

*Глаголев С. Н., д-р экон. наук, проф.  
Белгородский государственный технологический университет им. В.Г. Шухова  
Данилюк Л. Е., заместитель директора по учебной работе  
Белгородская специальная (коррекционная) школа-интернат № 23*

## СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ РАЗВИТИЯ КАК УСЛОВИЕ ИХ ГОТОВНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

lar-1965@yandex.ru

*Успешная подготовка детей с ограниченными возможностями развития к вузовскому обучению требует полноценной социальной адаптации. В статье раскрываются структурные компоненты данного процесса, критерии и показатели успешности социальной адаптации нетипичных детей, их адаптационный потенциал, а также факторы адаптации в процессе школьного образования.*

**Ключевые слова:** дети с ограниченными возможностями развития, социальная адаптация, адаптационный потенциал, школьное обучение.

Рост численности детей с ограниченными возможностями здоровья в России сопровождается поиском путей решения проблем этой группы населения, создания для них безбарьерной среды жизнедеятельности, а также форм их трудовой адаптации. Вместе с тем ожидания этой группы детей не всегда согласуются с условиями российской действительности, которая не может удовлетворить все потребности ребенка с ограниченными возможностями и семьи, в которой он проживает.

Ограниченная возможность здоровья (ОВЗ) у детей связана непосредственно с нарушениями в их физическом и психическом развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении профессиональными навыками [4, 5, 6]. Освоение детьми с ограниченными возможностями здоровья социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от специалистов, занимающихся данной категорией детей, компетентных решений и действий. Это – разработка специальных программ, создание центров социальной адаптации, профильных учебных заведений и т.д. В этой связи возникает необходимость управления данным процессом, определения управляемых переменных, диагностики реального состояния социальной адаптации, её тенденций, разработки критериев оптимизации, разработки и использования эффективных социальных технологий.

Социальная адаптация – процесс приспособления индивида (группы) к социальной среде, предполагающий взаимодействие и постепенное согласование ожиданий обеих сторон. Её целью является обеспечение устойчивости, традиционности, повторяемости социального опыта, а также его изменение на основе инновационного обогащения. Она предполагает обретение индивидом субъектности для самостоятельного осуществления социальных действий и функций с оптимальными психофизиологическими затратами [2].

Особо важное значение для общества имеет социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья. Состояние ограниченных возможностей здоровья определяется как такое состояние человека, когда биологические, социальные, психологические аспекты его бытия утрачивают свою тождественность норме, но сохраняется тенденция изменения этого бытия [5].

Существуют различные стратегии социальной адаптации человека с ограниченными возможностями здоровья: интернальные стратегии, в основе которых лежит интерпретация индивидом адаптивной ситуации как барьерной; экстернальные стратегии, которые позволяют адаптироваться в ситуации внешнего давления и принуждения со стороны социума [3]. В качестве основных типов социальной адаптации выделяются следующие: пассивный, проактивный, активный.

Процесс социальной адаптации включает стадии психологической переориентации, смысловой переориентации, первичного приспособления, самооценки, накопления нового опыта, закрепление нового опыта, вторичного приспособления, ассимиляции, инновации. Сущность социальной адаптации выражается через её закономерности. Это закономерности вступления в символическое окружение, преодоления эгоцентризма, развития самоконтроля, приспособления к значимым другим, участия в согласованных действиях. Существует множество видов социальной адаптации – добровольная и вынужденная, позитивная и негативная, устойчивая и неустойчивая, полная и неполная, развитая и неразвитая, организованная и стихийная [1].

Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья проходит в школьной, внешкольной и послешкольной (трудовой и профессионально-обучающей) среде [5, 6]. Структурный анализ школьной среды позволяет констатировать пять предметных (объективных) компонентов адаптации детей с ОВЗ

учебно-образовательный, интерактивный, коммуникативный, социально-статусный и социально-бытовой и три аксиологических (субъективных) компонента: ценностный, нормативный, мотивационный.

Учебно-образовательный компонент выражает содержание и организацию учебно-образовательного процесса. Интерактивный компонент – это система социальных взаимодействий, в которую интегрируется учащийся. С этим компонентом непосредственно связан еще один – коммуникативный, который выражает наличие формы вербальной и невербальной коммуникации, обеспечивающие взаимопонимание ее участников. Социально-бытовой компонент характеризует социально-бытовые условия, необходимые для формирования умений самообслуживания учащихся.

Содержательный аспект школьной жизни ребенка с ОВЗ определяется еще одним компонентом – аксиологическим. В ходе адаптации к школьной среде ребенку важно освоить не только содержание отмеченных выше компонентов, но и их значение, что представляет собой определенное множество ценностей, норм и соответственно этому выделяется три компонента в школьной среде – ценностный, нормативный, мотивационный. В процессе адаптации к школьной среде важно освоить культивируемые ценности, предписание норм поведения, социально одобряемые мотивы поведения.

В деле управления процесса социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья важно исходить из определенных критериев и показателей успешности данного процесса. В нашем исследовании было выделено семь аспектов для эмпирического анализа состояния социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья: учебно-образовательный, профессионально-образовательный, интерактивный, коммуникативный, рекреационный, психологический, интегральный. Анализ проводился в 3 специализированных (коррекционных) школах-интернатах для детей с ограниченными возможностями здоровья, расположенных в Белгородской области.

Результаты анализа показали, что процесс социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья по указанным аспектам выглядит следующим образом.

*Учебно-образовательный аспект:* в целом проявляется достаточно высокий уровень учебно-образовательной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, который не уступает уровню адаптации физически здоровых детей, а с субъективной стороны даже превосходит его.

*Профессионально-образовательный аспект:* основная трудность связана здесь с ограниченным выбором предлагаемых профессий.

*Интерактивный аспект:* интерактивная адаптация детей проходит в нормальном режиме. Если и возникают в этом процессе трудности, то это трудности общего порядка, характерные для социальной адаптации как детей с ограниченными возможностями здоровья, так и физически здоровых детей.

*Коммуникативный аспект:* показатели комфортности/дискомфортности коммуникативной среды у детей из основной и контрольной групп существенно не расходятся.

*Рекреационный аспект:* основными занятиями детей в свободное от учебы время являются: общение с родителями, просмотр телепередач, помощь по хозяйству.

*Психологический аспект:* дети из основной группы отличаются от своих сверстников из контрольной группы сравнительно менее выраженной целеустремленностью и жизненным планированием. По остальным психологическим показателям различия несущественные.

*Интегральный аспект* социальной адаптации интегрирует содержание других компонентов и выражает умение успешного разрешения жизненных проблем. В ходе исследования были выделены и рассмотрены шесть типов поведения детей в проблемной ситуации – рефлексивный, мобилизационный, кооперированный, эмоциональный, выжидательный, депрессивный. Для их идентификации были предложены следующие индикаторы:

- рефлексивный – стремление лучше разобраться в ситуации, чтобы найти из нее выход;
- мобилизационный – мобилизация собственных ресурсов для успешного выхода из проблемной ситуации;
- кооперативный – обращение за советом, помощью к другим;
- эмоциональный – эмоциональные переживания не позволяют «взять себя в руки»;
- выжидательный – ожидание благоприятного стечения обстоятельств;
- депрессивный – отсутствие активных действий.

В трудной жизненной ситуации у детей с ограниченными возможностями здоровья преобладает кооперативный тип поведения и это понятно, так как они не имеют достаточного опыта для самостоятельного решения проблем. На следующем месте оказывается эмоциональный тип поведения: детям в силу возрастных особенностей не хватает рациональности, самоконтроля, чтобы ограничивать эмоциональные реакции. Отмечается также распространенность рефлексивного поведения. Менее распространены мобилизационный и выжидательный тип поведения и совсем редко встречается депрессивное поведение.

В ходе исследования нами была предпринята попытка измерения *адаптационного по-*

тенциала детей с ОВЗ. Адаптационный потенциал применительно к любому человеку, в нашем случае – к детям с ограниченными возможностями здоровья – понимается как определенное множество качеств (способностей, возможностей, ресурсов), обеспечивающих его успешную адаптацию [2]. В ходе работы мы выделили семь групп значимых качеств, образующих адаптационный потенциал детей с ОВЗ.

**Физические качества.** Если нет здоровья у ребенка, то вряд ли можно настаивать на его успешную социальную адаптацию. В данную группу включим: 1) общее состояние здоровья и 2) работоспособность. Второе из этих качеств вытекает способность к систематическим занятиям в учебно-образовательной и профессионально-образовательной сфере.

**Интеллектуальные качества.** К ним относятся успеваемость, выражающая теоретический уровень интеллектуальной подготовки и владение практическими знаниями, получаемые в повседневных контактах.

**Диспозиционные качества.** Эта группа качеств выражает значимые отношения детей к труду, себе, жизни в целом и включает: 1) трудолюбие, 2) целеустремленность, 3) уверенность в себе, 4) жизненный оптимизм.

**Социально-нормативные качества.** Эта группа качеств близка к предыдущей и отличается от нее своей модальностью. Она включает примерность в учебе и организованность. Если диспозиционные качества выражают должное, т.е. то, что и как должно быть, то социально-нормативные качества выражают сущее, т.е. то, что уже есть.

**Коммуникативные качества.** Суть этих качеств понятна. В эмпирическом исследовании их представляла «общительность».

По предложению экспертов в адаптационный потенциал были включены такие же социально-бытовые и индивидуально-психологические качества.

**Социально-бытовые качества.** Эта группа качеств выражает адекватную ориентацию детей в социально-бытовых ситуациях (социально-бытовую ориентировку).

**Индивидуально-психологические качества** включают характер человека, темперамент, волевые качества.

После выделения данных групп качеств, а внутри каждой группы – отдельных качеств экспертом (классным руководителям и родителям) было предложено оценить степень их развития у детей. При этом классные руководители оценивали учащихся своего класса, а родители оценивали эти качества у своих детей. Оценка проводилась по 5-ти балльной оценочной шкале: 5 – качество сильно развито, 4 – качество достаточно развито, 3 – качество недостаточно развито, 2

– качество слабо развито, 1 – качество совсем не развито.

По мнению педагогов, достаточно развиты у учащихся такие качества, как общительность, организованность, уверенность в себе, прилежность в учебе, социально-бытовая ориентировка, индивидуально-психологические качества, жизненный оптимизм, трудолюбие и владение практическими знаниями. Недостаточно развиты качества «работоспособность», «общее состояние здоровья», «успеваемость», «целеустремленность».

По группам качеств получаются такие усредненные оценки (в баллах):

- физические качества – 3,3;
- интеллектуальные качества – 3,5;
- диспозиционные качества – 3,7;
- социально-нормативные качества – 4,0;
- коммуникативные качества – 4,1;
- социально-бытовые качества – 3,8;
- индивидуально-психологические качества – 3,8.

Из приведенных данных ясно, на какие качества следует обратить первоочередное внимание. Это физические и отчасти интеллектуальные качества.

Что касается родителей, то они высоко оценивают практически все качества своих детей, образующих их адаптационный потенциал. Особенно высоко оценены качества общительности, социально-бытовой ориентировки, трудолюбия, целеустремленности, уверенности в себе. Сравнительно ниже оценили общее состояние здоровья и мотивация к учебе.

При сопоставлении данных родителей и педагогов выяснилось, что родители оценивают качества своих детей сравнительно выше, нежели их оценивают педагоги. В таблице 1 представлены сопоставления оценок адаптационных качеств учащихся, данных педагогами и родителями.

Если принять во внимание оценки педагогов, то сравнительно шире оценивают они адаптационный потенциал детей с ОВЗ, по показателям «работоспособность», «общее состояние здоровья», «успеваемость», «целеустремленность». Родители ниже оценивают «общее состояние здоровья» и «мотивацию к учебе».

Успешное управление любым процессом, включая социальную адаптацию детей с ОВЗ, связано непосредственно с факторами данного процесса, точнее сказать, с целенаправленным использованием этих факторов.

Обращаясь непосредственно к факторам социальной адаптации детей с ограниченными возможностями нужно отметить значительное множество этих факторов. В ходе исследования нами были выделены факторы, относящиеся к адаптации выпускников школы-интерната, уже приступивших к трудовой деятельности.

Таблица 1

**Сопоставление оценок адаптационных качеств детей с ОВЗ,  
данных педагогами и родителями (средние оценки в баллах)**

№ п/п	Оцениваемые качества	Кто оценивает	
		Педагоги	Родители
1.	Общее состояние здоровья	3,4	3,5
2.	Работоспособность	3,2	3,9
3.	Прилежность в учебе	3,9	3,9
4.	Успеваемость	3,4	3,8
5.	Владение практическими знаниями	3,6	3,9
6.	Трудолюбие	3,7	4,0
7.	Целеустремленность	3,4	4,0
8.	Организованность	4,0	3,9
9.	Уверенность в себе	4,0	4,0
10.	Жизненный оптимизм	3,8	3,9
11.	Общительность	4,1	4,2
12.	Социально-бытовая ориентация	3,8	4,2
13.	Индивидуально-психологические качества (характер, волевые качества)	3,8	4,0
14.	Мотивация к учебе	–	3,6

К положительным факторам, способствующим успешной адаптации выпускников школ-интернатов, были отнесены: полученные в школе знания; удачный выбор профессии; помощь родителей, родных; помощь педагогов; помощь друзей, знакомых; личные качества (целеустремленность, работоспособность и т.д.); связи с «нужными» людьми;

благоприятное стечение обстоятельств; хорошее здоровье; жизненный оптимизм.

В таблице 2. приведены данные социологического опроса относительно распространенности действия этих факторов и их сравнительной значимости.

Негативные факторы адаптации выпускников отражены в таблице 3.

Таблица 2

**Факторы, способствующие успешной адаптации выпускников  
специализированных школ-интернатов (в %)**

№№ п.п.	Факторы	Кто оценивает		
		Педагоги	Родители	Выпускники
1.	Полученные в школе знания	30,8	69,7	46,8
2.	Удачный выбор профессии	55,4	69,7	11,5
3.	Помощь родителей, родных	47,7	66,7	30,3
4.	Помощь педагогов	7,7	15,2	32,6
5.	Помощь друзей, знакомых	4,6	-	15,4
6.	Личные качества (целеустремленность, работоспособность и т.д.)	76,8	57,6	42,3
7.	Связи с «нужными» людьми	6,2	9,8	3,9
8.	Благоприятное стечение обстоятельств	15,9	15,2	42,3
9.	Хорошее здоровье	20,0	27,3	26,9
10.	Жизненный оптимизм	18,5	21,2	26,9
11.	Другое	-	3,0	-

Таблица 3

**Факторы, препятствующие успешной адаптации выпускников  
специализированных школ-интернатов (в %)**

№№ п.п.	Факторы	Кто оценивает		
		Педагоги	Родители	Выпускники
1.	Недостаточные знания, полученные в школе	23,1	27,9	23,1
2.	Неудачный выбор профессии	41,5	42,3	26,9
3.	Проблемы с трудоустройством	63,9	90,9	76,3
4.	Отсутствие необходимой помощи со стороны родных, педагогов, знакомых	33,9	15,2	-
5.	Недостаточная развитость личных качеств (работоспособность, прилежание и т.д.)	63,1	42,3	15,4
6.	Отсутствие связей с «нужными» людьми	6,2	12,1	15,4
7.	Неблагоприятное стечение обстоятельств	7,7	12,1	15,4
8.	Неважное здоровье	24,6	30,3	11,5
9.	Жизненный пессимизм	29,2	6,1	23,1

В таблицах 2. и 3., как видно, представлены одни и те же факторы, но с различной направленностью действия. Скажем, в таблице 2. под пунк-

том 9 фигурирует «хорошее здоровье», а в таблице 3 под пунктом 8 – «неважное здоровье». Или фактор жизненного настроения: в первой таблице имеем

дело с жизненным оптимизмом, во второй, напротив, – с жизненным пессимизмом.

Принимая во внимание факторы, представленные во всех трех таблицах, можно разделить (объединить) их в десять групп: фактор здоровья, фактор личностные качества, образовательный фактор, фактор профессионального выбора, фактор социальной помощи, фактор социальных связей, случайный фактор, социально-психологический фактор, семейный фактор, школьный фактор.

Как показало исследование, по мере убывания адаптационной значимости эти факторы ранжируются следующим образом: факторы личностных качеств, факторы профессионального выбора и трудоустройства, образовательные факторы, факторы помощи, факторы здоровья, социально-психологические факторы, случайные факторы, факторы социальных связей.

Выпускники школ-интернатов дают более умеренные оценки факторам социальной адаптации. Особое внимание уделено образовательным факторам. При этом проводится различие между адаптационным потенциалом знаний и их адаптационным эффектом. Адаптационный потенциал выражает то, что *могут дать* знания для успешной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, адаптационный эффект – что в реальности *дают* знания для успешной адаптации. Результаты исследования свидетельствуют о том, что адаптационный потенциал знаний используется в недостаточной степени, хотя это обстоятельство не фиксируется самими учащимися, редуцирующими адаптационный потенциал к адаптационному эффекту.

Для оценки успешности социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья нами были обоснованы следующие *критерии* успешности социальной адаптации: 1) уровень личностной самореализации; 2) образ жизни; 3) социальное самочувствие; 4) жизненные ориентации.

Судя по результатам проведённого социологического опроса, приоритетными сферами личностной самореализации детей с ограниченными возможностями здоровья являются: физическая культура и спорт (на это указали 40% опрошенных); работа, профессиональная деятельность (29,3%); учеба, образование (22%). Сравнительно ниже рейтинг значимости других сфер (направлений) самореализации: достижение материального благополучия (17,1%); воспитание детей (15%); любительские занятия (15%); бизнес (12,2%); художественное, ремесленное творчество (12,2%); общение с друзьями (7,3%); отдых, развлечения (7,3%); домашнее хозяйство (5%); оказание помощи другим (5%). Акцентировано внимание на том, что возможности и способности учащихся реализуются в учебном процессе примерно на три четверти (63,4%), в контрольной группе, для сравнения – на 57,8%. Основными занятиями в свобод-

ное время являются общение с родителями и друзьями, занятия спортом.

Отмечаются достаточно высокие показатели удовлетворенности респондентов самими собой и своей жизнью. Заметно ниже этот показатель применительно к учебе. В целом у детей с ограниченными возможностями здоровья преобладает положительный жизненный настрой. Доминирующая жизненная ориентация – иметь хорошую семью. Примечательно то, что «стать хорошим человеком» важнее, чем «стать хорошим специалистом», а «иметь хороших, верных друзей» сравнительно больше привлекает, нежели «иметь материальный достаток». Учащиеся с ограниченными возможностями здоровья выделяют для себя три основные потенциальные угрозы – болезни, вредные привычки и зависимость от других.

В целом, как показало исследование, социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья требует определенного управления данным процессом, т.е. направленного воздействия на условия жизнедеятельности детей с целью обеспечения успешной социальной адаптации. *Возможность* направленного воздействия на процесс социальной адаптации связана, с одной стороны, с инициацией и поддержанием «самоадаптации», с другой стороны, с обеспечением внешних (материальных, социокультурных и др.) условий для успешного адаптационного процесса. *Необходимость* управления адаптацией детей с ограниченными возможностями здоровья вызвана, прежде всего, расширением проблемного поля социальной адаптации данной категории детей и, соответственно, расширением пространства адаптационного процесса.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Беличева С.А.* Основы превентивной психологии. – М.: РИЦ Консорциума «Социальное здоровье России», 1993. – 199с.
2. *Гордеева А.В.* Реабилитационная педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических вузов и колледжей. – М.: Академический проект, 2005. – 320 с.
3. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под. ред. Т. В. Зозули. – М.: «Академия», 2005. – 304 с.
4. *Морова Н.С.* Основы социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями: Дис. д-ра пед. н. – М., 1998. – 395 с.
5. *Цыденова Л.В.* Управление социальной адаптацией детей-инвалидов в школьном (общем образовании): Дис. канд. пед. н. – Чита, 2004. – 193 с.
6. *Чирва Е.И.* Особенности воспитания детей с ограниченными возможностями в общеобразовательной школе: Дис. канд. пед. н. – Горно-Алтайск, 2005. – 172 с.