий и сооружений для инвалидов и лиц с ОВЗ**

В целях создания равных с другими гражданами возможностей для полноценного участия в жизни общества лиц, которые имеют нарушение здоровья (со стойким расстройством функций организ- ма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или де- фектами), приведшее к ограничению жизнедеятельности (инвалид- ности), и на основании действующего законодательства государ- ство среди других мер социальной защиты предусматривает обес- печение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам соци- альной инфраструктуры.

Термин «доступная» или «безбарьерная» среда упоминается во многих законодательных актах. Этот термин применяется к элемен- там окружающей среды, в которую могут свободно заходить, попа- дать и которую могут использовать люди с физическими, сенсор- ными или интеллектуальными нарушениями. В широком смысле, безбарьерный, или доступный дизайн – это дизайн, который созда- ет наиболее легкие и безопасные условия для наибольшего числа людей и способствует их независимому образу жизни.

Впервые в законодательных актах доступная среда была упомя- нута в Указе Президента Российской Федерации от 2 октября 1992 г. № 1156 «О мерах по формированию доступной для инвали- дов среды жизнедеятельности» и в Постановлении Правительства Российской Федерации от 25 марта 1993 г. № 245 с идентичным названием. Данные положения были закреплены и нашли своё раз- витие в Федеральном Законе от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В ст. 14, 15, 16 государство декларировало создание доступной инфраструк- туры и обеспечения свободного доступа инвалидов к информации (что рассматривается как неотъемлемая часть доступной среды) и обозначило меры ответственности за неисполнение данных поло- жений Закона.

Планировка и застройка городов, других населенных пунктов, формирование жилых и рекреационных зон, разработка проектных решений на новое строительство и реконструкцию зданий, соору- жений и их комплексов, а также разработка и производство транс- портных средств общего пользования, средств связи и информации без приспособления указанных объектов для доступа к ним инва- лидов и использования их инвалидами не допускаются. Строитель- ные нормы, обеспечивающие доступность зданий для инвалидов, определены Градостроительным Кодексом Российской Федерации в статьях 17, 30, 62, 65 и 66, а также значительным количеством строительных норм и правил, среди которых можно выделить в ка- честве основных ВСН 62-91 Госкомархитектуры «Проектирование среды жизнедеятельности с учётом потребностей инвалидов и ма- ломобильных групп населения», Минстрой России, 1994 г. и изме- нение № 3 СНИП 2. 08. 02-89 «Общественные здания и сооруже- ния», введенное в действие с 1 марта 1999 года, Свод правил СП 59. 13330. 2012 «СНиП 35-01-2001. Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения». Существуют также Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25.12.2012 г. № 626 «Об утверждении методики формирования и обновления карт доступности объектов и услуг, отображающих сравниваемую информацию о доступности объектов и услуг для

инвалидов и других маломобильных групп населения» и Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25.12.2012 г. № 627 «Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета ре- гиональной специфики».

В настоящее время в законодательных актах закреплены доста- точно чёткие требования к обеспечению доступности для инвали- дов и других маломобильных групп населения (МГН) объектов со- циальной, дорожно-транспортной инфраструктуры и услуг. Суще- ствует перечень нормативных документов по федеральной про- грамме «Доступная Среда». Назовём наиболее популярные:

* СП 59.13330.2020: Доступность зданий и сооружений для ма- ломобильных групп населения
* СП 118.13330.2012: Общественные здания и сооруже- ния: <https://tiflocentre.ru/documents/>
* СП 136.13330.2012: Здания и сооружения. Общие положения проектирования с учетом доступности для маломобильных групп населения (с Изменением № 1): <https://tiflocentre.ru/documents/>
* СП 137.13330.2012: Жилая среда с планировочными элемен- тами, доступными инвалидам. Правила проектирования (с Измене- нием № 1): <https://tiflocentre.ru/documents/>
* СП 139.13330.2012: Здания и помещения с местами труда для инвалидов. Правила проектирования (с Изменением № 1): <https://tiflocentre.ru/documents/>
* СП 140.13330.2012: Городская среда. Правила проектирования для маломобильных групп населения (с Изменением № 1): <https://tiflocentre.ru/documents/>
* СП 35-104-2001: Здания и помещения с местами для труда ин- валидов: <https://tiflocentre.ru/documents/> (не действует).
* ГОСТ Р 58178-2018: Сохранение объектов культурного насле- дия. Доступность объектов культурного наследия для маломобиль- ных групп населения. Общие требования: [https://tiflocentre.](https://tiflocentre.ru/documents/) [ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р 50917-96: Устройства, печатающие шрифтом Брайля. Общие технические условия: <https://tiflocentre.ru/documents/> (ГОСТ Р 50917-96 отменяется с 01.04.2022. Заменен [ГОСТ Р 50917-](https://docs.cntd.ru/document/1200180252) [2021](https://docs.cntd.ru/document/1200180252) (приказ Росстандарта от 06.07.2021 № 624-ст).
* ГОСТ Р 51083-2015: Кресла-коляски. Общие технические условия: [https://tiflocentre. ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/) (ГОСТ Р 51083-2015 отме- нен с 01.10.2021. Заменен [ГОСТ Р 51083-2021](https://docs.cntd.ru/document/1200180382) (приказ Росстандарта от 28.07.2021 № 658-ст).)
* ГОСТ Р 51261-2017: Типы и технические требования опорных стационарных реабилитационных устройств: [https://tiflocentre.](https://tiflocentre.ru/documents/) [ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р 51645-2017: Рабочее место для инвалида по зрению типовое специальное компьютерное. Технические требования к оборудованию и производственной среде: [https://tiflocentre.](https://tiflocentre.ru/documents/) [ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р 51764-2019: Устройства подъемные транспортные ре- абилитационные для инвалидов. Общие технические требова- ния: [https://tiflocentre. ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р 52872-2019: Интернет-ресурсы и другая информация, представленная в электронно-цифровой форме: [https://tiflocentre.](https://tiflocentre.ru/documents/) [ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р 52873-2017: Синтезаторы речи специальных компью- терных рабочих мест для инвалидов по зрению: [https://tiflocentre.](https://tiflocentre.ru/documents/) [ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р 53059-2019: Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам: [https://tiflocentre. ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р 53348-2019: Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг инвалидам: [https://tiflocentre.](https://tiflocentre.ru/documents/) [ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р 59222-2020: Онлайн-библиотека цифровых «говоря- щих» книг для слепых и слабовидящих. Технические требова- ния: [https://tiflocentre. ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* ГОСТ Р ИСО 23600-2013: Вспомогательные технические средства для лиц с нарушением функций зрения и лиц с нарушени-

ем функций зрения и слуха. Звуковые и тактильные сигналы до- рожных светофоров: [https://tiflocentre. ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)

* ГОСТ Р ИСО 9999-2019: Вспомогательные средства для лю- дей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терми- нология: [https://tiflocentre. ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)
* Методика, позволяющая объективизировать и систематизиро- вать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизне- деятельности для инвалидов и других маломобильных групп насе- ления, с возможностью учета региональной специфики – Приложе- ние к приказу Минтруда России № 627 от 25 декабря 2012 г.: [https://tiflocentre. ru/documents/](https://tiflocentre.ru/documents/)

Согласно СП 59. 13330. 2012 «Доступность зданий и сооруже- ний для маломобильных групп населения. Актуализированная ре- дакция СНиП 35-01-2001», доступные для МГН здания и сооруже- ния – это здания и сооружения, в которых реализован комплекс ар- хитектурно-планировочных, инженерно-технических, эргономиче- ских, конструкционных и организационных мероприятий, отвеча- ющих нормативным требованиям обеспечения доступности и без- опасности МГН этих зданий и сооружений.

Доступность несколько различается в зависимости от целевого назначения здания:

* здания и помещения учебно-воспитательного назначения;
* здания и помещения здравоохранения и социального обслу- живания населения;
* предприятия торговли;
* предприятия питания;
* предприятия бытового обслуживания;
* вокзалы;
* объекты физкультурного, спортивного и физкультурно- досугового назначения;
* здания и помещения зрелищного, культурно-просветительного назначения и религиозных организаций;
* здания объектов по обслуживанию общества и государства. Критериями доступности являются:
* досягаемость кратчайшим путём мест целевого посещения и беспрепятственность перемещения внутри зданий и сооружений и на их территории;
* безопасность путей движения (в том числе эвакуационных и путей спасения), а также мест проживания, обслуживания и прило- жения труда МГН;
* эвакуация людей из здания или в безопасную зону до воз- можного нанесения вреда их жизни и здоровью вследствие воздей- ствия опасных факторов;
* своевременное получение МГН полноценной и качественной информации, позволяющей ориентироваться в пространстве, ис- пользовать оборудование (в том числе для самообслуживания), по- лучать услуги, участвовать в трудовом и обучающем процессе и т. д.;
* удобство и комфорт среды жизнедеятельности для всех групп населения.

Выделяют основные структурно-функциональные зоны, кото- рые должны обладать признаками доступности (см. таблицу)

*Таблица* 1.*основные структурно-функциональные зоны, которые должны обладать признаками доступности*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Основные структурно- функциональные зоны  ОСИ (их виды) | Функционально-планировочные элементы зоны (и их особенности) |
| **1** | **Территория, прилегающая**  **к зданию (участок)** | 1. 1 Вход (входы) на территорию |
| 1. 2 Путь (пути) движения на территории |
| 1. 3 Лестница (наружная) |
| 1. 4 Пандус (наружный) |
| 1. 5 Автостоянка и парковка |
|  | | |
| **2** | **Вход (входы) в здание** | 2. 1 Лестница (наружная) |
| 2. 2 Пандус (наружный) |
| 2. 3 Входная площадка (перед дверью) |
| 2. 4 Дверь (входная) |
| 2. 5 Тамбур |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Основные структурно- функциональные зоны  ОСИ (их виды) | Функционально-планировочные элементы зоны (и их особенности) | |
| **3** | **Путь (пути) движения внутри здания**  **(в т. ч. пути эвакуа- ции)** | 3. 1 Коридор (вестибюль, зона ожидания,  галерея, балкон) | |
| 3. 2 Лестница (внутри здания) | |
| 3. 3 Пандус (внутри здания) | |
| 3. 4 Лифт пассажирский (или подъемник) | |
| 3. 5 Дверь | |
| 3. 6 Пути эвакуации (в т. ч. зоны безопас-  ности) | |
|  | | | |
| **4** | **Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта)** | **Вариант I** – **зона обслужи- вания граж- дан** (в том чис- ле инвалидов и других МГН) | 4. 1 Кабинетная форма  обслуживания |
| 4. 2 Зальная форма об-  служивания |
| 4. 3 Прилавочная форма  обслуживания |
| 4. 4 Форма обслужива- ния с перемещением по  маршруту |
| 4. 5 Кабина индивиду-  ального обслуживания |
| **Вариант II** – **места приложения труда** | |
| **Вариант III – жилые помещения** | |
|  | | | |
| **5** | **Санитарно- гигиенические поме-**  **щения** | 5. 1 Туалетная комната | |
| 5. 2 Душевая/ ванная комната | |
| 5. 3 Бытовая комната (гардеробная) | |
|  | | | |
| **6** | **Система информации на объекте** | 6. 1 Визуальные средства | |
| 6. 2 Акустические средства | |
| 6. 3 Тактильные средства | |

Охарактеризуем основные структурно-функциональные зоны. Зона 1 **«Территория, прилегающая к зданию** (участок)**»** состоит из следующих функционально-планировочных элементов:

* 1. **Вход** (входы) **на территорию** (прилегающую к зданию),
  2. **Путь (пути) движения на территории**,
  3. **Лестница** (наружная),
  4. **Пандус** (наружный),
  5. **Автостоянки и парковки**.

В качестве основных требований к этой зоне определяется нали- чие следующих элементов:

* + - хотя бы одного входа (въезда) на территорию объекта (на при- легающую к зданию территорию), приспособленного для всех кате- горий граждан (инвалидов и других МГН);
    - наличие путей движения для МГН (транспортных и пешеход- ных; с возможностью их совмещения);
    - наличие выделенных и маркированных мест (хотя бы одного) для транспорта инвалидов;
    - наличие мест отдыха (рекомендуется).

Зона 2 **«Вход** (входы) **в здание».**

Основным требованием к зоне 2 является наличие в здании как минимум одного входа, доступного для всех категорий инвалидов (с различными видами нарушений здоровья) и других МГН. При наличии нескольких входов в здание, как правило, выбирается вход, максимально приближенный к уровню земли и более других отвечающий требованиям доступности основных параметров по входной зоне.

К основным функционально-планировочным элементам зоны

«Вход в здание» относятся:

* 1. **Лестница** (наружная),
  2. **Пандус** (наружный),
  3. **Входная площадка** (перед дверью),
  4. **Дверь** (входная),
  5. **Тамбур.**

При входе с уровня поверхности земли элементы 2. 1 – 2. 3 мо- гут отсутствовать; при наличии лестницы, необходимо ее дублиро- вание пандусом.

Зона 3 **«Путь** (пути) **движения внутри здания** (в т.ч. пути эва- куации)».

С точки зрения доступности оценивается путь движения внутри здания к месту целевого назначения (целевого посещения) этого объекта – то есть к зоне 4, а также (при наличии адаптированной или универсальной санитарно-гигиенической зоны) путь движения к санитарно-гигиеническим помещениям.

Среди основных требований к зоне 3 важно отметить следую- щие: при отсутствии специально выделенных путей эвакуации и зон безопасности в здании, требования к пути движения расширя- ются до требований к путям эвакуации (или, наоборот, требования к путям эвакуации распространяются на пути движения внутри здания к месту целевого посещения и обратно к входу/выходу).

Основными функционально-планировочными элементами зоны 3 «Пути движения внутри здания» являются:

* 1. **Коридор** (вестибюль, зона ожидания, галерея, балкон),
  2. **Лестница** (внутри здания),
  3. **Пандус** (внутри здания),
  4. 3 **Лифт** пассажирский (или **подъемник**),

1. 4 **Дверь** (двери – если несколько на одном пути движения),
2. 5 **Пути эвакуации** (в т. ч. зоны безопасности).

Зона 4 **«Зона целевого назначения здания (целевого посеще- ния объекта)».**

*Основной зоной любого объекта социальной инфраструктуры*

(как жилого здания, мест приложения труда, так и здания обще- ственного назначения: учреждения здравоохранения, образования, социального обслуживания, культуры, физической культуры и спорта, объекта торговли и бытового обслуживания – любого соци- ально значимого объекта) *является место целевого назначения (или место целевого посещения) этого объекта.* Это может быть место предоставления услуги, а также место приложения труда, место по- лучения образования, либо место жительства (жилые помещения).

Название зоны «Зона целевого назначения здания (целевого по- сещения объекта)» позволяет определить и *основное требование к состоянию доступности объекта в соответствии с его назначе- нием – доступность мест целевого назначения объекта и путей*

*движения к ним.* При технической невозможности обеспечить до- ступность и удобство для всех категорий граждан мест целевого назначения (или целевого посещения) необходимо предложить ор- ганизацию специально выделенной зоны или участка (например, у входной зоны) либо обеспечить предоставление соответствующей услуги (услуг) в иной, альтернативной форме: дистанционно, на дому, или в ином месте пребывания гражданина.

Места целевого назначения могут быть универсальными для об- служивания всех категорий посетителей, либо выделенными – спе- циальными для инвалидов и других МГН, в том числе вблизи вхо- дов. Помещения для инвалидов на креслах-колясках размещают на уровне входа, ближайшего к поверхности земли; при ином разме- щении помещений по высоте здания (выше или ниже первого эта- жа), кроме лестниц, предусматривают пандусы, подъемные плат- формы, лифты или другие приспособления для перемещения инва- лидов на колясках (в том числе индивидуальные средства, напри- мер, лестницеходы – «скаломобили»).

**Зона обслуживания:** представлена, как правило, в обществен- ных зданиях и сооружениях – на объектах социально-культурного и коммунально-бытового назначения (в том числе на объектах здра- воохранения, образования, культуры, отдыха, спорта, а также на объектах транспортной инфраструктуры, торговли, общественного питания, делового, административного, финансового, религиозного назначения).

Общие требования к зонам обслуживания граждан предусмат- ривают не менее 5 % мест для инвалидов и других МГН от общей вместимости учреждения или расчетного количества посетителей (в том числе при выделении зон специализированного обслужива- ния МГН в здании). При наличии нескольких идентичных мест (приборов, устройств) для обслуживания посетителей, 5 % из них проектируются или организуются так, чтобы инвалид мог ими вос- пользоваться.

С точки зрения обеспечения безопасности посетителей с нару- шениями состояния здоровья и мобильности, места обслуживания и постоянного нахождения инвалидов располагают на минимальных

расстояниях от эвакуационных выходов из помещений, а также с этажей и из зданий – наружу.

Зона 5 **«Санитарно-гигиенические помещения»**.

К общим требованиям по этой зоне относится требование о наличии (особенно на объекте, предназначенном для обслуживания посетителей) как минимум одной универсальной кабины для МГН (в том числе доступной для пользования инвалидами на кресле- коляске). Так, не менее одной универсальной кабины должно быть предусмотрено в общественных туалетах, в общественных зданиях (при численности посетителей 50 и более человек, при нахождении их в здании 60 минут и более), в производственных зданиях (на каждом этаже, где работают инвалиды).

К функционально-планировочным элементам зоны 5 относятся:

* 1. **Туалетная комната**,
  2. **Душевая/ ванная комната,**
  3. **Бытовая комната** (гардеробная).

Зона 6 **«Система информации на объекте».**

К системе информации на объекте отнесены устройства, сред- ства информации, связи и их системы. С учетом особых требований к ним для инвалидов с особенностями восприятия (нарушениями сенсорных функций: зрения, слуха), должны быть представлены как минимум 3 вида устройств и средств информации на объекте:

* 1. **визуальны**е средства;
  2. **акустические** средства;
  3. **тактильные** средства.

Система средств информации зон и помещений должна обеспе- чивать:

* + - непрерывность информации (на всех путях движения МГН), своевременное ориентирование и однозначное опознание объектов и мест посещения;
    - возможность получения информации как о предоставляемых услугах (перечне и порядке предоставления), так и о размещении и назначении функциональных элементов на объекте, о расположе- нии путей эвакуации, в том числе предупреждать об опасности в экстремальных ситуациях.

Системы средств информации должны быть комплексными – для всех категорий инвалидов (визуальными, звуковыми, тактиль- ными).

Знаки и символы должны быть идентичными в пределах здания, комплекса сооружений, района расположения объектов; они долж- ны соответствовать нормативным документам по стандартизации.

Следует помнить, что вход (входы) на территорию должен быть оборудован доступными элементами информации об объекте. Не допускается применять непрозрачные калитки на навесных петлях двустороннего действия, калитки с вращающимися полотнами, а также турникеты. Калитки должны быть оборудованы доводчика- ми, кнопка вызова расположена на досягаемой для инвалидов на кресле-коляске высоте, обозначена условным знаком. Ручка на ка- литке должна быть скобообразная. Наиболее частыми нарушения- ми являются: отсутствие информации об объекте социальной ин- фраструктуры (ОСИ), наличие перепадов высот, недостаточная ширина прохода, отсутствие тактильной информации перед входом (предупреждающей). Такие барьеры должны быть устранены. Так- же понадобится установить кнопку вызова персонала (переговор- ное устройство) и организовать оказание помощи сотрудниками учреждения для преодоления барьеров. Если имеется несколько входов, а доступны не все, то следует разместить информацию на каждом входе о расположении и направлении движения к приспо- собленному входу.

Наиболее частыми барьерами при движении по территории яв- ляются следующие: неровное покрытие (в т. ч. насыпная поверх- ность, большой уклон), несколько входов в здание, только 1 при- способлен для маломобильных инвалидов (в т. ч. очень большая территория ОСИ или несколько корпусов на территории), узкий проезд. Следует установить информацию о пути движения к при- способленному входу и (или) установить мнемосхему, организовать через каждые 25 м горизонтальные площадки (карманы)/ организо- вать оказание ситуационной помощи. Если отсутствуют оборудо- ванные места отдыха, следует установить скамейки с интервалом не менее100–150 м. Препятствия на путях движения следует обо-

значить тактильной плиткой по периметру и переместить их с пу- тей движения. Обеспечить наличие хотя бы одного входа (въезда) на территорию объекта (на прилегающую к зданию территорию), приспособленного для всех категорий граждан (инвалидов и других МГН).

Территория, прилегающая к зданию (участок) должна соответ- ствовать следующим требованиям:

* наличие *путей движения* для МГН (транспортных и пешеход- ных; с возможностью их совмещения. Следует сделать ограничи- тельную разметку пешеходных путей на проезжей части, которая обеспечит безопасное движение людей и автомобильного транс- порта).
* *поверхность пути*: из твердых материалов, ровная, шерохова- тая, без зазоров, не создающая вибрацию при движении, а также предотвращающая скольжение, т. е. сохраняющая крепкое сцепле- ние подошвы обуви, опор вспомогательных средств хождения и ко- лёс кресла-коляски при сырости и снеге;
* при наличии *бетонных плит* – ровная укладка, толщина швов между плитами – не более 1,5 см;
* *ширина пути* – не менее 2,0 м; допускается в пределах прямой видимости снижать ширину до 1,2 м. При этом следует устраивать через каждые 25 м горизонтальные площадки (карманы) размером не менее 2,0 x 1,8 м для обеспечения возможности разъезда инва- лидов на креслах-колясках;
* *высота бордюров* по краям пешеходных путей – не менее

5 см;

* *высота бортового камня* – не более 2,5 см;
* *уклон пути*: поперечный – не более 2 %, продольный – не бо- лее 5 %;
* *бордюрные пандусы* на пешеходных переходах должны пол- ностью располагаться в пределах зоны, предназначенной для пеше- ходов, и не должны выступать на проезжую часть. Перепад высот в местах съезда на проезжую часть не должен превышать 1,5 см;
* *тактильные указатели*: в зависимости от назначения: преду- преждающие (форма рифления – усечённые пирамиды и усечённые

конусы) и тактильные дорожные указатели (конусообразные, про- дольные, диагональные, квадратные рифы);

* + *освещение* (для тёмного времени суток);
  + *лестницы* должны быть с поручнями, дублироваться подъём- ными устройствами, иметь контрастную маркировку на проступь крайних ступеней. Также лестницы должны дублироваться панду- сами; ступени должны быть одинаковой формы; ширина просту- пей – 35–40 см, высота подъемов ступеней – 12–15 см; использо- вать антискользящее покрытие и шероховатая поверхность; не сле- дует применять ступени с открытыми подступёнками; марш дол- жен быть не менее 3 ступеней и не более 12 ступеней. Недопустимо применение одиночных ступеней (заменять пандусами); расстояние между поручнями – не менее 1,0 м;
  + *пандус*: поверхность пандуса – нескользкая, отчётливо марки- рованная цветом или текстурой, контрастная относительно приле- гающей поверхности; длина марша не должна превышать 9 м, а уклон – не круче 5 %. Пандус с расчетной длиной 36 м и более или высотой более 3 м следует заменять подъёмными устройствами; колесоотбойники – высота не менее 5 см; ширина между поручня- ми пандуса – в пределах 0,9 – 1,0 м; поручни – с двух сторон; на высоте 0,7 и 0,9 м (допустимо от 0,85 до 0,92 м); завершающие ча- сти длиннее на 30 см (допустимо от 27–33 см); для поручней реко- мендуется применять материалы округлого сечения диаметром от 0,04 до 0,06 м;
  + *автостоянки и парковки*: площадки для остановки специали- зированных средств общественного транспорта для инвалидов раз- мещаются не далее 100 м от входов в общественные здания для МГН; количество парковочных мест – не менее 10 % (но не менее 1 места); разметка места для стоянки автомашины инвалида на кресле-коляске – 6,0 x 3,6 м, что дает возможность создать безопас- ную зону сбоку и сзади машины – 1,2 м; выделяемые места обозна- чены знаками на поверхности покрытия стоянки и продублированы знаком на вертикальной поверхности (стене, столбе, стойке и т. п.), расположенным на высоте не менее 1,5 м.
* *вход (входы) в здание*: необходимо иметь как минимум один вход, доступный для всех категорий инвалидов и других МГН. Требования к лестнице и пандусу аналогичны указанным ранее. Входная площадка должна иметь ограждение, информацию об ОСИ, освещение. Её поверхность должна быть твердая, нескольз- кая; с водосборной решёткой (ковриком), иметь поперечный уклон не более 1–2 %. Входные двери, доступные для входа инвалидов, следует проектировать автоматическими, ручными или механиче- скими. Они должны быть хорошо опознаваемы и иметь символ, указывающий на их доступность. Целесообразно применение авто- матических распашных или раздвижных дверей (если они не стоят на путях эвакуации); дверной проём – ширина не менее 1,2 м; порог
* отсутствует или не более 1,4 см; прозрачные двери и ограждения
* из ударопрочного материала, с яркой контрастной маркировкой на уровне от 1,2 м до 1,5 м от поверхности пешеходного пути (вы- сотой не менее 10 см и шириной не менее 20 см), дверные налични- ки или края дверного полотна и ручки рекомендуется окрашивать в отличные от дверного полотна контрастные цвета. Тамбур также должен быть необходимой ширины и иметь соответствующую по- верхность.

Путь (пути) движения внутри здания (в т. ч. пути эвакуации) определяется как наиболее рациональный (короткий и удобный) путь к зоне целевого назначения. Наличие зоны отдыха на каждом доступном МГН этаже на 2–3 места (при большой длине этажа зону отдыха следует предусматривать через 25–30 м). На путях движе- ния МГН в здании следует предусматривать смежные с ними места отдыха и ожидания. В местах отдыха или ожидания следует преду- сматривать не менее одного места для инвалида на кресле-коляске или пользующегося костылями (тростью), а также его сопровожда- ющего. В помещениях, доступных инвалидам, не разрешается при- менять ворсовые ковры с высотой ворса более 1,3 см, ковровые по- крытия на путях движения должны быть плотно закреплены, осо- бенно на стыках полотен и по границе разнородных покрытий; ши- рина пути движения в чистоте – не менее 1,5 м (при встречном движении – не менее 1,8 м). Допускается уменьшать ширину кори-

доров при условии создания разъездов (карманов) для кресел- колясок размером 2 м (длина) и 1,8 м (ширина) в пределах прямой видимости следующего кармана; зона для самостоятельного разво- рота инвалида на кресле-коляске – не менее 1,4 м в диаметре. В ко- ридоре должна быть предупредительная информация о препятствии (перед дверными проёмами и входами на лестницы и пандусы, пе- ред поворотом коммуникационных путей). Следует выделить место для собаки-проводника (желательно; возможно совмещение с коля- сочной). Лифт должен иметь размеры не менее (ширина х глубина) – 1,7 х 1,5 м; информирующую сигнализацию (световую и звуко- вую) у каждой двери лифта, предназначенного для инвалидов; так- тильные указатели уровня этажа; двустороннюю связь из кабины лифта с диспетчером или дежурным, а также аварийное освещение. Двери: ширина дверного проёма – не менее 0,9 м; порог и перепад высот – отсутствует или не более 1,4 см; информирующие обозна- чения помещений: рядом с дверью, со стороны дверной ручки, на высоте от 1,3 до 1,4 м, дублирование рельефными знаками; двери на путях эвакуации должны иметь окраску, контрастную со стеной. При кабинетной форме обслуживания нужно выделить помеще- ние для индивидуального приема посетителей, доступного и для инвалидов. В залах – выделить места для инвалидов на коляске. При прилавочной форме обслуживания – обеспечить доступную высоту стоек, наличие проёма для ног. В удобном для посетителя- инвалида по зрению месте и в доступной для него форме разме- стить информацию о расположении торговых залов и секций, об ассортименте и ценах на товары, а также средства связи с админи- страцией. Расставить мебель таким образом, чтобы расстояние между столами было не менее 1,2 м. Организовать размещение мест для сопровождающих лиц в непосредственной близости (мо- гут чередоваться с местами для инвалидов). Звуковую информацию

необходимо продублировать текстовой информацией.

Во всех зданиях, где имеются санитарно-бытовые помещения, должны быть предусмотрены специально оборудованные для МГН места в раздевальных комнатах, универсальные кабины в уборных и душевых, ванных. В общем количестве кабин уборных обще-

ственных и производственных зданий доля доступных для МГН ка- бин должна составлять 7 %, но не менее одной. В туалетной комна- те должна быть кнопка вызова, установлена система закрывания дверей, которая позволяет открывать дверь снаружи; должно быть свободное пространство рядом с унитазом, крючки для одежды, ко- стылей и других принадлежностей; также должны быть поручни рядом с унитазом и раковиной, пространство под раковиной, у кра- на – круглые ручки для подачи воды.

Система информирования должна обеспечивать непрерывность поступления информации, своевременное ориентирование и одно- значное опознавание объектов и мест посещения, предусматривать возможность получения информации об ассортименте предоставля- емых услуг, размещении и назначении функциональных элементов, расположении путей эвакуации, предупреждать об опасности в экс- тремальных ситуациях и т. п. К системе информирования на объек- те отнесены устройства, средства информации, связи и их системы. Системы средств информации должны быть комплексными – для всех категорий инвалидов (визуальными, звуковыми, тактильны- ми). Знаки и символы должны быть идентичными в пределах зда- ния, комплекса сооружений, района расположения объектов; они должны соответствовать нормативным документам по стандарти- зации.

Проектно-организационные мероприятия должны быть направ- лены не на доступность здания для инвалидов как самоцель, а на беспрепятственное получение ими требуемой услуги. Если фор- мальная доступность здания достигается планировочными и инже- нерными средствами, то доступность получения услуги зависит и от организационных мероприятий. Выполнение ст. 15 ФЗ «О соци- альной защите инвалидов в РФ» может осуществляться как путем проектирования, приспособления зданий для доступа инвалида к услуге, так и путем «доставки» услуги к инвалиду (на дом, в места отдыха и другие доступные для него зоны). Выбор варианта опре- деляется местными органами власти, исходя из социальных задач и финансовых возможностей региона.

В зависимости от расчетного числа инвалидов, от финансовых возможностей и функциональной структуры здания, сооружения рекомендуется предусматривать один из двух вариантов организа- ции доступности (не учитывая обслуживание на дому):

* + вариант «А» (универсальный проект) – доступность для инва- лидов любой жилой ячейки в жилище, любого места обслуживания в общественном здании, любого места приложения труда;
  + вариант «Б» («разумное приспособление») – выделение в уровне входной площадки специальных помещений, зон или бло- ков, приспособленных и оборудованных для инвалидов.

Решая вопрос о доступности здания или сооружения для инва- лидов, нередко организация не в состоянии быстро осуществить демонтаж или ремонт отдельных элементов. В этих случаях следует прибегать к средствам универсального дизайна и принципа разум- ной доступности. Если нарушения незначительные, то, согласовав их с общественной организацией инвалидов и отразив их в паспор- те доступности ОСИ, рекомендуется организовать доступ в здание и получение услуг гражданам из МГН.

Следует преодолеть предубеждение, что специальные дополни- тельные мероприятия лишь удорожают строительство или создают препятствия для здоровых людей. Адаптированные здания удобны для всех категорий населения: беременным женщинам, матерям с прогулочными колясками, людям преклонного возраста с любой функциональной недостаточностью, покупателям с ручной кладью и т. п. Такие здания легче поддаются функциональным преобразо- ваниям и поэтому более привлекательны для потенциальных вла- дельцев.

**2.3.Основные права инвалидов в процессе получения услуг**

Требования к доступности объектов и услуг определяют права, которые имеются у инвалидов на различных этапах жизненного пу- ти и профессионализации. Так, за школьниками с ОВЗ и инвалид- ностью закреплены следующие права:

1. Право на обучение по адаптированным к состоянию здоровья и индивидуальным возможностям образовательным программам (в соответствие с заключением ПМПК и МСЭ и с учётом ИПР(А)).
2. Право на обучение и воспитание с помощью специальных ме- тодов, соответствующих состоянию здоровья и индивидуальным возможностям.
3. Право на обучение по специальным учебникам и учебным по- собиям, соответствующим состоянию здоровья, индивидуальным возможностям, рекомендациям ПМПК и предоставляемым образо- вательной организацией бесплатно.
4. Право на обучение помощью специальных дидактических ма- териалов.
5. Право на использование в процессе образования специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, рекомендованных МСЭ и ПМПК и обеспечивающих коррекцию и компенсацию образовательных трудностей.
6. Право на предоставление услуг ассистента (помощника), ока- зывающего необходимую техническую помощь (в соответствие с заключением ПМПК и МСЭ и с учётом ИПР(А)).
7. Право на предоставление услуг тьютора (в соответствие с за- ключением ПМПК, ППк и МСЭ и с учётом ИПР(А)).
8. Право на посещение групповых и индивидуальных коррекци- онных занятий (в соответствие с заключением ПМПК и МСЭ и с учётом ИПР(А)).
9. Право на обеспечение доступа в здания организаций, осу- ществляющих образовательную деятельность.
10. Право на бесплатное двухразовое питание (для лиц, имею- щих в соответствие с заключением ПМПК статус «обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья»).
11. Право на обеспечение беспрепятственного доступа учащихся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения образовательной организации, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров до высоты

не более 0,8 м; наличие специальных кресел и других приспособле- ний).

1. Право на возможность посадки в транспортное средство и высадки из него перед входом в образовательную организацию, в том числе с использованием кресла-коляски и, при необходимости, с помощью работников образовательной организации.
2. Право на возможность самостоятельного передвижения по территории образовательной организации в целях доступа к месту образования, в том числе с помощью работников образовательной организации, предоставляющих услуги, ассистивных и вспомога- тельных технологий, а также сменного кресла-коляски.
3. Право на содействие при входе в объект и выходе из него.
4. Право на сопровождение и возможность самостоятельного передвижения по территории образовательной организации (для лиц со стойкими нарушениями зрения).
5. Право на адаптацию информации официальных сайтов об- разовательных организаций в сети Интернет с учетом особых по- требностей инвалидов по зрению с приведением их к междуна- родному стандарту доступности веб-контента и веб-сервисов (WCAG).
6. Право на доступ к адаптированной версии официального сайта образовательной организации.
7. Право на получение в доступных местах и в адаптирован- ной форме справочной информации о расписании лекций, учебных занятий (должна быть выполнена крупным (высота прописных букв не менее 7,5 см) рельефно-контрастным шрифтом (на белом или жёлтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля).
8. Право на присутствие ассистента, оказывающего учащему- ся необходимую помощь.
9. Право на обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт) или аудиофайлы.
10. Право на обеспечение доступа учащегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию образова- тельной организации, располагающему местом для размещения со- баки-поводыря в часы обучения самого учащегося.
11. Право на дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и ко- личество необходимо определять с учетом размеров помещения);
12. Право на обеспечение надлежащими звуковыми средства- ми воспроизведения информации.
13. Право на обеспечение получения информации с использо- ванием русского жестового языка (сурдоперевода, тифлосурдопе- ревода).

Педагогические работники обязаны учитывать особенности психофизического развития обучающихся и состояние их здоровья, соблюдать специальные условия, необходимые для получения об- разования лицами с ограниченными возможностями здоровья, вза- имодействовать при необходимости с организациями, оказываю- щими психолого-педагогическую, медицинскую и социальную по- мощь, независимо от их организационно-правовых форм.

При переходе на этап профессионального образования, при воз- никающей необходимости, также предусмотрены особые права, за- ключающиеся в создании специальных условий на этапе поступле- ния в образовательную организацию профессионального образова- ния:

1. При проведении вступительных испытаний для поступаю- щих из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья организация обеспечивает создание условий с учетом особенностей психофизического развития поступающих, их инди- видуальных возможностей и состояния здоровья.
2. При очном проведении вступительных испытаний организа- ция обеспечивает беспрепятственный доступ поступающих с огра- ниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещени- ях (в том числе наличие пандусов, подъемников, поручней, расши- ренных дверных проемов, лифтов; при отсутствии лифтов аудито- рия должна располагаться на первом этаже здания).
3. Очные вступительные испытания для поступающих с ограни- ченными возможностями здоровья проводятся в отдельной аудито- рии.
4. Число поступающих с ограниченными возможностями здоро- вья в одной аудитории не должно превышать:
   * при сдаче вступительного испытания в письменной форме – 12 человек;
   * при сдаче вступительного испытания в устной форме – 6 человек.
5. Допускается присутствие в аудитории во время сдачи вступи- тельного испытания большего числа поступающих с ограниченны- ми возможностями здоровья, а также проведение вступительных испытаний для поступающих с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с иными поступающими, если это не создает трудностей для поступающих при сдаче вступи- тельного испытания.
6. Допускается присутствие в аудитории во время сдачи вступи- тельного испытания ассистента из числа работников организации или привлеченных лиц, оказывающего поступающим с ограничен- ными возможностями здоровья необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с лицами, проводящими вступительное испытание).
7. Продолжительность вступительного испытания для поступа- ющих с ограниченными возможностями здоровья увеличивается по решению организации, но не более чем на 1,5 часа.
8. Поступающим с ограниченными возможностями здоровья предоставляется в доступной для них форме информация о порядке проведения вступительных испытаний.
9. Поступающие с ограниченными возможностями здоровья мо- гут в процессе сдачи вступительного испытания пользоваться тех- ническими средствами, необходимыми им в связи с их индивиду- альными особенностями.
10. При проведении вступительных испытаний обеспечива- ется выполнение следующих дополнительных требований в зави-

симости от индивидуальных особенностей поступающих с ограни- ченными возможностями здоровья:

а) *для слепых:*

* задания для выполнения на вступительном испытании оформ- ляются рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электрон- ного документа, доступного с помощью компьютера со специали- зированным программным обеспечением для слепых либо зачиты- ваются ассистентом;
* письменные задания выполняются на бумаге рельефно- точечным шрифтом Брайля или на компьютере со специализиро- ванным программным обеспечением для слепых либо надиктовы- ваются ассистенту;
* при очном проведении вступительных испытаний поступаю- щим для выполнения задания при необходимости предоставляется комплект письменных принадлежностей и бумага для письма рель- ефно-точечным шрифтом Брайля, компьютер со специализирован- ным программным обеспечением для слепых;

б) *для слабовидящих:*

* обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс (при очном проведении вступительных испыта- ний);
* поступающим для выполнения задания при необходимости предоставляется увеличивающее устройство (при очном проведе- нии вступительных испытаний), возможно также использование собственных увеличивающих устройств;
* задания для выполнения, а также инструкция по порядку про- ведения вступительных испытаний оформляются увеличенным шрифтом;

в) *для глухих и слабослышащих:*

* обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры кол- лективного пользования, при необходимости поступающим предо- ставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального поль- зования (при очном проведении вступительных испытаний);
* предоставляются услуги сурдопереводчика;

г) *для слепоглухих* предоставляются услуги тифлосурдоперевод- чика (помимо требований, выполняемых соответственно для сле- пых и глухих);

д) *для лиц с тяжелыми нарушениями речи, глухих, слабослыша- щих* вступительные испытания, проводимые в устной форме, про- водятся в письменной форме (дополнительные вступительные ис- пытания творческой и (или) профессиональной направленности, вступительные испытания при приеме на обучение по программам магистратуры – по решению организации);

е) *для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, нарушениями двигательных функций верхних конечностей или от- сутствием верхних конечностей*:

* + письменные задания выполняются на компьютере со специа- лизированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
  + вступительные испытания, проводимые в письменной форме, проводятся в устной форме (дополнительные вступительные испы- тания творческой и (или) профессиональной направленности, всту- пительные испытания при приеме в магистратуру – по решению организации)

При поступлении в вузы абитуриенты с инвалидностью имеют особые права:

1. Право на прием на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета за счет бюджетных ассигнований феде- рального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в пределах установленной квоты имеют дети- сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, а также лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, дети-инвалиды, инвалиды I и II групп, инвалиды с детства, инвали- ды вследствие военной травмы или заболевания, полученных в пе- риод прохождения военной службы, ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1–4 пункта 1 ста- тьи 3 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О вете- ранах».
2. При поступлении на обучение по программам бакалавриата и специалитета лица с инвалидностью и ограниченными возможно- стями здоровья, поступающие на базе среднего общего образования (после школы), могут по своему усмотрению поступать на обуче- ние по результатам общеобразовательных вступительных испыта- ний, проводимых вузом самостоятельно или по результатам ЕГЭ. Абитуриент с инвалидностью может сдавать общеобразовательные вступительные испытания, проводимые организацией высшего об- разования самостоятельно, вне зависимости от того, участвовали ли они в сдаче ЕГЭ.
3. Дети-инвалиды, инвалиды I и II групп, инвалиды с детства, инвалиды вследствие военной травмы или заболевания, полученно- го в период прохождения военной службы, путем подачи заявления могут воспользоваться правом на внеконкурсный прием на обуче- ние по программам бакалавриата и специалитета за счет бюджет- ных средств в пределах установленной квоты при условии успеш- ного прохождения вступительных испытаний.
4. Преимущественное право зачисления в образовательную ор- ганизацию на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета при условии успешного прохождения вступительных испытаний и при прочих равных условиях имеют дети-инвалиды, инвалиды I и II групп (в ред. Федерального закона от 01.05.2017

№ 93-ФЗ), инвалиды войны, участники боевых действий, а также ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в ФЗ от 12 ян- варя 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах».

Для использования особого права абитуриент должен подтвер- дить свой статус, предъявив заключение МСЭ и / или ПМПК. Так- же может понадобиться ИПР(А) для определения специальных условий, в которых нуждается инвалид.

На этапе профессионального образования (СПО, ВУЗ) студенты с инвалидностью и ОВЗ имеют особые права, которые позволяют им получать образование наравне со всеми:

1. Право на обучение по специальным учебникам и учебным по- собиям, соответствующим состоянию здоровья, индивидуальным

возможностям, рекомендациям ПМПК и предоставляемым образо- вательной организацией бесплатно.

1. Право на адаптацию информации официальных сайтов обра- зовательных организаций в сети Интернет с учетом особых потреб- ностей инвалидов по зрению с приведением их к международному стандарту доступности веб-контента и веб-сервисов (WCAG).
2. Право на возможность посадки в транспортное средство и вы- садки из него перед входом в образовательную организацию, в том числе с использованием кресла-коляски и, при необходимости, с помощью работников образовательной организации.
3. Право на возможность приёма–передачи информации в до- ступных формах, в том числе и при электронном обучении и в рам- ках дистанционных образовательных технологий.
4. Право на возможность самостоятельного передвижения по территории образовательной организации в целях доступа к месту образования, в том числе с помощью работников образовательной организации, предоставляющих услуги, ассистивных и вспомога- тельных технологий, а также сменного кресла-коляски.
5. Право на выбор мест прохождения практики с учётом состоя- ния здоровья и требований к доступности.
6. Право на доступ к адаптированной версии официального сай- та образовательной организации.
7. Право на дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и ко- личество необходимо определять с учетом размеров помещения);
8. Право на использование в процессе образования специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, рекомендованных МСЭ и ПМПК и обеспечивающих коррекцию и компенсацию трудностей.
9. Право на обеспечение беспрепятственного доступа учащих- ся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения образовательной организации, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров до высоты

не более 0,8 м; наличие специальных кресел и других приспособле- ний).

1. Право на обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт) или аудиофайлы.
2. Право на обеспечение доступа в здания организаций, осу- ществляющих образовательную деятельность.
3. Право на обеспечение доступа учащегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию образова- тельной организации, располагающему местом для размещения со- баки-поводыря в часы обучения самого учащегося.
4. Право на обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации.
5. Право на обеспечение печатными и (или) электронными об- разовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограниче- ниям здоровья.
6. Право на обеспечение получения информации с использова- нием русского жестового языка (сурдоперевода, тифлосурдопере- вода).
7. Право на обучение и воспитание с помощью специальных методов, соответствующих состоянию здоровья и индивидуальным возможностям.
8. Право на обучение по адаптированным к состоянию здоро- вья и индивидуальным возможностям образовательным програм- мам (в соответствие с заключением ПМПК и МСЭ и с учётом ИПР(А).
9. Право на обучение по индивидуальному учебному плану и индивидуальному графику освоения образовательной программы.
10. Право на обучение с помощью специальных дидактических материалов.
11. Право на освоение адаптационных дисциплин, обеспечива- ющих коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию обучающихся.
12. Право на особый порядок освоения дисциплин по физиче- ской культуре и спорту с учётом состояния здоровья обучающихся.
13. Право на получение в доступных местах и в адаптированной форме справочной информации о расписании лекций, учебных за- нятий (должна быть выполнена крупным (высота прописных букв не менее 7,5 см) рельефно-контрастным шрифтом (на белом или жёлтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля).
14. Право на посещение групповых и индивидуальных коррек- ционных занятий (в соответствие с заключением ПМПК и МСЭ и с учётом ИПР(А)).
15. Право на предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую техническую помощь (в соответствие с заключением ПМПК и МСЭ и с учётом ИПР(А)).
16. Право на предоставление услуг тьютора (в соответствие с заключением ПМПК и МСЭ и с учётом ИПР(А)).
17. Право на присутствие ассистента, оказывающего учащемуся необходимую помощь.
18. Право на регламентированное федеральным государствен- ным образовательным стандартом увеличение срока получения об- разования.
19. Право на содействие при входе в объект и выходе из него.
20. Право на сопровождение и возможность самостоятельного передвижения по территории образовательной организации (для лиц со стойкими нарушениями зрения).
21. Право получать доступ к информации об имеющихся в об- разовательной организации специальных условиях обучения инва- лидов через официальный сайт организации.

В процессе преподавания учебных курсов, дисциплин, модулей, преподаватели обязаны:

* + использовать педагогически обоснованные формы, методы, приёмы организации образовательной деятельности обучающихся;
  + осуществлять электронное обучение;
  + использовать дистанционные образовательные технологии, информационно-коммуникационные технологии, электронные об- разовательные и информационные ресурсы;
  + учитывать возрастные, индивидуальные особенности обуча- ющихся, состояние их здоровья.

По завершении профессионального образования начинают дей- ствовать правила сопровождения трудоустройства инвалидов. Гос- ударство признает право инвалидов на труд наравне с другими. Это право включает право на получение возможности зарабатывать се- бе на жизнь трудом, который инвалид свободно выбрал или на ко- торый он свободно согласился, в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными и до- ступными для инвалидов. Государство обеспечивает и поощряет реализацию права на труд инвалидов, обеспечивая:

* запрещение дискриминации по признаку инвалидности в от- ношении всех вопросов, касающихся всех форм занятости, включая условия приема на работу, найма и занятости, сохранения работы, продвижения по службе и безопасных и здоровых условий труда;
* защита прав инвалидов наравне с другими на справедливые и благоприятные условия труда, включая равные возможности и рав- ное вознаграждение за труд равной ценности, безопасные и здоро- вые условия труда, включая защиту от домогательств и удовлетво- рение жалоб;
* обеспечение инвалидам возможности осуществления своих трудовых и профсоюзных прав наравне с другими;
* наделение инвалидов возможностью эффективного доступа к общим программам технической и профессиональной ориентации, службам трудоустройства и профессиональному и непрерывному обучению;
* расширение на рынке труда возможностей для трудоустрой- ства инвалидов и их продвижения по службе, а также оказание по- мощи в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы.
* расширение возможностей для индивидуальной трудовой дея- тельности, предпринимательства, развития кооперативов и органи- зации собственного дела;
* наем инвалидов в государственном секторе;
* стимулирование найма инвалидов в частном секторе с помо- щью надлежащих стратегий и мер, которые могут включать про- граммы позитивных действий, стимулы и другие меры;
* обеспечение инвалидам разумного приспособления (грамот- ной организации и приспособления к индивидуальным проблемам) рабочего места;
* поощрение приобретения инвалидами опыта работы в услови- ях открытого рынка труда;
* поощрение программ профессиональной и квалификационной реабилитации, сохранения рабочих мест и возвращения на работу инвалидов.

В процессе трудоустройства инвалид имеет право претендовать на особый режим занятости. Так, в ст. 91–94 Трудового кодекса РФ регламентируются нормативы продолжительности рабочего време- ни, включая его сокращенную продолжительность, неполное рабо- чее время, продолжительность ежедневной работы (смены) в т. ч. для инвалидов**.** В соответствии со ст. 92 ТК РФ для работников, яв- ляющихся инвалидами I или II группы, сокращенная продолжи- тельность рабочего времени устанавливается не более 35 часов в неделю. Продолжительность рабочего времени конкретного работ- ника устанавливается трудовым договором на основании отрасле- вого (межотраслевого) соглашения и коллективного договора с учетом результатов специальной оценки условий труда. На основа- нии отраслевого (межотраслевого) соглашения и коллективного до- говора, а также письменного согласия работника, оформленного путем заключения отдельного соглашения к трудовому договору, эта продолжительность рабочего времени может быть увеличена, но не более чем до 40 часов в неделю с выплатой работнику от- дельно устанавливаемой денежной компенсации в порядке, разме- рах и на условиях, которые установлены отраслевыми (межотрас- левыми) соглашениями, коллективными договорами. Не допускает- ся установление в коллективных или индивидуальных трудовых договорах условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, отпуска и другие), ухудшающих поло- жение инвалидов по сравнению с другими работниками. Привлече- ние инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, что

такие работы не запрещены им по состоянию здоровья. Инвалидам предоставляется ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней.

Для информирования инвалидов о возможностях трудоустрой- ства на открытом рынке труда с ноября 2013 года Роструд открыл на информационном портале «Работа в России» (www.trudvsem.ru) сервис поиска работы для инвалидов. Интернет-ресурс позволяет подобрать вакансии, предлагаемые центрами занятости населения, в том числе на квотируемые и специально оборудованные рабочие места для инвалидов, учитывая регион проживания, категорию ин- валидности и другие заданные пользователем параметры.

В ст. 20 «Обеспечение занятости инвалидов» Федеральный за- кон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвали- дов в Российской Федерации» перечисляются следующие специ- альные мероприятия, осуществляемые в целях предоставления ин- валидам гарантий трудовой занятости, способствующие повыше- нию их конкурентоспособности на рынке труда:

* установление в организациях независимо от организационно- правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;
* резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее под- ходящим для трудоустройства инвалидов;
* стимулирование создания предприятиями, учреждениями, ор- ганизациями дополнительных рабочих мест (в том числе специаль- ных) для трудоустройства инвалидов;
* создание инвалидам условий труда в соответствии с индиви- дуальными программами реабилитации, абилитации инвалидов;
* создание условий для предпринимательской деятельности ин- валидов;
* организация обучения инвалидов новым профессиям. Ключевым фактором, обеспечивающим наличие вакантных ра-

бочих мест, является обязанность работодателей принимать на ра- боту инвалидов – установление в организациях независимо от ор- ганизационно-правовых форм и форм собственности квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специаль-

ных рабочих мест для инвалидов зафиксировано в федеральном за- коне от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите ин- валидов в Российской Федерации». Так, работодателям, числен- ность работников которых превышает 100 человек, законодатель- ством субъекта Российской Федерации устанавливается квота для приема на работу инвалидов в размере от 2 до 4 % среднесписочной численности работников. Работодателям, численность работников которых составляет не менее 35 человек и не более 100 человек, за- конодательством субъекта Российской Федерации может устанав- ливаться квота для приема на работу инвалидов в размере не выше 3 % среднесписочной численности работников.

Таким образом, работодатели в соответствии с установленной квотой обязаны:

* + создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов и принимать локальные нормативные акты, содержащие сведения о данных рабочих местах;
  + создавать инвалидам условия труда в соответствии с индиви- дуальной программой реабилитации или абилитации;
  + предоставлять в установленном порядке информацию, необ- ходимую для организации занятости инвалидов.

За отказ в приеме на работу инвалида в пределах установленной квоты руководитель организации как должностное лицо может быть привлечен к административной ответственности в соответ- ствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях.

С 2019 года в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида введены разделы «Рекомендации о показан- ных и противопоказанных видах трудовой деятельности с учетом нарушенных функций организма человека, обусловленных заболе- ваниями, последствиями травм и дефектами» и «Рекомендуемые условия труда». Аналогичным образом дополнят форму ИПРА ре- бенка-инвалида (приказ Минтруда России от 30 мая 2018 г.№ 322н).

Примерами действий работодателя, которые могут выступать в качестве разумных приспособлений, являются:

* приспособление помещения, обстановки и оборудования под нужды инвалида;
* предоставление информации в доступной для инвалида фор- ме;
* изменение режима работы или обучения;
* предоставление инвалиду другого рабочего места или места обучения, или перевод на работу на дому;
* перевод инвалида на другую работу в соответствии с реко- мендациями ИПРА;
* освобождение инвалида от работы или обучения для прохож- дения курса реабилитации в период временной нетрудоспособности и лечения;
* корректировка проведения обучения или переподготовки, или предоставление наставника;
* приобретение или модификация оборудования в соответствии с потребностями инвалидов с различными нарушениями функций организма;
* изменение процедуры тестирования при приеме на работу ин- валида с учетом нарушенных функций организма и ограничений его жизнедеятельности;
* предоставление помощи сурдопереводчика, тифлосурдопере- водчика;
* предоставление помощи наставника или другой поддержки.

С 1 января 2019 года к полномочиям органов государственной службы занятости добавилась новая государственная услуга – это организация сопровождения при содействии занятости инвалидов. Под сопровождением при содействии занятости инвалида понима- ется оказание индивидуальной помощи незанятому инвалиду при его трудоустройстве, создание условий для осуществления им тру- довой деятельности и ускорения его профессиональной адаптации на рабочем месте, а также формирование пути его передвижения до места работы и обратно и по территории работодателя. Сопровож- дение при содействии занятости рекомендуется инвалидам, испы- тывающим трудности в поиске подходящей работы и трудоустрой- стве, в адаптации на новом месте работы в связи со стойкими

нарушениями функций организма и ограничениями жизнедеятель- ности, в том числе, молодым инвалидам-выпускникам образова- тельных учреждений, не имеющим опыта работы; инвалидам, утра- тившим профессию (специальность) вследствие стойких наруше- ний функций организма и ограничений жизнедеятельности. Реше- ние о предоставлении государственной услуги принимается служ- бой занятости с учетом сведений, содержащихся в ИПРА инвалида. Государственная услуга включает следующие административ-

ные процедуры (действия):

1. анализ сведений об инвалиде, содержащихся в регистре полу- чателей государственных услуг в сфере занятости населения – фи- зических лиц;
2. информирование инвалида о порядке предоставления госу- дарственной услуги;
3. определение ответственного за сопровождение работника государственного учреждения службы занятости населения либо подбор негосударственной организации, в том числе добровольче- ской (волонтерской) организации, осуществляющей оказание инва- лиду индивидуальной помощи в виде сопровождения, которая в установленном законодательством Российской Федерации порядке вправе оказывать соответствующие услуги;
4. оформление приказа о назначении ответственного работника государственного учреждения службы занятости населения, непо- средственно занимающегося сопровождением, либо заключение договора о сопровождении с негосударственной организацией, осуществляющей оказание инвалиду индивидуальной помощи в виде сопровождения;
5. оформление заключения о предоставлении государственной услуги, содержащего информацию о лицах (организациях), опреде- ленных для сопровождения;
6. выдача инвалиду заключения и приобщение к его личному делу второго экземпляра заключения;
7. внесение результатов выполнения административных проце- дур (действий) в регистр получателей государственных услуг в сфере занятости населения – физических лиц.

При получении услуги соискатель с инвалидностью имеет прана консультации с работодателями для подбора возможно

предложений по трудоустройству инвалида;

* + на сопровождение с учетом нарушенных функций организма в процессе профессиональной ориентации, оказания юридической помощи, информирования о положении на рынке труда, психоло- гической поддержки, социальной адаптации на рынке труда, про- фессиональной подготовки;
  + на проведение консультаций по написанию резюме, подготов- ку к прохождению собеседований, самопрезентаций, ведению пере- говоров;
  + на организацию собеседований с работодателем, сопровожде- ние на ярмарках вакансий, собеседованиях;
  + на помощь в сборе и оформлении документов, необходимых при трудоустройстве: написание заявления, составление анкеты, формирование необходимого пакета документов и т. д.;
  + формирование доступного маршрута передвижения до места работы и обратно, а также по территории организации- работодателя в целях оперативного доступа к рабочему месту.

С 2019 года реализуется мероприятие по организации наставни- чества при трудоустройстве инвалидов молодого возраста, обра- тившихся в службу занятости. Работодатели назначают наставни- ков для молодых инвалидов из числа своих работников. Наставник обеспечивает адаптацию к условиям профессиональной среды, со- держанию, режиму, условиям, характеру профессиональной дея- тельности, коллективу; осуществляет социальное и психологиче- ское сопровождение в процессе закрепления на рабочем месте. Ра- ботодателям возмещаются расходы на оплату труда наставников, закрепленных за молодыми инвалидами при их трудоустройстве.

Имеющиеся сведения позволяют говорить о том, что лишь 40 % людей с ОВЗ от общего числа обратившихся в специализированные центры занятости сумели в итоге получить работу. Трудоустраива- ются не более 30 % инвалидов трудоспособного возраста. Это

определяет актуальность и необходимость широкого внедрения практики инклюзии и дальнейшую работу в данном направлении.

**3.4.Вспомогательные технологии**

**и цифровые инструменты инклюзии**

Политика применения вспомогательных (ассистивных) техноло- гий и цифровых сервисов в инклюзии отражена в международном законодательстве. Об этом свидетельствуют такие правовые доку- менты, как Конвенция ООН «О правах инвалидов», глобальное движение «За права инвалидов» и «Образование для всех» (ЮНЕСКО), Саламанкская Декларация и т. д.

Однако каждая страна вырабатывает свою концепцию внедре- ния технологий инклюзии. Это зависит от многих факторов: обще- го уровня информатизации (в России эти процессы начались позже, чем в западных странах), материального обеспечения организаций, возможностей технической поддержки, подготовки специалистов и т. д.

Первые попытки включения компьютерных технологий в специ- альное и инклюзивное образование были направлены на социаль- ную и образовательную интеграцию детей, поэтому интенсивно развивались «ассистирующие» (вспомогательные) технологии, ко- торые использовали компьютер или другие устройства для компен- сации недостатка или облегчения образовательной деятельности.

*Вспомогательные технологии* – любое устройство, система или услуга, которые позволяют людям с функциональными ограниче- ниями принимать активное участие в повседневной жизни, полу- чать образование, работать или отдыхать. Как правило, ассистиру- ющие устройства снабжены адаптированной системой внешних устройств, специальным программным обеспечением, обладают эксклюзивной конфигурацией, наиболее удобной для пользователя.

Основная идея ассистирующих технологий:

* + - «компенсация» недостатка развития за счет компьютера;
    - облегчение доступа к массовому образованию.

Сейчас имеются ассистирующие технологии для людей с прак- тически любым нарушением в развитии и спектр этих устройств постоянно расширяется.

Термин «ассистивный» происходит от английского слова

«assist» – помогать, содействовать, ассистировать. Ассистивные средства предназначены для того, чтобы поддерживать на прежнем уровне или повысить функциональные возможности и автоном- ность людей, тем самым способствуя их благополучию

Ассистивные технологии могут быть классифицированы по функциональному назначению в зависимости от категории нару- шений у потенциальных пользователей:

1. Технологии для людей с сенсорными нарушениями:
   * для лиц с нарушениями слуха (сурдоинформационные сред- ства);
   * для лиц с нарушениями зрения (тифлоинформационные сред- ства).
2. Технологии для лиц с нарушениями речи (голосообразующие средства).
3. Технологии для людей с нарушениями в работе опорно- двигательного аппарата (моторными нарушениями).
4. Технологии для людей с когнитивными нарушениями (ум- ственными, психическими нарушениями развития).
5. Технологии для людей с ограничениями по общемедицинским показаниям (например, для пожилых или людей с серьезными забо- леваниями).

Однако, использование в инклюзивной практике только асси- стирующих технологий не позволяет решить все задачи, поэтому стали появляться программы, представляющие собой новые техно- логии. В целом, можно выделить пять основных направлений ис- пользования информационных технологий в инклюзии:

1. Диагностическое направление – предполагает развитие ком- пьютерной диагностики.
2. Компенсаторное направление – использование компьютер- ных технологий в качестве вспомогательных устройств.
3. Коррекционное направление – повышает возможности реаби- литационного и образовательного процесса, предполагает исполь- зование специализированных программ (например, программно- аппаратный комплекс «Видимая речь», «Дельфа-142», «Моя жизнь», «Экранный чтец», «Домашний логопед», «В мире слов» и др.)
4. Дидактическое направление – предполагает использование компьютерных технологий в качестве обучающего инструмента, особенно в тех случаях, когда традиционные формы обучения ма- лоэффективны (например, программы «Состав числа», «Игры для Тигры»).
5. Коммуникативное направление, в котором компьютерные технологии выступают в качестве альтернативных средств комму- никации, обеспечивая процесс общения.

Как показал анализ проблемы, в последнее время развитие до- ступности цифровой среды для инвалидов выходит в число прио- ритетных инициатив государства, бизнеса и некоммерческих орга- низаций (НКО). Так, Фондом социального страхования созданы сервисы по снабжению реабилитационным оборудованием, на сай- те РЖД предусмотрены личные кабинеты для пассажиров с инва- лидностью, Агентством стратегических инициатив инициировано создание агрегатора услуг для инвалидов «Новое качество жизни». Вопрос активно обсуждается в обществе, выносится на межведом- ственные встречи. Так, в декабре 2019 г. эксперты Всероссийского общества инвалидов, Всероссийского общества слепых, Банка Рос- сии, компаний–разработчиков сайтов, Общественной палаты и научного сектора обсудили с представителями власти (Минком- связь РФ, Минтруд РФ, Минпросвещения РФ и др.) вопросы циф- ровой инклюзивности для пользователей с особыми потребностя- ми, подчеркнув актуальность работы по обеспечению равенства цифровых возможностей и усиления общественного контроля над интернет-ресурсами. Но, несмотря на наблюдаемые в последнее время изменения, можно констатировать, что в российском сегмен- те Интернета недостаточно сайтов, созданных с учётом потребно- стей инвалидов. В то же время, деятельность сайтов регламентиру-

ется стандартами, призванными обеспечить равный доступ к ин- формации. Так, в частности, ГОСТ Р 52872-2012 «Интернет- ресурсы. Требования доступности для инвалидов по зрению» ре- гламентирует требования не только к внешней форме предъявления информации, но и определяет объём контента, формат предъявле- ния графических файлов, файлов в формате pdf, графических кодов подтверждения авторизации, таблиц, фреймов, альтернативной вер- сии сайта.

Современные цифровые технологии, искусственный интеллект могут кардинально изменить жизнь людей с инвалидностью. Рас- тущая информатизация и диджитализация (цифровая трансформа- ция, заключающаяся во внедрении современных технологий и ин- струментов, обеспечивающих перевод всех видов информации в цифровую форму) общества, повлекшая за собой изменение уклада жизни людей, увеличение числа потребителей электронных услуг через web-порталы, рост числа пользователей мобильных устройств и приложений накладывает новые требования к оказанию услуг. Все больше граждан стремятся к комфортному получению инфор- мации в максимально простом, доступном и понятном виде, следу- ют моде и массовым увлечениям, что, в свою очередь, способствует развитию клипового мышления. Это требует принципиально новых подходов к выстраиванию системной работы по цифровой транс- формации цифровой экономики. Цифровая трансформация – это формирование цифровой среды жизни и деятельности через инте- грацию широкого спектра цифровых сервисов, продуктов и систем в киберфизическом пространстве. Требования к форме представле- ния цифрового контента, к платформам и интерфейсу, а также до- ступности информации с точки зрения возможности её восприятия людьми с ограниченными возможностями здоровья в настоящее время выстраивается с учётом требований «универсального дизай- на» для лиц с инвалидностью.

Важно сделать интерфейс совместимым со вспомогательными технологиями: любое вспомогательное устройство должно соче- таться с интерфейсом. Вспомогательные (ассистивные) технологии представляют собой аппаратное и программное обеспечение, при-

меняемое пользователем с ограничениями жизнедеятельности от- дельно или совместно с основным аппаратно-программным ком- плексом для обеспечения функциональности, не достижимой с по- мощью обычных аппаратных и программных средств. Ассистивные технологии позволяют расширить возможности лиц с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, другими видами нарушений здоровья в получении неограниченного объема инфор- мации, как и любых других обучающихся, а также улучшить их адаптацию к условиям жизни и социальную интеграцию.

*Общие требования к обеспечению цифровой доступности*

1. Необходимо предоставить текстовую версию любого нетек- стового контента для того, чтобы ее можно было преобразовать в другие формы, необходимые пользователям, например, увеличен- ный шрифт, шрифт Брайля, речь, специальные знаки или упрощен- ный язык. Исключение составляют случаи, когда текстовый кон- тент является элементом управления или полем для ввода инфор- мации. Если по различным причинам подготовить полную тексто- вую версию нетекстового контента затруднительно или невозмож- но, то текстовая версия, как минимум, должна содержать краткое описание нетекстового контента.
2. Необходимо создавать контент, который можно представить различными способами без потери информации или структуры. Информация, структура и смысловые связи, предоставляемые поль- зователям, могут быть программно определены или доступны в текстовой версии. Когда последовательность, в которой представ- лены составные части контента, влияет на его смысл, правильная последовательность представления может быть определена про- граммно. Инструкции, предоставляемые для понимания и управле- ния контентом, не должны опираться только на характеристики компонентов, воспринимаемые органами чувств пользователей (форму, цвет, размер, визуальное расположение, ориентацию и звук).
3. Необходимо максимально упростить пользователям возмож- ность просматривать и прослушивать контент, в том числе отделяя

первостепенную информацию от фоновой. Цвет не должен исполь- зоваться как единственное визуальное средство передачи информа- ции, указания действия, побуждения к ответу или выделения визу- ального элемента.

1. Необходимо предоставлять пользователям достаточно време- ни для восприятия и использования контента. Для любого ограни- чения времени, устанавливаемого контентом, необходимо предо- ставлять возможности: отключения (пользователь может отклю- чить ограничение времени до его истечения), регулировки времени. Для любой движущейся, мерцающей или прокручиваемой инфор- мации, которая запускается автоматически, длится более 5 секунд, должен существовать доступный пользователю механизм, позво- ляющий ему сделать паузу, остановить или скрыть данную инфор- мацию, кроме случаев, когда движение, мерцание или прокрутка являются необходимой частью определенного действия.
2. Необходимо избегать создания контента, который может вы- звать приступы или иные негативные физиологические реакции. Контент не должен содержать элементов, вспыхивающих более трех раз в секунду, флеш-элементы могут использоваться в количе- стве, не превышающем пороговых значений вспышек вообще и красных вспышек в частности.

HTML (от англ. Hyper Text Markup Language) – язык гипертек- стовой разметки, стандартизированный язык разметки веб-страниц

– лучший формат для подготовки доступного содержания. Этот формат хорошо поддерживается различными веб-браузерами на разных платформах, а информация, размещенная в разметке, помо- гает корректной работе электронных ассистентов, например, про- грамм экранного доступа. Программы экранного доступа – это ка- тегория программ или программных комплексов, обеспечивающих доступ (как правило, тактильный или речевой) незрячих и слабови- дящих пользователей к информации, отображаемой на экране ком- пьютера, а также доступ к специализированной вспомогательной информации, необходимой таким пользователям для эффективной работы (например, JAWS, NVDA).

Следует применять простое форматирование, использовать за- головки, параграфы, списки. Не стоит использовать форматирова- ние при помощи отступов и табуляции, многоколоночную верстку, пустые строки. Необходимо избегать использования разных шриф- тов в разных частях документа.

Размер шрифта текста, кроме титров и графического представ- ления текста, может быть изменен без применения вспомогатель- ных технологий до 200 % без потери контента или функционально- сти.

Контрастность определяет разницу в яркости между самым тем- ным черным и самым светлым белым цветом. С точки зрения типо- графики, контрастность – разница яркости между цветом текста и цветом его фона. Стандартное соотношение составляет 4,5:1 для текста нормального размера (около 18,66 пикселей) и 3:1 для боль- шого текста (более 24 пикселей).

Не следует использовать слишком много цветов. Это позволит свести к минимуму путаницу, которая может возникнуть у человека с нарушениями зрения. Нужно поставить себя на его место и про- верить, как сайт выглядит с помощью Coblis, симулятора дальто- низма.

Читаемость текста – важная характеристика удобного пользова- тельского интерфейса. Способ написания текста, его стиль и струк- тура влияют на пользователя. Преподаватель общается с обучаю- щими, побуждает их делать что-либо, обучает их через свой текст. Поэтому необходимо следить за тем, чтобы аудитория могла вос- принимать текст, понимать и извлекать из него пользу. Для предо- ставления математических выражений не следует использовать изображения, представляющие формулы. Для этой цели нужно применять языки LaTeX и MathML, которые позволяют вводить и масштабировать отображения математических выражений. Изоб- ражения, диаграммы и карты требуют текстового описания для восприятия обучающимися с ограничениями по зрению. Текстовое описание изображения зависит от контекста и назначения изобра- жения и не обязательно должно описывать визуальные аспекты изображения. Текстовое описание может быть коротким и длин-

ным. Короткое описание подходит для описания назначения изоб- ражения, тогда как длинное описание чаще используют, если изоб- ражение содержит иллюстрацию. Необходимо предоставить аль- тернативную версию медиаконтента, ограниченного по времени. Для аудио записей предоставляется альтернативная текстовая вер- сия, содержащая информацию, полностью эквивалентную записан- ному аудио.

Существуют несколько способов проверки доступности. Их можно разделить на внутренние, реализованные в системах дистан- ционного обучения, и внешние, сторонние.

1. Проверка валидаторами. Проверяет HTML код, как заданный с помощью ссылки на страницу, так и в виде загруженного файла или скопированного текста. Дает список замечаний с рекомендациями по их исправлению.

Примеры валидаторов:

W3C (https://validator.w3.org);

Siteimprove Accessibility Checker (расширение для Google Chrome);

axe – Web Accessibility Testing (расширение для Google Chrome); WCAG Contrast checker (https://webaim.

org/resources/contrastchecker) ;

WAVE Evaluation Tool (https://wave.webaim.org)

1. Проверка управляемости с клавиатуры без программ экранно- го доступа.

Не должно быть кликабельных, но недоступных с клавиатуры элементов (если им нет специальной доступной альтернативы).

Фокус должен быть видимым, корректно перемещаться, не «за- стревать» при попадании ни на один элемент и не теряться при лю- бом действии пользователя в любом состоянии страницы.

1. Просмотр сайта с применёнными стилями, приближающими его к тому, каким его видят незрячие. Стили можно найти по адресу https://github.com/Harut/wai-aria.css. Это позволит найти большую часть ошибок «на глаз». Этот пункт не заменяет, а предваряет про- смотр страницы в программах экранного доступа. Нужно обращать

внимание, в первую очередь, на несоответствия в полной визуаль- ной версии и версии с применёнными стилями.

В числе инструментов разработчика Chrome Dev Tools есть па- нель «Аудит», которая поможет определить правильно ли размече- на страница для программ экранного доступа, а также имеют ли текстовые элементы на странице достаточную контрастность.

1. Проверка в программах экранного доступа (JAWS, NVDA). На этом этапе большинство критических ошибок должно быть об- наружено и исправлено при предыдущих проверках.

Необходимо проверить восприятие программами экранного до- ступа таблиц, нестандартных элементов, удобство пользования функционалом страницы, правильность и полноту озвучиваемых атрибутов.

Проверка форм в программах экранного доступа требует особо- го внимания. Нужно проверить корректность всех текстовых меток, ошибок и инструкций, проверить поведение формы при успешной отправке и наличии ошибок, последовательность и полноту предо- ставления информации в режиме заполнения формы (при переклю- чении между полями с помощью TAB, а не в режиме чтения стра- ницы), корректное перемещение фокуса и т. д.

**2.5.Обеспечение доступности объектов**

**и услуг для лиц с двигательными нарушениями**

Для обеспечения доступности объектов для лиц с НОДА ис- пользуются *специальные технологии,* которые задаются специфи- кой двигательных нарушений, определяют логику построения тру- дового процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования. К специальным технологиям для лиц с нарушениями ОДА можно отнести *реабилитационные технологии* или *техниче- ские средства:*

* + специально организованные рабочие места, одноместные сто- лы, передвижные, регулируемые по высоте, с источником питания для индивидуальных технических средств;
* ортопедический режим (использование ходунков, инвалидных колясок, лифтов и поручней, сидение с опорой ног на ножную под- ставку и т. д.);
* эргономический режим и обеспечение архитектурной доступ- ности среды: оборудование территории организации, доступ к зда- ниям и сооружениям (пандусы, подъемные платформы, лифты, оборудование лестниц, поручни, выделение мест для парковки транспортных средств, доступный вход, туалетная кабина, доступ- ная для маломобильных обучающихся и т. д.);

К специальным технологиям также относятся *компьютерные технические средства* доступа к образованию, отвечающие особым образовательным потребностям лиц с НОДА:

* использование компьютерной техники со специальным про- граммным обеспечением (например, компьютерная программа

«Виртуальная клавиатура», технология «Eye-tracking**»** – управле- ние компьютером с помощью глаз), технических средств приема- передачи информации в доступных формах;

* использование альтернативных устройств ввода информации – альтернативные клавиатуры (миниатюрные, увеличенные, разде- ленные, клавиатуры на штативе, накладки на клавиатуру и т. д.), альтернативные указательные устройства (ножные компьютерные мыши, выносные кнопки и т. д.);
* применение дистанционных технологий.

Для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а именно, для людей, передвигающихся на инвалидных колясках, существенной преградой для осуществления возможности работать с документами может стать стандартный стол. Инвалидные коляс- ки, как и столы, бывают разных габаритов. Если человеку на инва- лидной коляске неудобно работать за стандартным столом, то на помощь могут прийти такие современные решения, как стол с мик- ролифтом. Стол с микролифтом позволяет подобрать индивидуаль- но высоту и угол наклона столешницы.

Существуют адаптированные устройства для персонального компьютера. К ним относятся адаптированная клавиатура, адапти- рованный джойстик, выносные кнопки. Адаптированная клавиату-

ра отличается от «обычной», стандартной клавиатуры тем, что име- ет высококонтрастную маркировку всех клавиш увеличенного раз- мера и специальную накладку, которая позволяет исключить воз- можность одновременного нажатия разных клавиш. Адаптирован- ный джойстик призван, если это необходимо, заменить функционал компьютерной мыши. В комплекте с джойстиком идут различные сменные насадки, которые позволяют индивидуально подобрать более удобный вариант для работы за ПК. Выносные программиру- емые контрастные кнопки увеличенного размера позволяют заме- нить такие операции с компьютерной мышью, как нажатие левой и правой кнопки. Одной из дополнительных особенностей этих кно- пок является их повышенная ударопрочность. Ассистивная техно- логия ай-трекинг позволяет с помощью специального одноименно- го устройства (ай-трекер) полноценно заменить стандартную кла- виатуру и мышь; устройство позволяет перемещаться по приложе- ниям и полностью управлять ноутбуком или ПК, используя для этого только движение глаза.

К ассистивным технологиям также относится сенсорная про- граммируемая клавиатура, предназначенная для использования людьми с нарушениями моторных функций, с различными видами паралича, с нарушением зрения. Устройство имеет в комплекте различные сменные накладки, которые позволяют заменить

«стандартную» компьютерную клавиатуру, мышь и дублировать их функции в одном устройстве.

Информационный терминал – это многофункциональное устройство с сенсорным экраном, предназначенные для предостав- ления доступа к различным информационным ресурсам, оно от- крывает доступ к сети Интернет, справочным материалам, базам данных, системам бронирования и т. д. Благодаря исключительно удобной системе навигации информационный терминал позволяет легко и быстро находить любую информацию в обширной базе, размещать полезную и увлекательную информацию на любую те- му, а также рекламу.

Кроме того, в процессе обучения важно учитывать те трудности, которые свойственны лицам с НОДА, а именно сложности в пере-

движении, коммуникации, в организации деятельности, в функцио- нировании психических процессов, в восприятии пространства, в возможностях контролировать свои эмоциями и др. В связи с этим рекомендуется соблюдать некоторые условия, позволяющие мак- симально компенсировать перечисленные трудности лиц с НОДА:

* обеспечить наглядное сопровождение словесно предъявляемо- го материала (использовать опорные конспекты, схем, диаграммы, рисунки, компьютерные презентации, лексико-терминологические раздаточные карточки);
* увеличить время, отведённое на выполнение заданий, исклю- чить задания на время;
* обеспечить раздаточным материалом (например, конспектом); представлять материал визуально или на электронном носителе для последующей самостоятельной работы с ним;
* использовать альтернативные формы устных выступлений (при наличии выраженных речевых расстройств);
* разделять изучаемый материал на небольшие логические бло-

ки;

* разработать систему заданий, систематизирующую материал

(таблицы, схемы, графики, глоссарий);

* увеличить долю конкретного материала и соблюдать принцип

«от простого к сложному» при объяснении;

* использовать специальные пособия, рабочие тетради, в кото- рых материал структурирован и адаптирован для лиц с НОДА;
* адаптировать тексты (разбить текст на части, выделить опор- ные смысловые пункты, использовать наглядность);
* адаптировать речь (сократить длинные фразы, разделить на части многоступенчатые инструкции и т. д.);
* использовать практику опережающего чтения, когда люди за- ранее знакомятся с материалом;
* разработать задания для самостоятельной работы, а также чёт- кую систему и алгоритм их организации и проверки.

**2.6.Обеспечение доступности объектов и услуг для лиц с эмоциональными и поведенческими трудностями**

Доступность услуг для людей с эмоциональными и поведенче- скими расстройствами обеспечивается удовлетворением следую- щих потребностей:

* в создании эмоционально комфортной обстановки;
* в использовании специальных методов, приёмов и средств коммуникации (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей»;
* в максимальной индивидуализации взаимодействия;
* в создании стабильного, постоянного, предсказуемого режима;
* в специальной помощи в расширении возможностей включе- ния в социальные контакты;
* в организации проведения опроса или контрольных мероприя- тий индивидуально или в письменной форме;
* в обеспечении особой пространственной и временной органи- зации среды, в опоре на визуальные стимулы.

В отдельных случаях для человека с эмоциональными и пове- денческими трудностями необходимо составление индивидуально- го расписания. При необходимости переноса или замены отдельных видов активности, а также включении в расписание дополнитель- ных мероприятий должно быть предусмотрено обеспечение забла- говременного предупреждения об их проведении и совместное вне- сение изменений в личное расписание.

К специальным технологиям для лиц с нарушениями эмоцио- нально-волевой сферы и поведения можно отнести:

* + специальную пространственную и временную организацию среды, включающую в себя использование расписаний, зонирова- ние пространства, структурирование деятельности;
  + использование ПК и специализированных индивидуальных компьютерных средств;
  + возможность применения дистанционных технологий;
* дифференциацию заданий с учетом особенностей восприятия, внимания, особых интересов;
* предоставление услуг ассистента (при необходимости).

*Методические аспекты взаимодействия с людьми* с нарушени- ями эмоционально-волевой сферы и поведения, особенно с РАС, заключаются в следующем:

* установление эмоционального контакта с персоналом учре- ждения;
* постепенное и дозированное введение в ситуацию общения и работы. Время пребывания в организации может увеличиваться по- степенно, по мере привыкания к ситуации;
* специальная подготовка для включения в общие мероприятия, групповую работу;
* иногда требуется временная и индивидуально дозированная помощь тьютора или ассистента;
* периодические индивидуальные встречи для оказания помо- щи.
* создание четкой и упорядоченной временной структуры и все- го пребывания в учреждении (расписания, напоминалки, схемы);
* четкая организация пространства, деление его на зоны (от- дельный стол, собственный шкафчик, свое место в раздевалке, шу- мопоглощающие наушники и т. д.);
* использование специальных технических средств и специаль- ных методов организации труда и отдыха;
* создание условий, обеспечивающих обстановку сенсорного и эмоционального комфорта (упорядоченность и предсказуемость происходящего).

**2.7.Обеспечение доступности объектов и услуг для лиц с нарушениями слуха**

Для людей с нарушениями слуха специальные технологии об- легчают восприятие и понимание устной речи, мотивируют их к использованию устной речи в ежедневном общении с окружающи- ми.

В качестве специальных технологий выступают средства про- граммного обеспечения, увеличивающие наглядность и активизи- рующие использование всех доступных видов коммуникации. Необходимость применения специальных технологий обусловлена и тем, что у людей с нарушениями слуха зрительный канал работа- ет с перегрузкой, причем тем большей, чем сильнее поражен орган слуха.

В целях доступности получения образования инвалидами и ли- цами с ограниченными возможностями здоровья по слуху необхо- димо создавать следующие условия:

* обращать внимание с одной стороны на реакцию глухого партнера по общению на речевую и коммуникативную активность собеседника, а с другой – на реакции окружающих на коммуника- тивное поведение глухого;
* обеспечить передачу глухому человеку максимально широко- го спектра эмоциональных сигналов и информации;
* использовать в качестве дополнительных информационных каналов естественные жесты и мимику, язык телодвижений (пан- томимика) и специфические средства – дактилологию и жестовый язык глухих;
* дублировать звуковую справочную информацию визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мо- ниторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения));
* обеспечить надлежащими звуковыми средствами воспроизве- дения информации.

В качестве специальных технологий выступают средства про- граммного и методического обеспечения, увеличивающие нагляд- ность и активизирующие использование всех доступных видов коммуникации. Специальные технологии для лиц с нарушением слуха призваны облегчить восприятие, понимание речи и использо- вание вербальной информации, удовлетворить их потребность:

* в слухо-зрительном восприятии речи в различных коммуника- тивных ситуациях;
* в использовании всех доступных видов коммуникации;
* в активизации всех сторон и видов словесной речи (устная, письменная);
* в формировании социальной компетенции.

Необходимость применения специальных технологий обуслов- лена и тем, что у лиц с нарушением слуха зрительный канал рабо- тает с перегрузкой, причем тем большей, чем сильнее поражены органы слуха. В связи с этим компонентами технологий являются компьютерные программы и специальное программное обеспече- ние, предоставляющее возможность наглядно иллюстрировать ин- формацию. Помощь в этом оказывают информационные техноло- гии, предоставляющие мультимедийную среду для изложения и ак- тивного восприятия информации. Компьютеризация способствует активизации деятельности, позволяет обеспечить дифференциро- ванный подход к инвалидам по слуху, интегрированным в общую среду. Для глухих обеспечивается возможность использования спе- циализированной программы «Сурдофон», позволяющей перево- дить речь на жестовый язык, а для обратной связи используется компьютерный синтезатор речи. Программа позволяет распознать речь собеседника и перевести ее на русский жестовый язык. Набранный текст озвучивается компьютерным синтезатором речи.

В качестве специальных технологий может быть использован и инновационный сервис видеоудаленного перевода

«CloudInterpreter». Приложение позволяет оперативно получить ви- део-перевод русского жестового языка, используя планшет или компьютер.

Индукционные системы – это технические средства реабилита- ции для людей с ограниченными возможностями по слуху, пользу- ющихся слуховыми аппаратами. Устройства индивидуальные, пе- реносные и стационарные разработаны для людей с ограничениями по слуху, пользующихся слуховыми аппаратами или кохлеарными имплантами с режимом «Т». Индукционное поле в пределах пло- щади петли достаточно сильно, чтобы позволить человеку со слу- ховым аппаратом свободно передвигаться в пределах зоны покры- тия и по-прежнему получать звук без искажений.

*Методические аспекты взаимодействия с инвалидами по слуху*

заключаются в следующем:

* перенос акцента на наглядные средства преподнесения мате- риала;
* обеспечение возможности работы с печатными изданиями, справочной литературой и словарями;
* наличие системы заданий, обеспечивающих систематизацию вербального материала, его схематизацию, перевод в таблицы, схе- мы, опорные тексты, глоссарий;
* наличие наглядного сопровождения материала (структурно- логические схемы, таблицы, графики, концентрирующие и обоб- щающие информацию, опорные конспекты, раздаточный матери- ал);
* разделение материала на небольшие логические блоки;
* увеличение доли конкретного материала и соблюдение прин- ципа от простого к сложному;
* наличие чёткой системы и алгоритма организации работ и проверки заданий с обязательной корректировкой и комментария- ми;
* адаптация текста (отказ от длинных фраз и сложных предло- жений);
* представление материала малыми дозами;
* особый речевой режим работы (хорошая артикуляция комму- никатора; немногословность, четкость изложения, отсутствие лиш- них слов; неоднократное повторение фразы без изменения слов и порядка их следования; обеспечение зрительного контакта во время говорения и чуть более медленного темпа речи, использование естественных жестов и мимики);
* чёткое соблюдение алгоритма заданий для работы;
* чёткое указание и соблюдение сроков выполнения контроля;
* соблюдение требований к предъявляемым текстам (разбивка текста на части; выделение опорных смысловых пунктов; исполь- зование наглядных средств);
* обеспечение возможности видеть говорящего, предпочтение размещения по кругу с возможностью поочерёдного говорения;
* минимизация внешних шумов;
* дозирование применения словесных и наглядных компонентов в сообщениях;
* повышение информативной ценности текстов;
* предоставление возможности соотносить вербальный и гра- фический материал;
* комплексное использование письменных и устных средств коммуникации;
* обеспечение системы заданий, формирующих умение пред- ставлять и защищать результаты своей работы;
* развитие навыков владения различными социальными ролями в коллективе;
* создание условий для развития способности к организации эффективного делового общения;
* стимулирование к использованию остаточного слуха;
* сочетание всех видов речевой деятельности (говорения, слу- шания, чтения, письма, зрительного восприятия с лица говоряще- го);
* активизация реабилитационного потенциала за счёт примене- ния рефлексивно-деятельностного подхода, специальных занятий АФК.

**2.8.Обеспечение доступности объектов**

**и услуг для лиц с нарушениями зрения**

Для обеспечения доступности услуг инвалидам по зрению необ- ходимо предусмотреть следующе составляющие:

* наличие альтернативной версии официального сайта органи- зации в сети Интернет для слабовидящих;
* размещение в доступных для слепых или слабовидящих ме- стах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий (информа- ция должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным

шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

* + присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необ- ходимую помощь;
  + обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных ма- териалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
  + обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации.

*Специальные технологии*

Для слепых рекомендуется использовать специальные устрой- ства по переводу плоскопечатного текста на рельефно-точечный шрифт Брайля.

Проблемы доступа к визуальной информации для обучающихся с нарушениями зрения компенсируются посредством предоставле- ния информации в аудиальной модальности. Компонентами обуча- ющих технологий являются компьютерные программы, предостав- ляющие возможность озвучивать плоскопечатную информацию с помощью специализированного программного обеспечения:

* + Текст в речь – Govorilka; Балаболка; DSpeech; Ян- декс.Диктовка; MSpeech; imTranslator и др.
  + Речь в текст – TalkTyper; Блокнот для речевого ввода; Ян- декс.Диктовка; MSpeech и др.

Специальный интерфейс обеспечивается программами «Синте- затор речи», «Программа экранного доступа для чтения с экрана»,

«Программа оптического распознавания текста». Адаптация про- граммного обеспечения основана на его совместимости с русской версией озвучивания текста.

Для людей с нарушениями зрения существуют специальные программы для работы с ПК: синтезаторы речи и программы экранного доступа. Синтезатор речи – это специальная программа, позволяющая переводить текст в обычную человеческую речь в ви- де звукового сопровождения при работе с компьютером. Програм- мы экранного доступа помимо встроенного синтезатора речи име- ют возможность экранного увеличения, разделения экрана и смены

цветовых режимов. Цветовые схемы позволяют использовать ком- пьютер людям с различными проблемами цветоразличения и вос- приятия цветов. Одной из ключевых особенностей программ дан- ного типа является поддержка перевода текста с Брайля и на Брайль, что делает возможным восприятие экрана через подклю- ченный дисплей Брайля.

Для людей с нарушениями зрения также существуют ассистив- ные технологии, позволяющие упростить или сделать возможной работу с бумажными текстами. К таким устройствам относятся ви- деоувеличители и читающие машины.

Видеоувеличители бывают трех типов: стационарные, перенос- ные, карманные. Стационарный видеоувеличитель представляет собой устройство, состоящее из камеры, беспроводной панели управления, сенсорного монитора и столика-планшета. Устройство работает отдельно от ПК и позволяет увеличивать текст от 1,5 до 170 крат. Сенсорный монитор позволяет изменять цветовые схемы текста, находящегося на рабочей поверхности, или выбрать голосо- вое озвучивание страницы. Переносной видеоувеличитель имеет такой же функционал, но работает в паре с персональным компью- тером. Устройство имеет значительно меньший размер и вес в от- личие от стационарной версии, что позволяет свободно перемещать его. Карманный видеоувеличитель легко помещается в кармане или сумке за счет небольших габаритов и предназначается для работы с печатными или рукописными документами. Помимо хорошей кратности увеличения имеется возможность смены контрастных схем для более удобного восприятия текста.

Читающая машина – инновационное устройство, позволяющее распознать и прочитать печатный текст (книгу, журнал). Имеет удобный дизайн (тактильные кнопки). Для начала чтения необхо- димо включить устройство, выставить ручку камеры и поместить печатный источник под камерой. Нажать кнопку сканирования. Текст будет сфотографирован, и уже через несколько секунд устройство начнет чтение распознанного текста. Голосовое воспро- изведение текста осуществляется благодаря встроенному синтеза- тору речи.

Принтеры Брайля позволяют незрячим и слабовидящим людям не только печатать текст рельефно-точечным шрифтом, но и кон- вертировать обычный текст в текст, написанный с помощью азбуки Брайля. Для людей с полной либо сильной потерей зрения чтение точечно-рельефного шрифта является основным средством получе- ния информации после аудио-носителей. Брайлевские принтеры способны воспроизводить на бумаге не только текст, но и изобра- жения, а также комбинировать их.

Дисплей Брайля представляет собой многофункциональное устройство для преобразования текста с компьютера, планшета или смартфона в шрифт Брайля. С помощью клавиш ввода также можно осуществлять ввод информации с помощью шрифта Брайля на пер- сональный компьютер или ноутбук.

Основные функции программ речевого доступа:

* + озвучивание информации, вводимой с клавиатуры;
  + автоматическое озвучивание текстовой информации, выводи- мой на экран другими программами;
  + чтение фрагментов экрана по командам пользователя;
  + отслеживание изменений на экране и оповещение о них поль- зователя.

Существуют следующие требования к экранному тексту для ин- валидов по зрению:

* + больший размер элементов управления;
  + чёткий курсор;
  + чёткие границы между элементами;
  + возможность работы в ограниченной области экрана;
  + преимущественное к использование модальных окон, позво- ляющих переходить от одного к другому без закрытия предыдуще- го.

**2.9.Обеспечение доступности объектов**

**и услуг для лиц с речевыми нарушениями**

Создание доступной среды для лиц с нарушениями речи пред- полагает:

* обеспечение возможности работы с печатными изданиями, справочной литературой и словарями;
* наличие системы заданий, обеспечивающих систематизацию вербального материала, его схематизацию, перевод в таблицы, схе- мы, опорные тексты, глоссарий;
* наличие наглядного сопровождения материала (структурно- логические схемы, таблицы, графики, концентрирующие и обоб- щающие информацию, опорные конспекты, раздаточный матери- ал);
* разделение материала на небольшие логические блоки;
* увеличение доли конкретного материала и соблюдение прин- ципа от простого к сложному;
* наличие чёткой системы и алгоритма организации самостоя- тельных работ и проверки заданий с обязательной корректировкой и комментариями;
* адаптация текста (отказ от длинных фраз и сложных предло- жений);
* представление материала малыми дозами;
* особый речевой режим работы (хорошая артикуляция комму- никатора; немногословность, четкость изложения, отсутствие лиш- них слов; неоднократное повторение фраз без изменения слов и по- рядка их следования; обеспечение зрительного контакта во время говорения и чуть более медленного темпа речи);
* чёткое соблюдение алгоритма заданий для работы (постановка цели, сообщение и запись плана, выделение основных методов, указание видов деятельности и способов контроля и т. п.);
* обеспечение непрерывной системы контроля знаний;
* чёткое указание и соблюдение сроков выполнения контроля;
* соблюдения принципов осуществления контроля: соответ- ствие контроля целям; постепенный переход от простых заданий к сложным; дифференциальная оценка заданий в зависимости от уровня сложности, наличие вариантов кейсов заданий, использова- ние заданий на активизацию познавательной деятельности (на со- поставление, поиск недостающей информации, обобщение, систе- матизацию и др.);
  + введение практики систематического повторения;
  + активизация наглядных представлений;
  + повышение информативной ценности текстов;
  + предоставление возможности соотносить вербальный и гра- фический материал;
  + комплексное использование письменных и устных средств коммуникации при работе в группе;
  + включение обучающихся в групповую деятельность;
  + обеспечение системы заданий, формирующих умение пред- ставлять и защищать результаты своей работы;
  + развитие навыков владения различными социальными ролями в коллективе;
  + создание условий для развития способности к организации эффективного делового общения;
  + сочетание всех видов речевой деятельности (говорения, слу- шания, чтения, письма);
  + активизация реабилитационного потенциала за счёт примене- ния рефлексивно-деятельностного подхода, специальных занятий АФК.

Все эти мероприятия позволяют оптимизировать взаимодей- ствие с людьми, имеющими нарушения речи.

Специальные технологии призваны облегчить восприятие, по- нимание речи и использование вербальной информации, удовле- творить потребности людей с такими проблемами:

* в слухо-зрительном восприятии речи;
* в использовании различных видов коммуникации;
* в дополнительном использовании зрительного восприятия в различных коммуникативных ситуациях;
* в активизации всех сторон и видов словесной речи (устная, письменная);
* в формировании социальной компетенции.

В связи с этим в качестве специальных технологий выступают средства программного и методического обеспечения образова- тельного процесса, увеличивающие наглядность обучения и акти- визирующие использование различных видов коммуникации.

Необходимость применения специальных технологий обуслов- лена и тем, что у лиц с нарушениями речи снижена речевая актив- ность, имеются трудности в восприятии и понимании вербальной информации. Это приводит к повышенной утомляемости. В связи с этим компонентами технологий становятся компьютерные про- граммы и специальное программное обеспечение, предоставляю- щее возможность наглядно иллюстрировать информацию. Помощь в этом оказывают и информационные технологии, предоставляю- щие мультимедийную среду для изложения и активного восприятия информации. Компьютеризация способствует активизации процес- са обучения, позволяет обеспечить дифференцированный подход к обучающимся, интегрированным в общую образовательную среду.

Одним из важнейших факторов является индивидуализация дея- тельности на основе использования дидактических и организаци- онных средств, которая осуществляется на основе учета индивиду- альных особенностей лиц с подобными проблемами, проявляю- щихся в их познавательной деятельности, психофизических (в том числе и речевых) способностях, в умении мобилизовать эмоцио- нально-волевые и интеллектуальные силы.

**2.10.Обеспечение доступности объектов и услуг для лиц с нарушениями соматического профиля**

Доступность услуг для людей с инвалидностью по соматическо- му профилю обеспечивается удовлетворением следующих потреб- ностей:

* в профилактике астенических состояний и психоэмоциональ- ного напряжения;
* в использовании различных видов предъявления материала;
* в преобладании использования зрительного восприятия в раз- личных коммуникативных ситуациях;
* в алгоритмизации деятельности;
* в увеличении количества контрольных точек и в более частом отдыхе;
* в повышении физической работоспособности;
* в использовании вспомогательных технологий;
* в активизации всех компонентов деятельности.

В связи с этим в качестве специальных технологий выступают средства программного и методического обеспечения, увеличива- ющие информационную ценность материалов, стимулирующие ак- тивность, активизирующие адаптационные ресурсы инвалида. По- мощь в этом оказывают информационные технологии, предостав- ляющие мультимедийную среду для изложения и активного вос- приятия информации. Компьютеризация способствует активизации деятельности, позволяет обеспечить дифференцированный подход к инвалидам, интегрированным в общую среду.

*Методические аспекты взаимодействия с инвалидами* с общими заболеваниями заключаются в обеспечении решения следующих задач:

* улучшить функциональное состояние, то есть душевное и фи- зическое состояние;
* повысить физическую работоспособность;
* предотвратить утомление и повысить адаптационные возмож- ности.

В процессе коммуникации рекомендуется:

* использовать наглядный материал;
* стимулировать самоконтроль;
* делать паузы по ходу работы;
* предусмотреть смену видов деятельности;
* дифференцировать задания;
* увеличить количество контрольных точек;
* дробить задания на мелкие части;
* обеспечить особую пространственную и временную организа- цию среды;
* расширить социальное пространство за счет коммуникации с окружающим социумом.

**2.11.Обеспечение доступности объектов и услуг для лиц с интеллектуальными нарушениями**

Доступность услуг для людей с интеллектуальными нарушени- ями *обеспечивается следующими условиями*:

* обеспечением особой пространственной и временной органи- зации среды с учетом функционального состояния центральной нервной системы;
* доступностью содержания познавательных задач;
* использованием специальных методов и средств взаимодей- ствия;
* специальным обучением способам усвоения общественного опыта, постепенным формированием умений (действовать совмест- но с наставником, по показу, подражанию, по словесной инструк- ции);
* специальным обучением «переносу» с учетом изменяющихся условий учебных, познавательных, трудовых и других ситуаций;
* стимуляцией познавательной активности, формированием по- зитивного отношения к окружающему миру;
* использованием преимущественно позитивных средств сти- муляции деятельности и поведения, демонстрирующих доброжела- тельное и уважительное отношение к людям с подобными пробле- мами.

Удовлетворение особых потребностей лиц с интеллектуальными нарушениями предполагает сочетание специальных технологий, включающих:

* здоровьесберегающие технологии, позволяющие предотвра- тить переутомление, чередовать мыслительную деятельность с дви- гательной, сохранить и укрепить психофизическое здоровье;
* технологии, основанные на дифференцированном и индивиду- альном подходах с учетом степени выраженности и характера име- ющихся нарушений;
* коррекционно-развивающие технологии, направленные на коррекцию имеющихся нарушений познавательной, коммуника-

тивной, эмоционально-волевой, социально-личностной сфер, реа- лизацию имеющихся потенциальных возможностей развития;

* + социально-адаптирующие технологии, направленные на вос- полнение пробелов социального развития, формирование необхо- димых навыков жизненной компетентности, развитие самостоя- тельности и независимости в повседневной жизни.

*Методические аспекты взаимодействия* с лицами с интеллекту- альными нарушениями заключаются в реализации особого подхода, включающего:

* + содержательную и структурную доступность материала, его дозированное, «пошаговое» изучение;
  + преимущественную опору на наглядно-практические методы;
  + адаптирование словесного материала с учетом познаватель- ных особенностей;
  + пошаговое выполнение действий и операций;
  + уменьшение количества предъявляемых для восприятия объ- ектов;
  + визуальную поддержку, иллюстрирующую изучаемый мате- риал;
  + разделение материала на небольшие логические блоки;
  + увеличение доли конкретного материала, связь материала с личным опытом, приобретенными ранее знаниями и представле- ниями об окружающем мире;
  + использование памяток, наглядных алгоритмов и инструкци- онных карт;
  + опору на многократное повторение материала в разных фор- мах для его закрепления;
  + создание условий для переноса усвоенных действий и опера- ций в новые ситуации;
  + профилактику утомляемости и рассеивания внимания;
  + использование различных видов помощи с учетом индивиду- альных трудностей;
  + использование методов поощрения, направленных на форми- рование мотивации, положительного отношения к выполняемой деятельности.

***Вопросы для самопроверки***

1. В чём заключается суть концепции нормализации жизни?
2. Что такое «доступность» и из чего она складывается?
3. В каких документах организации отражаются характеристики доступности среды конкретного здания / сооружения?
4. Что входит в структуру и содержание паспорта доступности?
5. Дайте определение понятию универсального дизайна.
6. Охарактеризуйте принцип разумной доступности.
7. Назовите основные элементы обеспечения доступности зда- ний и сооружений для инвалидов.
8. Перечислите требования к прилегающей к зданиям террито- рии и проходов по ней с точки зрения доступности.
9. Перечислите требования к доступности внутри здания и к возможности нахождения в нём инвалидов.
10. Укажите варианты обеспечения доступности в зависимости от варианта оказываемых инвалидам услуг.
11. Перечислите средства и инструменты доступности для ин- валидов по зрению.
12. Перечислите средства и инструменты доступности для ин- валидов по слуху.
13. Перечислите средства и инструменты доступности для ин- валидов с нарушениями ОДА.
14. Перечислите средства и инструменты доступности для лиц с нарушениями речи.
15. Перечислите средства и инструменты доступности для лиц с нарушениями эмоциональной сферы и поведения.
16. Перечислите средства и инструменты доступности для лиц с нарушениями интеллекта.
17. Перечислите средства и инструменты цифровой среды, ис- пользуемые для обеспечения доступности для инвалидов.
18. Назовите основные права инвалидов в процессе получения школьного образования.
19. Назовите основные права инвалидов в процессе получения профессионального образования.
20. Назовите основные права инвалидов в процессе трудовой деятельности и трудоустройства

***Контрольно-измерительные материалы***

1. **Принцип нормализации означает:**

а) нормализацию поведения лиц с ограниченными возможно- стями;

б) положение о том, что люди с ограниченными возможностями имеют право вести обычную, свойственную остальным людям жизнь;

в) формирование нормальных отношений с людьми, имеющими ограничения жизнедеятельности и здоровья.

1. **В структуре материально-технического обеспечения должна быть отражена специфика требований к:**

а) организации пространства, в котором находится гражданин с ограниченными возможностями здоровья;

б) техническим средствам обеспечения комфортного доступа к услугам (ассистирующие средства и технологии);

в) всему вышеперечисленному.

1. **Какие из перечисленных архитектурных условий должны быть созданы в зданиях для лиц с нарушениями ОДА?**

а) пандусы для входа в образовательное учреждение, пандусы внутри здания, съезды с тротуаров, лифт;

б) тактильная дорожка в коридоре;

в) поручни в коридоре и на лестницах;

г) таблички с названиями помещений по Брайлю;

д) табло «бегущая строка», световая индикация начала и конца урока, Fm-системы для индивидуальной и групповой работы;

е) специальный стул на колесах с высокой спинкой.

1. **Какое специальное оборудование необходимо для образо- вания лиц с нарушением зрения?**

а) FM-системы для индивидуальной и групповой работы; б) лупы;

в) кресло-коляска, трость, опоры, подъемники, специальная парта (стол) с выемкой и регулируемой высотой, специальный стул на колесах с высокой спинкой;

г) выделенные столы в помещениях общего пользования, к ко- торым можно свободно подъехать на коляске.

1. **Государство гарантирует для лиц с инвалидностью бес- платное получение:**

а) услуг сурдопереводчика; б) питания;

в) учебников.

1. **Дизайн продуктов и объектов, которые могут в полной мере использоваться всеми людьми без необходимости специ- альной адаптации или специального дизайна, называется**
   1. универсальный дизайн;
   2. доступный дизайн;
   3. разумный дизайн.

***Кейсы для самостоятельной работы***

* + 1. Опишите трудности, с которыми, на ваш взгляд, сталкиваются люди с инвалидностью в общении, быту, обучении, работе.
    2. На основании группового обсуждения и данных из открытых источников приведите сведения, демонстрирующие изменения в жизни людей с ОВЗ и инвалидностью в ретроспективе последних 10 лет жизни государства и общества.
    3. Подготовьте не менее 10 доказательств необходимости соци- альной, образовательной и трудовой инклюзии и инструментов её обеспечения средствами доступной среды.
    4. Раскройте технические и цифровые предпосылки организации социальной, образовательной и трудовой инклюзии.
    5. Раскройте сущность понятия «нормализация».
    6. Как вы понимаете принцип свободы выбора в аспекте форми- рования в обществе инклюзивной культуры? Выводы сформули- руйте в виде эссе.
    7. Определите сущность концепции *самостоятельного и незави- симого образа жизни* лиц с ограниченными возможностями.
    8. Составьте таблицу «Инструменты и технологии обеспечения доступности среды».
    9. Опишите порядок организации процесса создания специаль- ных условий для обеспечения доступности услуг для инвалидов и лиц с ОВЗ с учетом нозологии нарушения.
    10. Опишите примерные направления работы по адаптации зда- ний и сооружений, созданию «безбарьерной» среды.
    11. Напишите эссе на тему «Социальная, образовательная и трудовая инклюзия 2030 года: проблемы, вызовы, перспективы».
    12. Осуществите обследование доступности объекта социаль- ной инфраструктуры (на выбор), составьте план работ по повыше- нию его доступности.

***Список рекомендуемой литературы***

* + - 1. Актуальные вопросы инклюзивного образования студентов с инвалид- ностью и ОВЗ: Материалы Всероссийского научно-практического семинара (г. Череповец, 5 декабря, 2017 г.) / под редакцией О. А. Денисовой. Черепо- вец: ЧГУ, 2017. 79 с.
      2. Бабич Е. Г., Тактаров В. Г. Социально-психологическая работа по формированию толерантного отношения общества к семьям, воспитываю- щим детей с ограниченными возможностями здоровья: от преодоления изо- лированности к решению вопросов инклюзивного образования: учебно- методическое пособие. Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2015. 72 с.
      3. Бабич М. А. и др. Инклюзивное образование в вузе: комплект учебно- методических материалов программы курсов повышения квалификации со- трудников образовательных организаций высшего образования, расположен- ных на территории Северо-Западного федерального округа. Череповец: ЧГУ, 2017. 243 с.
      4. Инклюзивное образование в ВУЗе: комплект учебно-методических ма- териалов программы курсов повышения квалификации сотрудников образо- вательных организаций высшего образования, расположенных на территории Северо-Западного федерального округа / составитель О. Л. Леханова; под ре- дакцией О. А. Денисовой. Череповец: ЧГУ, 2017. 259 с.
      5. Денисова О. А. и др. Инклюзивное образование детей с ограниченны- ми возможностями здоровья в Вологодской области: состояние, перспекти- вы, пути развития: монография / под редакцией О. А. Денисовой. Череповец: ЧГУ, 2016. 224 с.
      6. Борисова Н. А. и др. Инклюзивное образование: учебное пособие для вузов / составитель О. Л. Леханова. Череповец: ЧГУ, 2016. 162 с. ISBN 978-5- 85341-716-8. URL: [https://edu.chsu.ru](https://edu.chsu.ru/) (дата обращения: 14.11.2020).
      7. Пособие по обследованию и заполнению анкеты доступности для ин- валидов общественных зданий. Департамент социальной защиты населения города Москвы. Москва, 2014. 126 c. URL: [https://sevbutovo.mos.ru/other/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%91%](https://sevbutovo.mos.ru/other/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%91%D0%98%D0%95%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%BE%D0%B1%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8E.pdf) [D0%98%D0%95%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%BE%D0%B1%D1%81%D0](https://sevbutovo.mos.ru/other/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%91%D0%98%D0%95%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%BE%D0%B1%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8E.pdf)

[%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1](https://sevbutovo.mos.ru/other/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%91%D0%98%D0%95%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%BE%D0%B1%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8E.pdf)

[%8E.pdf](https://sevbutovo.mos.ru/other/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%91%D0%98%D0%95%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%BE%D0%B1%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8E.pdf) (дата обращения: 14.11.2020).

* + - 1. Методические рекомендации профессорско-преподавательскому соста- ву: Обеспечение доступности для инвалидов объектов услуг в сфере образо- вания с учетом имеющихся у них стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности: методическое пособие / составители О. А. Денисова, О. Л. Леханова. Череповец: ЧГУ, 2017. 23 с.
      2. Обеспечение доступности для инвалидов объектов и услуг в сфере об- разования с учетом имеющихся у них стойких расстройств функций орга- низма и ограничений жизнедеятельности: методическое пособие / составите- ли О. А. Денисова, О. Л. Леханова. Череповец: ЧГУ, 2017. 23 с.
      3. Ахметова Д. З. и др. Педагогика и психология инклюзивного об- разования: учебное пособие / под редакцией Д. З. Ахметовой. Казань: Позна- ние, 2013. 204 с. URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=257980>

(дата обращения: 14.11.2020).

* + - 1. Поникарова В. Н., Денисова О. А., Леханова О. Л. Концептуаль- ные основы подготовки педагогов инклюзивного образования // Дефектоло- гия. 2012. № 3. С. 81–90.
      2. Развитие инклюзии в высшем образовании: сетевой подход: сборник статей / под редакцией В. В. Рубцова. Москва: МГППУ, 2018. 92 с.
      3. Разработка моделей инклюзивного профессионального образования в рамках ТОП-50 И ТОП-60: методические рекомендации / под редакцией

Н. А. Борисовой, Л. А. Пепик; научный редактор О. А. Денисова. Череповец: ЧГУ, 2018. 261 с.

* + - 1. Букина И. А. и др. Традиции и инновации комплексной помощи де- тям с ограниченными возможностями здоровья как ресурс развития инклю- зивного пространства (на примере Вологодской области): монография / под редакцией О. А. Денисовой. Череповец: ЧГУ, 2016. 297 с.
      2. Яковлева Е. Л. Проникая в миры инклюзии: монография. Казань: По- знание, 2015. 224 с. ISBN 978-5-8399-0508-5. URL: [http://biblioclub.ru/index.](http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=364236) [php?page=book&id=364236](http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=364236) (дата обращения: 14.11.2020).

***Рекомендуемые интернет-ресурсы***

1. Группа компаний Исток Аудио. URL: https://[www.](http://www/) istok-audio.com
2. Институт коррекционной педагогики РАО. URL: [https://ikp-rao.ru](https://ikp-rao.ru/)
3. Научная электронная библиотека. URL: [https://cyberleninka.ru](https://cyberleninka.ru/)
4. Российская государственная библиотека. URL: [https://www.rsl.ru](https://www.rsl.ru/)
5. Тифлоцентр «Вертикаль». URL: [https://tiflocentre.ru](https://tiflocentre.ru/)
6. Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного со- провождения детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидно- стью. URL: [https://ovzrf.ru](https://ovzrf.ru/)
7. Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного со- провождения детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидно- стью. URL: [https://ovzrf.ru](https://ovzrf.ru/)
8. Федеральный ресурсный центр ПМПК. URL: https://pmpkrf.ru

**ГЛОССАРИЙ**

**Абилитационная работа** – система медико-педагогических ме- роприятий, направленных на предупреждение, лечение, коррекцию отклонений в развитии лиц раннего возраста, еще не адаптирован- ных к социальной среде.

**Адаптивная образовательная среда** – 1) социально- педагогическая система, обладающая способностью приспосабли- ваться (изменять свои параметры), с одной стороны, к личности с ее индивидуальными особенностями и особыми образовательными потребностями, с другой, к новым социокультурным изменениям;

2) совокупность социальных, пространственно-предметных, психо- логических и дидактических компонентов, удовлетворяющих по- требности актуального и потенциального развития ребенка, его осо- бые образовательные потребности; 3) система условий (архитектур- ная безбарьерная среда, индивидуальный учебный план, сопровож- дение (ассистирование), технологии, методы, средства обучения и т. д.) и отношений (инклюзивная культура), создаваемая в учрежде- нии образования, иной организации, индивидуального предпри- нимателя, которым в соответствии с законодательством предостав- лено право осуществлять образовательную деятельность, в макси- мальной степени обеспечивающую возможности для удовлетворе- ния особых образовательных потребностей обучающегося.

**Адаптивная физическая культура** (АФК) – это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабили- тацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с огра- ниченными возможностями, преодоление психологических барье- ров, препятствующих ощущению полноценной жизни, а также на осознание ими необходимости своего личного вклада в социальное развитие общества.

**Адаптированная образовательная программа** – это образова- тельная программа, адаптированная для обучения ребенка с ОВЗ (в том числе с инвалидностью), которая разрабатывается на базе ос- новной общеобразовательной программы с учетом адаптированной основной образовательной программы и в соответствии с психофи-

зическими особенностями и особыми образовательными потребно- стями категории лиц с ОВЗ, к которой относится ребенок (напри- мер, лиц с нарушениями зрения – слепых, слабовидящих; лиц с нарушением слуха – глухих, слабослышащих и т. д.). При этом адаптированию и модификации подлежат программы учебных предметов; учебники и рабочие тетради; электронные средства и формы организации обучения; формы организации учебного про- цесса; способы учебной работы с учащимися, имеющими особые образовательные потребности (способы организации коллективной учебной деятельности, способы коммуникации, способы предъяв- ления и выполнения заданий, способы работы с текстовыми мате- риалами, формы и способы контроля и оценки знаний, компетен- ций и мн. др.).

**Адаптированная основная образовательная программа** – об- разовательная программа, адаптированная для обучения опреде- ленных категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с инвалидностью, т. е. образовательная программа спе- циальных (коррекционных) образовательных учреждений I– VIII видов.

**Адаптированная система внешних устройств** – это устрой- ства ввода и вывода информации, диалоговые средства, средства связи и телекоммуникации, приспособленные для нужд пользова- теля с ОВЗ.

**Альтернативная коммуникация** – все способы коммуникации, дополняющие или заменяющие обычную речь людям, если они не способны при помощи нее удовлетворительно объясняться. Аль- тернативная коммуникация также носит название дополнительная, тотальная. Альтернативная коммуникация может быть необходима постоянно; применяться как временная помощь; рассматриваться как помощь в улучшении владения речью. Альтернативная комму- никация стимулирует появление речи и помогает ее развитию. Ис- пользование дополнительных знаков способствует развитию аб- страктного мышления и символической деятельности, таким обра- зом развивая понимание и способствуя появлению вербальной (зву- ковой) речи.

**Ассистирующие (вспомогательные) технологии** – это любое устройство, система или услуга, которые позволяют людям с функ- циональными ограничениями принимать активное участие в повсе- дневной жизни, получать образование, работать или отдыхать.

**Безбарьерная среда** – комплекс мер для обеспечения доступно- сти и создания равных возможностей для лиц с особенностями психофизического развития во всех сферах жизни общества.

**Взаимодействие** – процесс непосредственного или опосредо- ванного воздействия объектов (субъектов) друг на друга, порожда- ющий их взаимную обусловленность и связь. Выступает как инте- грирующий фактор, способствующий образованию структур. Ос- новные виды взаимодействия – содружество, конкуренция и кон- фликт. Виды взаимодействия реализуются как при взаимодействии двух личностей, так и между частями групп, и между целыми груп- пами. В ходе взаимодействия между членами вновь созданной группы появляются признаки, характеризующие эту группу как взаимосвязанную устойчивую структуру определенного уровня развития. Взаимодействие как материальный процесс сопровожда- ется передачей материи, движения и информации: оно относитель- но, происходит с конечной скоростью и в определенном простран- стве-времени. Эти ограничения действуют лишь для непосред- ственного взаимодействия; для опосредованных форм взаимодей- ствия пространственно-временные ограничения многократно ослабляются.

**Визуальные средства информации** – носители информации, передаваемой людям с нарушением функций органов слуха, в виде зрительно различимых текстов, знаков, символов, световых сигна- лов. Включают габариты и данные. Габариты: внутренние (в свету) и наружные (в чистоте) размеры элементов архитектурной среды, предметов и пространств, по их крайним выступающим частям. Данные: результаты наблюдений, измерений или информация о действительности, получаемые в ходе проведения опроса или об- следования.

**Дети-инвалиды** – граждане до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной деза- даптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способ-

ностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контро- лю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельно- сти в будущем, статус которых установлен учреждениями медико- социальной экспертизы.

**Дети с кохлеарными имплантами (КИ)** – это новая категория детей с нарушенным слухом, функциональный статус которых ме- няется вследствие применения имплантационных технологий в со- четании с постоперационной психолого-педагогической реабили- тацией.

**Дети с ограниченными возможностями здоровья** – это дети от 0 до 18 лет, а также молодежь старше 18 лет, имеющие времен- ные или постоянные нарушения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий для по- лучения образования и социализации.

**Дети с особыми образовательными потребностями** – это дети, нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания для максимально возможного развития, образования, подготовки к взрослой и, насколько возможно, независимой жизни.

**Детский церебральный паралич** – тяжелое заболевание нерв- ной системы, возникающее в результате недоразвития или повре- ждения мозга в раннем онтогенезе и проявляющееся в двигатель- ных расстройствах, которые часто сочетаются с нарушениями речи, психики, тактильного, зрительного и слухового анализаторов.

**Дефектология** (от лат. *Defectus* – недостаток и греч. *Logos* – слово, учение) – наука о закономерностях и особенностях развития детей с психо-физическими нарушениями, о принципах, содержа- нии, методах, формах организации их обучения и воспитания.

**Дизартрия** – нарушение произносительной стороны речи, воз- никающее вследствие органического поражения центральной нерв- ной системы.

**Доступность (безбарьерность)** – свойство здания, помещения, места обслуживания, позволяющее беспрепятственно достичь ме- ста и воспользоваться услугой. Доступные для маломобильных групп населения здания и сооружения: здания и сооружения, в ко- торых реализован комплекс архитектурно-планировочных, инже- нерно-технических, эргономических, конструкционных и организа-

ционных мероприятий, отвечающих нормативным требованиям обеспечения доступности и безопасности МГН. Доступный марш- рут движения: пути перемещения, помещения, места обслужива- ния, позволяющие МГН беспрепятственно достичь места и вос- пользоваться услугой.

**Инвалид** – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

**Индивидуальная программа реабилитации и абилитации** – это разработанный на основе нормативно-правовых актов медико- социальной экспертизы документ, включающий в себя комплекс оптимальных для человека с инвалидностью реабилитационных мероприятий. В их числе – отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компен- сацию нарушенных или утраченных функций организма, а также на восстановление, компенсацию способностей человека с инвалидно- стью к выполнению определенных видов деятельности.

**Инклюзивное образование** – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

**Инклюзия** – 1) это процесс удовлетворения индивидуальных образовательных потребностей каждого ученика посредством во- влечения его в учебную, общественную, культурную жизнь класса и школы в целом; 2)обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразных особых образова- тельных потребностей и индивидуальных возможностей; 3) орга- ничное соединение специального и общего образования с целью со- здания условий для преодоления у детей социальных последствий генетических и биологических отклонений развития; 4) процесс ре- ального включения людей с физическими и (или) психическими ограничениями в социум на основе разработки и применения кон- кретных решений, которые позволят каждому человеку равноправ- но участвовать в общественной жизни.

**Интеграция** – степень, в которой человек участвует в личных и общественных социальных взаимодействиях.

**Информационные и телекоммуникационные технологии** (ИКТ) – это совокупность методов, устройств и производственных процессов, используемых обществом для сбора, хранения, обработ- ки и распространения информации.

**Компетентность** – новообразование субъекта деятельности, формирующееся в процессе профессиональной подготовки, пред- ставляющее собой системное проявление знаний, умений, способ- ностей и личностных качеств, позволяющих успешно решать функ- циональные задачи, составляющие сущность профессиональной де- ятельности.

**Копинг-поведение** – характерные способы поведения человека в трудных ситуациях, направленные на овладение требованиями ситуации.

**Лица с особыми образовательными потребностями** – исполь- зуется для лиц с ОВЗ, применительно к обучающимся, так как ограничение возможностей участия человека с отклонениями в раз- витии в традиционном образовательном процессе вызывает у него особые потребности в специализированной педагогической помо- щи, позволяющей преодолеть эти ограничения, затруднения. В этом контексте ограничение возможностей выступают как пере- менная величина трудности педагогического воздействия, а не как личностная характеристика такого человека.

**Лицо с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)** – ли- цо, имеющее физический и (или) психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования.

**Медицинская модель инвалидности** – определение инвалид- ности как медицинского феномена («больной человек»), недуга, за- болевания, патологии; предполагает лечение, трудотерапию, созда- ние специальных служб, помогающих человеку выживать. Меди- цинская модель рассматривает инвалидность как ограничение жиз- недеятельности, а лицо с инвалидностью как человека, имеющего медицинские проблемы, которые обусловливают развитие социаль- ной недостаточности и необходимость социальной защиты.

**Международная классификация функционирования ограни- чений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)** – классификация доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма;

2) домены социальной активности и участия в общественной жиз- ни. Учитывая то, что функциональное здоровье индивида зависит от внешних условий, МКФ содержит перечень факторов окружаю- щей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. МКФ является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здо- ровья и инвалидности как на уровне индивида, так и на уровне населения. МКФ была официально одобрена всеми странами– членами ВОЗ на 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохране- ния 22 мая 2001 года (резолюция WHA 54, 21) и рекомендована для применения в странах–членах ВОЗ в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья.

**Модель «нормализации»** – исторически сложившая система взглядов и отношений к лицам с особенностями психофизического развития, в основе которой лежит идея о необходимости макси- мального приближения их жизни к условиям окружающей среды и общества, в котором они живут. Идеи модели «нормализации» за- креплены рядом международных правовых актов: Декларацией прав ребенка (1989), Декларацией о правах инвалидов (1975) и др.

**Нарушение развития** – отставание от возрастных норм разви- тия детей в одной или более областях развития на один и более эпикризных срока вследствие изменений в состоянии здоровья и (или) неблагоприятного влияния среды, в том числе с риском появ- ления ограничений жизнедеятельности.

**Нормотипичное развитие (нормативное психическое разви- тие)** – 1) закономерное изменение психических процессов индиви- да во времени, выраженное в их качественных и структурных пре- образованиях; 2) развитие ребенка в соответствии с требованиями общества, определяющими как актуальные формы поведения, так и зону ближайшего развития.

**Ограничение жизнедеятельности** – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самооб-

служивание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, об- щаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, при- знанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а ли- цам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок- инвалид».

**Особые образовательные потребности (ООП)** – 1) необходи- мость в специальных условиях, методах и дополнительных сред- ствах обучения, обусловленная особенностями (физическими, пси- хическими, социальными, лингвистическими и т. д.) и способно- стями обучающегося; 2) потребности в условиях, необходимых для оптимальной реализации актуальных и потенциальных возможно- стей (когнитивных, энергетических и эмоционально-волевых, включая мотивационные), которые может проявить ребенок с недо- статками развития в процессе обучения.

**Отклоняющееся развитие** – устойчивое изменение когнитив- ных, эмоциональных, регуляторных параметров и сторон актуаль- ного развития, приводящее к трансформациям в процессе возраст- ного развития. Оно характеризует любое отклонение отдельной функции или системы психических функций от программы разви- тия вне зависимости от знака этого изменения «+» или «–» (опере- жение или запаздывание), выходящее за пределы социально- психологического норматива, определяемого для данной образова- тельной, социо-культурной или этнической ситуации и данного возраста ребенка.

**Превентивная помощь** – помощь по профилактике и недопу- щению ухудшения состояния (например, инсулин при диабете, прием других препаратов профилактического характера). Первая медицинская помощь может быть оказана лицами без медицинско- го образования до оказания доврачебной и врачебной медицинской помощи, в том числе, скорой медицинской помощи.

**Профессиональное выгорание** – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоцио- нально-энергетических и личностных ресурсов работающего чело- века.

**Психолого-медико-педагогическая помощь** – помощь, предо- ставляемая в образовательных организациях, центрах психолого- педагогической, медицинской и социальной помощи детям, испы- тывающим трудности в развитии, освоении основной образова- тельной программы и социальной адаптации, в том числе детям с ОВЗ и инвалидностью. Ребенку предоставляется психолого- педагогическая помощь в образовательной организации, которую он посещает, или в центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, который есть в каждом округе страны. Пси- холого-педагогический консилиум образовательной организации или центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи определяет направление и объем коррекционно- развивающих и компенсирующих занятий, а также логопедической помощи.

**Психолого-педагогическое сопровождение** – это организован- ная деятельность, направленная на создание социально- психологических и педагогических условий, необходимых для успешного обучения и развития ребенка с особенностями психофи- зического развития в учреждении образования.

**Раннее вмешательство** (англ. “early intervention”) – система помощи детям раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений и их семьям. В программах раннего вмешательства работают педагоги, логопеды, педиатры, неврологи, физические терапевты, психологи, а также социальные работники.

**Расстройства аутистического спектра (РАС)** – спектр психо- логических характеристик, описывающих широкий круг аномаль- ного поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жёстко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов.

**Реабилитация инвалидов** – система и процесс полного или ча- стичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, об- щественной и профессиональной деятельности. Реабилитация ин- валидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нару- шением здоровья со стойким расстройством функций организма, в

целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими матери- альной независимости и их интеграции в общество.

**Ресурсный центр** – это структурное подразделение, включаю- щее информационные, кадровые, научно-методические, учебно- лабораторные и материально-технические ресурсы для организации процесса обучения и комплексной реабилитации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

**Соматические заболевания** – болезни, вызываемые внешними воздействиями или внутренним нарушением работы органов и си- стем (заболевания сердца и сосудов, заболевания дыхательной си- стемы, почек, эндокринные заболевания и др.), не связанные с пси- хической деятельностью человека.

**Социальная защита инвалидов** – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной под- держки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, за- мещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направ- ленных на создание им равных с другими гражданами возможно- стей участия в жизни общества.

**Социальная модель инвалидности** – понимание инвалидности как препятствия или ограничения активности, вызванного совре- менным социальным устройством, которое уделяет незначительное или не уделяет вообще никакого внимания людям, имеющим физи- ческие нарушения, и таким образом исключает их участие в основ- ной социальной деятельности общества.

**Социальная поддержка инвалидов** – система мер, обеспечи- вающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая закона- ми и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения.

**Социальная работа** – деятельность по оказанию помощи от- дельным лицам, семьям в реализации их социальных прав и гаран- тий компенсации нарушенных или утраченных функций, препят- ствующих их полноценному социальному функционированию.

**Социально-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ** – это процесс содействия в полноценном развитии и самореализации де- тей, имеющих те или иные нарушения, а также помощь в освоении ими общеобразовательной программы, обретении важнейших соци-

альных навыков с учетом индивидуально-типологических особен- ностей учащихся в познавательном, физическом, эмоциональном развитии. Рассматривается как процесс оказания своевременной социальной и педагогической помощи нуждающимся в ней детям и подросткам и система корректирующих воздействий на основе от- слеживания изменений в процессе развития личности ребенка.

**Специальные условия для получения образования обучаю- щимися с ОВЗ** – условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных об- разовательных программ и методов обучения и воспитания, специ- альных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и инди- видуального пользования, предоставление услуг ассистента (по- мощника), оказывающего обучающимся необходимую техниче- скую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекци- онных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осу- ществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ОВЗ.

**Тактильные средства информации** – носители информации, передаваемой инвалидам по зрению и воспринимаемой путем при- косновения.

**Тьютор** – лицо, помогающее обучающимся осваивать изучае- мую с преподавателем дисциплину.

**Тяжелые множественные нарушения развития (ТМНР)** – ка- чественно новая структура нарушения (не просто сумма двух и бо- лее нарушений развития), отличающаяся от структуры каждого нарушения, входящего в комплекс ТМНР. Дети с ТМНР представ- ляют собой разнородную группу и занимают особое место среди детей с ОВЗ. Как правило, это дети с выраженными нарушениями интеллектуального развития: умеренной, тяжелой, глубокой ум- ственной отсталостью. Психическое и интеллектуальное недораз- витие сочетается с другими системными и (или) локальными нару- шениями (опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха, эмоцио- нально-волевой сферы).

**Универсальный дизайн** – широкий спектр идей по созданию доступной среды не только для граждан с ограниченными возмож- ностями здоровья и пожилых людей, но и для всех категорий насе- ления. Это дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, при- званный сделать их в максимально возможной степени пригодными к пользованию для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна. Универсальный дизайн не исключает асси- стивные (специализированные) устройства для конкретных групп инвалидов, где это необходимо».

**Федеральный государственный образовательный стандарт** (ФГОС) – нормативный правовой акт, устанавливающий обяза- тельные требования к условиям получения образования определен- ного уровня и (или) профессии, специальности и направления под- готовки. В стандарте для каждого уровня определены особенности реализации ФГОС; учет образовательных потребностей лиц с огра- ниченными возможностями здоровья; использование разнообраз- ных организационных форм обучения и учет индивидуальных осо- бенностей каждого обучающегося, а также сроки освоения образо- вательной программы.

***Список основных аббревиатур (сокращений), используемых в тексте:***

**ИПРА** – индивидуальная программа реабилитации и абилита- ции инвалида.

**МГН** – маломобильные группы населения.

**МСЭ** – медико-социальная экспертиза.

**ОВЗ** – ограниченные возможности здоровья.

**ООИ –** общественная организация инвалидов.

**ПМПК** – психолого-медико-педагогическая комиссия. **ПМПк** – психолого-медико-педагогический консилиум. **СИПР** – специальная индивидуальная программа развития.