

Департамент образования, культуры и спорта Ненецкого автономного округа
Государственное бюджетное учреждение Ненецкого автономного округа
«Ненецкий региональный центр развития образования»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по организации профориентационной работы с обучающимися
с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью

Авторы-составители:

Богданова Т.А. – начальник отдела ГБУ НАО «Ненецкий
региональный центр развития образования»

Ипатова Т.П. – начальник отдела ГБУ НАО «Ненецкий
региональный центр развития образования»



г. Нарьян-Мар

2024г.

Настоящие методические рекомендации содержат предложения по формированию системы профессиональной ориентации лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью. Методические рекомендации включают в себя описание комплекса мер по формированию готовности к профессиональному самоопределению (ГПС) обучающихся с учетом их индивидуальных особенностей, а также с учетом запросов экономики в кадрах, специфики рынка труда. Реализация методических рекомендаций предполагает межведомственное взаимодействие.

Профессиональное самоопределение — это непрерывный процесс выявления, корректировки и принятия человеком своей позиции в профессиональной сфере. Оно включает в себя получение образования и развитие необходимых навыков на протяжении всей жизни.

Молодые люди с ограниченными возможностями здоровья и инвалиды требуют постоянного профессионального сопровождения в выборе профессии, получении профессионального образования, трудоустройстве; поддержки в поиске способов построения индивидуальной профессиональной траектории.

Профессиональное самоопределение для лиц с инвалидностью и ОВЗ может быть затруднено, если родители, близкие люди и педагоги не имеют достаточной информации о возможностях региональной системы профессионального образования, специфике и потребностях рынка труда; не владеют инструментами психолого-педагогического сопровождения, обеспечивающего формирование профессиональных компетенций обучающихся с инвалидностью и ОВЗ.

Цель и задачи профессионального самоопределения

Целью профессионального самоопределения людей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью является достижение сбалансированности между профессиональными интересами человека, его психофизиологическими особенностями, потребностями и возможностями рынка труда.

Задачи профессионального самоопределения инвалидов и лиц с ОВЗ:

– содействие непрерывному профессиональному развитию как важнейшему условию трудовой адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, успешности в какой-либо сфере трудовой деятельности, удовлетворению собственного социального статуса;

– ориентирование лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в мире профессий, потребностях и возможностях системы профессионального образования, регионального рынка труда (диагностика профессиональных предпочтений, информирование, консультирование, психологическая поддержка);

– сопровождение профессионального выбора лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью (организация профессиональных проб, профессиональное моделирование, содействие профессиональному обучению и трудоустройству).

Процесс профессионального самоопределения лиц с инвалидностью и ОВЗ

Профессиональное самоопределение является непрерывным процессом, который сопровождает человека на протяжении всей его жизни. Этот процесс можно условно разделить на несколько этапов, соответствующих различным возрастным периодам и стадиям развития личности.

Первый этап — старший дошкольный возраст. В этот период происходит формирование позитивного отношения к труду, видам профессиональной деятельности людей и знакомство с различными профессиями. Дошкольники учатся выполнять доступные их возрасту виды трудовой деятельности, знакомятся с профессиями. Результатом данного этапа должно стать формирование положительного отношения к профессиональному миру.

В этот период существенное значение имеет семья, воспитывающая ребенка-инвалида или ребенка с ОВЗ. Важно, чтобы родители на эмоционально-образном уровне не ограничивали профессиональное будущее ребенка, видя его психофизиологические особенности.

Второй этап — начальная школа.

В этом возрасте дети начинают осознавать роль труда в жизни человека. Происходит формирование трудовых навыков, развивается интерес к профессиональной сфере деятельности родителей.

На этом этапе важно сформировать у обучающегося мечты о профессии. Происходит это через включение обучающихся в игровую и познавательную активность, общественно полезную трудовую деятельность. Необходимо, чтобы активности ребенка были практико-ориентированными, нацеленными на знакомство с актуальными и перспективными профессиями будущего. В случае обучения ребенка-инвалида или ребенка с ОВЗ в формах, отличных от школьного образования, данный вид деятельности должен быть заложен через программы дополнительного образования или индивидуальное сопровождение обучающегося.

Третий этап — подростковый возраст (5–7 классы).

На этом этапе подростки осознают свои интересы, способности и формируют профессиональные предпочтения.

Эти результаты могут быть получены через включение обучающегося в целенаправленную учебную деятельность, связанную с выбором профиля дальнейшего обучения (в соответствии с предполагаемой сферой профессиональной деятельности). Для подростков, в том числе с инвалидностью и ОВЗ, важно организовать психологическое сопровождение их самопознания.

Четвёртый этап — подростковый возраст (8–9 классы).

На этом этапе необходимо создать обучающимся условия, позволяющие освоить навыки соотнесения собственных идеалов с общественными целями, составления профессиональных планов.

Результатом данного этапа должен стать выбор направления профессионального образования — осознанное профессиональное намерение. На этом этапе чаще всего идет выбор уровня профессионального образования (поступление в колледж или продолжение обучения в школе с последующим поступлением в вуз).

Пятый этап — старшекласники, студенты СПО первого курса. На данном этапе формируются значимые для профессионального самоопределения компетенции, происходит коррекция образовательно-профессиональных планов.

Важными составляющими сопровождения профессионального самоопределения обучающихся на четвертом и пятом этапах выступают психолого-педагогическое консультирование и коррекция. В этот период работа с семьей обучающихся с инвалидностью и ОВЗ имеет особое значение с точки зрения соотнесения желаний и перспектив профессионального развития с учетом особенностей психофизиологии и имеющихся возможностей профессиональных сфер.

Шестой этап — студенты образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования.

Этап формирования профессиональных знаний, умений и опыта, развития общих и профессиональных компетенций.

Результатом данного этапа должно стать осознание правильности профессионального выбора. На этом этапе через практическую подготовку в рамках образовательных программ, организацию стажировок на предприятиях осуществляется вхождение в профессиональную деятельность, формируются базовые навыки профессионального мастерства.

Седьмой этап — работающее население.

Этап совершенствования уровня профессионального мастерства, адаптации к изменяющимся условиям труда, обновление полученных и приобретение новых компетенций. Результатом данного этапа должно стать понимание необходимости постоянного профессионального развития.

Особое значение в период прохождения лицом с инвалидностью и ОВЗ шестого и седьмого этапов является наличие профессионального наставника (тьютора, консультанта).

Особенности лиц с ОВЗ и инвалидностью, их учет при организации трудовой и профессиональной ориентации.

При организации профориентационной работы с лицами с инвалидностью и ОВЗ необходимо учитывать особенности их развития и особые образовательные потребности.

Лица с нарушениями слуха.

Клиническая характеристика

Ежегодно в России выявляется не одна тысяча детей с патологией органов слуха, и число таких детей продолжает расти.

Нарушения слуха бывают приобретенные и врожденные. При этом врожденные нарушения слуха встречаются гораздо реже, чем приобретенные

(около 25% детей с нарушениями слуха).

К врожденным нарушениям относят:

✓ аплазия – наследственная аномалия слухового органа (частичная или полная), нарушения в развитии среднего и наружного уха, недоразвитие внутреннего уха, отсутствие барабанной перепонки;

✓ атрезия – заращение наружного слухового канала.

Патологическая наследственность может дать объяснение врожденной неполноценности органа слуха, которая является основанием для предрасположенности к тяжелым нарушениям слуха, что, в свою очередь, может быть вызвано сравнительно слабыми внешними вредными воздействиями.

Обычно слуховые нарушения не передаются непосредственно потомству, но вместе с тем вероятность рождения ребенка с нарушениями в развитии у родителей с дефектами слуха значительно большая, чем у слышащих.

Врожденные нарушения слуха возникают как следствие различных патогенных воздействий на развивающийся плод со стороны материнского организма. Особо выраженной тяжесть нарушения оказывается, когда поражение произошло на ранних этапах развития (первые 2-3 месяца внутриутробного развития), в период, когда зачаток слухового анализатора наиболее чувствителен.

Врожденное повреждение слухового анализатора может возникнуть также вследствие травмирования плода (ушибы, неудачное прерывание беременности и др.) или родовых травм (сдавление и деформация головки плода во время осложненных родов).

Инфекционные заболевания занимают основное место среди факторов онтогенеза, вызывающих приобретенные нарушения слуха. В большинстве своем это детские болезни, которые в последние годы хотя и встречаются все реже, что связано с совершенствованием системы профилактических мероприятий, с применением новых, более эффективных средств и методов лечения, но не исключают соответствующих последствий. Например, сегодня, летальный исход менингита, распространенный в прошлом благодаря продвижениям медицины, стал относительной редкостью. И хотя в большинстве случаев такие больные выживают, но в качестве осложнения страдают тяжелыми формами нарушений слуха.

Необратимые нарушения слуха в последние годы в РФ, часто в раннем возрасте, вызывают осложнения гриппа.

Особенно опасна для слуха в грудном возрасте своими последствиями пневмония и отит. В раннем возрасте недостатки слуха могут проявиться как следствие заболеваний носа и носоглотки, вызванных непроходимостью органов среднего уха, евстахиевой трубы. Отит наносит наименьшие последствия для слухового аппарата, чем поражение слухового нерва или же внутреннего уха.

При опухолях, кровоизлияниях, энцефалитах могут возникнуть

поражения коры головного мозга и проводящих путей, отвечающих за слух. Отдельно влияет на появление нарушений слуха неврит слухового нерва – это группа заболеваний слухового нерва и нервных клеток, отличающихся особой чувствительностью к бактериальным токсинам.

Травмирование головы может привести к разным нарушениям слуховой функции человека.

Нарушение слуха могут возникать вследствие длительного воздействия сильного шума и вибраций, при которых появляется ощущение давления или боли в ухе. От протяженности возникновения патологического процесса зависит характер последствий, приведших к искажению слуха, а также от того, в какой степени и в какой период развития были нарушения.

Эти причины определяют статистику, согласно которой приобретенные нарушения слуха встречаются чаще, чем врожденные (примерно 75% всей слуховой патологии).

В соответствии с результатами действия различных факторов выделяют четыре категории лиц с нарушениями слуха:

- ✓ глухие;
- ✓ рано/позднооглохшие;
- ✓ слабослышащие (тугоухие).

Глухие – это лица с тотальным отсутствием слуха, без возможности самостоятельного пользования им для накопления и сбора речевого запаса.

Тотальная глухота встречается достаточно редко, обычно сохранены остаточные явления слуха, которые позволяют воспринимать отдельные, специфические звуки, разборчивое восприятие речи при этом невозможно.

Среди лиц с нарушениями слуха выделяют:

- ✓ ранооглохших;
- ✓ позднооглохших.

К первому типу относят лиц с двусторонним перманентным нарушением слуха, полученным либо от рождения, либо в раннем детстве до формирования речи.

Позднооглохшие же, это лица со значительной потерей слуха, но довольно сохранной речью по причине позднего возникновения глухоты. Это категория лиц с нарушением слуха характеризуется не временем наступления глухоты, а наличием речи при отсутствии слуха.

Слабослышащие (тугоухие) – лица с частичной слуховой недостаточностью, замедляющей развитие речевого аппарата, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. К слабослышащим относятся лица с понижением слуха от 20 до 75 Дб.

По степени снижения слуха слабослышащих разделяют на три степени (тугоухости).

При легкой степени тугоухости человек распознает шепот на расстоянии от 1 до 3 метров, а разговорную речь на расстоянии более 4 метров. Но не может адекватно воспринимать информацию при звуковых

помехах.

Средняя степень тугоухости имеет место, если человек воспринимает шепотную речь на расстоянии меньше, чем один метр, а разговорную речь слышит на расстоянии от 2 до 4 метров. Средняя степень тугоухости характеризуется неразборчивостью в восприятии всех слов в нормальной обстановке, требуются неоднократные повторения некоторых фраз или отдельных слов.

Тяжелая степень тугоухости проявляется в невозможности различить шепот даже на очень близком расстоянии, разговорную речь слышно на расстоянии меньше 2 метров. Используется слуховой аппарат и обучение зрительной фильтрации речи (чтению по губам), для возможности общаться.

Среди слабослышащих различают:

- ✓ страдающих ограниченной или глубоко недоразвитой речью;
- ✓ владеющих развернутой речью с небольшими недостатками в ее грамматическом построении и ошибками в произношении и письме.

Понимание отнесения лица с ОВЗ или инвалида по слуху к определенной категории принципиально при организации трудовой ориентации и профориентационной работы. Ограничения выбора специальности и построения трудовой карьеры принципиально зависит от степени компенсаторных возможностей у конкретного лица, что нередко позволяет выйти за рамки медицинских ограничений.

Все лица с нарушениями слуха независимо от степени относятся к категории – «обучающийся с ОВЗ».

Психологические особенности лиц с нарушениями слуха

На возможности обучения лиц с нарушенным слухом существенное влияние оказывает время возникновения их нарушения: рано- (в возрасте до 3-х лет) или позднооглохшие. Данный фактор будет определять степень развития у этой группы лиц степень сохранности собственных речевых и обусловленных речью навыков и функций. Низкий уровень овладения речью становится барьером для полноценного роста и развития всей когнитивной сферы психики и познавательной деятельности таких людей. Речевой дефицит является причиной их своеобразного восприятия, памяти и мышления. На этом должно быть построено не только психолого-педагогическое сопровождение процесса овладения знаниями человека с нарушенным слухом, но и помощь в его профессиональном самоопределении.

Для всех лиц с нарушениями слуха можно выделить характерные проблемы (у ранооглохших они будут наиболее выражены), такие как:

- ✓ нарушения процесса слушанья;
- ✓ ограниченное, замедленное, местами искаженное восприятие сказанного (вне зависимости от наличия сурдоперевода);
- ✓ нарушения процесса говорения, из-за наличия некоторых аномалий речевого развития;
- ✓ недостаточная развитость мыслительной деятельности;

✓ частые недостатки личностного развития (неуверенность в себе и зависимость от мнения окружающих, пониженная коммуникабельность, пессимизм, эгоизм, проблемы с самооценкой из-за ее неадекватности, отсутствие самоконтроля);

✓ пониженная способность к анализу и синтезу воспринимаемой информации;

✓ упрощенность анализа. У глухих плохо развит анализ и синтез объектов, они выделяют детали объекта, опуская существенные, но малозаметные признаки;

✓ нередко повышенная обидчивость;

✓ более высокий уровень развития социального инфантилизма и преобладание иждивенческой позиции.

Для лиц с нарушенным слухом необходима индивидуальная коррекция процесса консультирования на основе учета их психических и физиологических особенностей общения. Проводя профориентацию, консультант должен подбирать разнообразный наглядный тестовый и иной материал, опираясь на познавательные возможности человека с нарушениями слуха, придерживаясь индивидуального темпа его работы.

Особенности построения общения с лицами с нарушениями слуха

Общение с лицами с ослабленным слухом в процессе трудового и профессионального ориентирования следует выстраивать через реализацию следующих принципов:

✓ максимальной наглядности;

✓ индивидуализации в применении сурдоперевода, использования печатной и устной речи профконсультанта;

✓ использование вспомогательных материально-технических средств и информационных технологий.

Эти принципы подразумевают учет всех особенностей людей с глухотой, а именно включение в работу по профориентации максимально наглядных материалов, таких как:

✓ комплекс специальных, широко иллюстрированных презентаций;

✓ методические материалы по профориентации, адаптированные для восприятия человеком с нарушением слуха;

✓ дублирование информации в электронном виде.

Зная, что репрезентативная система человека с нарушением слуха имеет дефект изначально, необходимо максимально сократить и по возможности исключить в общении использование описаний аудиальных ощущений, связанных с восприятием звука. Например, обороты типа:

✓ «*Это громко сказано!*»;

✓ «*Эта работа звучит во многих объявлениях*»;

✓ «*Эта работа очень или слишком монотонна*»;

✓ «*Тихое место в центре города*»;

✓ «*Вы меня услышали?*»

Использование слов, связанных с восприятием звука следует

ограничить по причине того, что человек с нарушениями слуха не сможет всегда правильно понять и усвоить информацию такого рода.

В процессе общения с людьми, имеющими нарушения слуха, стоит максимально опираться на использование других информационных каналов: визуального, кинестетического, ольфакторного. Помимо визуально воспринимаемой наглядности, для описания, как в письменных текстах, так и в ходе беседы, можно использовать такие обороты, как:

- ✓ *«Это свежая идея»;*
- ✓ *«С этим вы легко справитесь»*
- ✓ *«Я советую это дальше в перспективу вашей жизни»;*
- ✓ *«Я счастлив, что мы с вами видим это одинаково»;*
- ✓ *«Ну, давайте рассмотрим ваши интересы»;*
- ✓ *«Этот образ вашей будущей профессии вырисовывается в ходе нашей беседы»;*
- ✓ *«Это работа поднимет Вас в восприятии вашего окружения»;*
- ✓ *«Вы правильно двигаетесь в нужном направлении»;*

Человеку с нарушениями слуха такие образы легче воспринимать, т.к. он знает, как это ощутить и ему есть с чем сравнить. Все информационные ресурсы должны носить для глухого доступный характер, язык должен быть понятен, минимизируя аудиальные описания, компенсируя их другими информационными каналами.

Одним из важнейших факторов, способствующих повышению качества профориентационной работы, является ее индивидуализация. Формы групповых консультаций в процессе профориентирования лиц с ОВЗ и инвалидов должны быть минимизированы.

Индивидуализация профконсультирования лиц с нарушениями слуха проводится, основываясь на учете их индивидуальных особенностей, выражающихся в их познавательной деятельности, психофизических способностях, в навыке активировать эмоционально-волевые и интеллектуальные силы.

В профориентировании лиц с нарушениями слуха большую роль играет наглядность. Перенос акцента на невербальные средства преподнесения информации является одним из возможных путей решения ряда вопросов, связанных с восприятием профессиональной информации.

Важной отличительной особенностью познавательной деятельности глухих является их склонность к формальным действиям, по шаблону, ориентируясь на внешние, несущественные признаки объекта труда. Поэтому для достижения осознанного усвоения информации следует активизировать у глухого именно наглядного представления об объекте труда.

Однако при применении наглядных средств в консультировании глухих следует учитывать опасность перенасыщения консультационного процесса наглядностью, своеобразного «упрощения» информации для глухих. Поэтому большое значение для процесса консультирования лиц с

глухотой имеет сбалансированное сочетание визуальных и вербальных средств. Важно дозировать применения визуальных и вербальных компонентов в информационных сообщениях для глухих. Информативная ценность методических материалов для глухих по вопросам выбора профессии обеспечивается укрепляющейся взаимосвязанностью в их мышлении понятия и образа, благодаря чему они могут более успешно соотносить вербальный и графический материал.

При работе с человеком с глухотой необходимо, чтобы устное объяснение подкреплялось наглядным изображением и затем дублировалось письменным пояснением. Можно просто набирать текст на компьютере параллельно с его устным порождением. Необходима также последующая беседа по пониманию представленного материала. Также, при ответе на задаваемые вопросы, речь (любой её вид) подкрепленная рисунками, говорит о понимании консультируемого, хотя конечно, предпочтительнее – речь устная, развитие которой неразрывно связано с развитием мышления, овладение которой, необходимо любому студенту вуза с выраженными дефектами слуха. Особенности речи и мышления лиц, имеющих недостатки слуха (особенно в степени глухоты), обуславливают сужение объема поступающей в процессе профориентирования информации и ограничение их коммуникативных возможностей.

Полноценное понимание смысла рекомендаций по выбору специальности происходит в условиях реализации в процессе консультирования принципа коммуникативности. Полноценное владение неслышащими людьми речью предполагает не только совершенствование навыков ее восприятия, но и ее воспроизведения. Эти два процесса взаимосвязаны, их оценка в условиях консультирования лиц с нарушенным слухом имеет важное значение для профориентационных рекомендаций. Эффективное использование письменных и устных средств коммуникации самим консультируемым позволит сделать процесс консультирования полноценным диалогом и позволит сформировать ему образ желательной работы и подходящей специальности.

Содержание индивидуальной траектории профессионального самоопределения инвалида по слуху детерминировано мотивами, потребностями, индивидуальными способностями и возможностями человека. Большую роль играет адекватность его самооценки.

Формирование индивидуальной траектории профессионального самоопределения каждого человека с нарушением слуха происходит в процессе:

- ✓ индивидуального консультирования с профконсультантом;
- ✓ знакомства со специальным методическим обеспечением процесса трудовой и профессиональной ориентации;
- ✓ привлечения самого обучающегося и его ближайшего окружения к планированию его деятельности в процессе профориентирования.

Методическую систему обеспечения процесса профессионального

самоопределения необходимо строить на основе индивидуализированного подхода, позволяющего учитывать индивидуальные особенности лиц с нарушением слуха; особенностей развития их логического мышления и коммуникативных возможностей.

Консультируемые лучше воспринимают тот материал, который предъявлен в наиболее легко воспринимаемой для них форме, для глухих же такой формой является жестовый язык.

Оптимальным при выборе способов подачи информации является использование всех четырех видов речи: жестовой, дактильной, письменной, устной. При этом в любом случае необходимо адаптировать информацию для лиц с нарушениями слуха, путем исключения длинных фраз и сложных предложений.

У глухих и слабослышащих зрительный канал работает с перегрузкой, это приводит к снижению скорости восприятия информации и повышенной утомляемости во время занятия. В связи с этим надо обозначить некоторые особенности проведения консультаций, позволяющие снизить зрительные нагрузки:

- ✓ представление информации с использованием цветовой наглядности;
- ✓ представление информации дозированно;
- ✓ использование в комплексе: устной, дактильной, жестовой речи;
- ✓ четкость изложения мысли, исключение лишней информации;
- ✓ повторение.

При организации профориентационной работы с лицами с нарушениями слуха необходимо учитывать также особенности их развития и особые образовательные потребности:

✓ страх перед высказыванием своих идей открыто, поэтому в ходе профориентационной работы необходимо развивать самостоятельность и смелость в социальном взаимодействии, индивидуальность и способности к ее выражению;

✓ избегание оценок и осуждения окружающими планов, особенностей и действий, что может заблокировать их активность в профориентационной деятельности;

✓ тревожность и боязнь неудач, которые порождают психологическую защиту, связанную с их избеганием, могут ограничивать активность и креативность. Исходя из этого, необходимо развивать уверенность в себе и предоставлять возможности для получения опыта успешной деятельности, в т.ч., давать сложные, но посильные задания, поощрять и подбадривать за успехи;

✓ сниженная способность к абстрактному мышлению, поэтому в профориентации следует опираться на наглядные и образные материалы, примеры из жизни, конкретные советы и рекомендации, одновременно стремясь к развитию способности мыслить абстрактно и понятийно, а также включая подробный анализ ценностей, мотивов, идеалов, нравственных и моральных категорий, чтобы компенсировать возможный недостаток

собственных размышлений учащихся, не забывая закладывать на это больше времени, чем при работе с другими группами, так как могут потребоваться более длительные объяснения, приведение примеров и т.п.

В целом, из вышеперечисленных особенностей и особых образовательных потребностей следует, что при проведении профориентационной работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, имеющими нарушения слуха, необходимо уделять особое внимание снятию у них тревожности и эмоционального напряжения, развитию способностей к общению и уверенному поведению, выработке позитивной личностной и профессиональной перспективы, развитию личностных качеств, необходимых для успехов в выбранной профессии, содействию социальной адаптации, активизации самостоятельной деятельности по самоорганизации и самоопределению, а также критичности и логического мышления.

Желательно, чтобы сами учащиеся с нарушениями слуха развивали у себя навыки чтения по губам и использования технических средств, учились скоропечатанию на клавиатуре, чтобы быстрее и активнее общаться с другими людьми, используя социальные сети, текстовые сообщения и т.п., а также сами стремились идти на контакт с другими учащимися, применяя альтернативные устному общению способы коммуникации, например - набирая текст на компьютере или планшете, и т.п.

Лица с нарушениями зрения.

Клиническая характеристика

Нарушения зрения проявляются в широком диапазоне нарушений приема информации по визуальному каналу. Для процесса профессионального самоопределения человека принципиально наличие возможностей компенсированного, с помощью различных устройств, зрительного восприятия информации, либо ее исключение (полная слепота).

Нарушения зрения могут быть врожденными и приобретенными. Врожденная слепота может возникнуть в результате повреждения или заболевания плода в период внутриутробного развития. Кроме того, слепота может быть следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения.

Анофтальм – отсутствие глазных яблок, редкая врожденная аномалия органа зрения. Бывает чаще всего двусторонним. При одностороннем анофтальме на другой стороне имеется уменьшенное в размерах глазное яблоко с большими изменениями тканей.

Приобретенная слепота обычно является следствием заболевания органов зрения – сетчатки, роговицы и заболеваний ЦНС (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит), осложнений после общих заболеваний (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранения головы, ушибы) или глаз.

В медицине различают следующие нарушения зрительного анализатора: прогрессирующие и не прогрессирующие.

В случае прогрессирующих зрительных дефектов ухудшение зрения происходит постепенно под влиянием патологических процессов. К примеру, может повышаться внутриглазное давление или происходить изменения в тканях глаза. Зрение снижается при диагностировании у пациента мозговых опухолей и сотрясениях, внутричерепном давлении. Близорукость и дальнозоркость прогрессирует при несоблюдении человеком санитарно-гигиенических условий чтения и письма.

К не прогрессирующим дефектам зрительного анализатора относят врожденные пороки - астигматизм, катаракта. Причинами этих дефектов могут стать также последствия некоторых соматических и глазных заболеваний.

Классификации нарушений зрения.

Первая классификация. Нарушения классифицируются по двум основным характеристикам:

- 1) степень снижения зрительной функции;
- 2) время возникновения.

Эта классификация является основной и именно на ее основе строится система обучения, а также комплектуются учреждения для детей с нарушениями зрения. По ней выделяют такие группы, как: слепые и слабовидящие.

Слепые (незрячие) – категория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение (0,04 на лучше видящем глазу с коррекцией очками), а также лица с прогрессирующими заболеваниями и сужением поля зрения (до 10-15°) с остротой зрения до 0,08.

По степени нарушения зрения различают лиц с абсолютной слепотой на оба глаза, при которой полностью утрачиваются зрительные восприятия, и лиц практически слепых, у которых имеется светоощущение или остаточное зрение, позволяющее воспринимать свет, цвет, контуры (силуэты) предметов.

Слабовидящие – категория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

Зрение слабовидящих остается у них ведущим анализатором. При этом их остаточное зрение сохранно лишь частично и является не вполне полноценным.

Во второй классификации выделяют следующие категории лиц с недостатками зрения:

- ✓ слепорожденные;
- ✓ рано ослепшие;
- ✓ лишившиеся зрения после трех лет.

Данная классификация очень важна для организации трудовой и профессиональной ориентации, так как от времени наступления зрительного

дефекта зависит психическое и физическое развитие человека. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, особенности искаженного развития.

Слепорожденные. Их психическое развитие идет по тем же закономерностям что и развитие зрячих детей, но отсутствие визуальной ориентировки сказывается наиболее заметно на двигательной сфере. Они не имеют в своей памяти тех зрительных образов, которыми обладают ослепшие. Развитие ВПФ (внимание, память, речь, логическое мышление) у слепорожденных протекает в норме. Одновременно с этим при нарушении взаимодействия чувственных и интеллектуальных функций появляется некоторое своеобразие мыслительной деятельности с преобладающим развитием абстрактного мышления.

Ослепшие отличаются от слепорожденных временем потери зрения: чем позже теряет зрение человек, тем больше у него накопительный объем зрительных представлений, которые обычно воссоздаются за счет словесных описаний. Таким образом, если прикладывать усилия к развитию зрительной памяти, частично сохранившейся после потери зрения, то со временем будет происходить постепенное стирание зрительных образов.

Психологические особенности лиц с нарушениями зрения

В зависимости от типа нарушения зрения и отнесенности к определенной классификации инвалидности по зрению можно выделить две устойчивые группы лиц с различной степенью психологической адаптации:

- 1) с высокой психологической адаптацией;
- 2) с низкой психологической адаптацией.

Обе группы различаются определенными личностными характеристиками, которые во многом и определяют уровень психологической адаптации, успешность социализации лиц с нарушениями зрения в целом.

К первой группе относятся лица, имеющие следующие характерные качества: позитивный настрой, социальную открытость, ровное настроение, повышенную общительность, коммуникабельность. Обычно им свойственна высокая самооценка и часто переоценка своих сил и возможностей, что отражается часто в неадекватных желаниях и претензиях. Это люди с развитой эмоциональной подвижностью. Они адекватно и гибко реагируют на изменения в социальной сфере и отношении к ним окружающих. Они социально активны, готовы помогать другим. В то же время в структуре их личности присутствует такой компонент, как ригидность. Это выражается в определенной стойкости аффекта. В поведении таких людей можно отметить черты обидчивости, повышенной психологической ранимости.

Вторая группа, которая характеризуется как неадаптированная или мало адаптированная, включает лиц, не достигших высокого уровня психологической реабилитации. Они живут в состоянии внутреннего дискомфорта и конфликта, не поддающегося разрешению собственными силами. У них на первый план выступают факторы тревожности и

неуправляемости поведением. Основное для таких лиц – чувство страха, порождаемое внешними обстоятельствами. Эти лица часто застенчивы, скованны, закомплексованы. У них обычно отмечаются признаки неуверенности в себе, в своих силах и возможностях.

Именно у этих лиц развиты стереотипные социальные установки в отношении слепоты и ее восприятия в обществе. Реальные же факты, полученные при исследованиях социальных установок слепых, по отношению к зрячим и по отношению к себе показывают, что установки слепых не соответствуют стереотипам, принятым в обществе.

Тенденции слепых по отношению к зрячим также могут быть разделены на три типа:

1) социальная тенденция зависимости, то есть с точки зрения слепого зрячие обязаны осуществлять помощь слепому и зачастую многое делать вместо него;

2) тенденция избегать зрячих, предпочитая общение с себе подобными;

3) адекватная социальная тенденция, при которой общение с людьми будет строиться не на факте наличия или отсутствия зрительных дефектов.

Особенности построения общения с лицами с нарушениями зрения

Специфика построения общения в процессе профориентирования слепых и слабовидящих лиц заключается в следующем:

- ✓ дозирование времени консультирования;
- ✓ применение специальных форм и технических средств коммуникации, нозологически ориентированных методических материалов и пособий по профессиональному самоопределению, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности лиц.

Во время проведения консультации следует чаще переключать консультируемого с одного вида деятельности на другой. Специалисты должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих лиц. К дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально.

Оснащенность кабинета профконсультанта должна отвечать санитарно-гигиеническим требованиям работы лиц с нарушениями зрения. Искусственная освещенность помещений, в которых принимаются лица с пониженным зрением, должна составлять от 500 до 1000 лк. Поэтому рекомендуется использовать крепящиеся на столе лампы. Свет должен падать с левой стороны или прямо.

Ключевым средством социальной и профессиональной адаптации лиц с нарушениями зрения, способствующим их успешной интеграции в социум, являются информационно-коммуникационные технологии (далее - ИКТ). Профориентирование лиц с нарушениями зрения с применением ИКТ должно приобрести массовый характер.

Проблемы доступа к визуальной информации для незрячих

пользователей могут быть компенсированы. Первым «информационным скачком» для слепых стало создание рельефно-точечной системы Брайля, позволившей незрячим людям самостоятельно читать и писать. Вторым – начало широкого использования записи информации в аудиоформате, давшее возможность многократно прослушивать значительные массивы текста. Третьим – создание специальных технологий, позволяющих использовать компьютеры и другие современные технические устройства и средства связи людям с нарушениями зрения.

В настоящее время информационные технологии сделали доступными для незрячих лиц целый ряд современных профессий и значительно ускорили процесс повышения их профессионального уровня, предоставили им равные возможности трудоустройства. Таким образом, освоение информационных технологий для незрячих является не только способом приобретения знаний, но и методом овладения одним из важнейших инструментов их социальной адаптации, профессионального самоопределения, а также социальной и психологической реабилитации. Проблемы доступа к визуальной информации для незрячих пользователей могут быть компенсированы посредством более широкого предоставления информации в аудиальной и кинестетической модальностях, поскольку в качестве механизма, компенсирующего недостатки зрительного восприятия, у слабовидящих лиц выступают слуховое и осязательное.

В отличие от лиц с нормальным зрением, лица с нарушением зрения уступают в точности движений и их оценке, степени мышечного напряжения при процессах освоения и выполнения заданий. Недостаточность информации, получаемой слабовидящими извне, предопределяет скудность и схематизм создаваемого зрительного образа, нарушает целостность восприятия объекта, зачастую в образе отсутствуют не только второстепенные, но и основополагающие детали, что подразумевает неточность или фрагментарность образа. При слабовидении страдает и скорость зрительного восприятия; нарушено бинокулярное зрение, то есть отсутствует возможность полноценно видеть обоими глазами, - все это у слабовидящих может привести к «пространственной» слепоте, когда нарушено восприятие перспективного и глубинного пространства, что является немаловажным, к примеру, при черчении или чтении чертежей.

У слабовидящих, занятых зрительной работой, быстро наступает утомление, и это, как правило, снижает работоспособность. Следовательно, нужно предусматривать небольшие перерывы в работе. Способствовать ухудшению зрения могут и многие обычные движения, как, например, поднятие тяжестей, наклоны, резкие прыжки, поэтому для слабовидящих они являются противопоказанием к работе.

Помимо современных технических ресурсов и соблюдения режима работы, в консультировании лиц с нарушениями зрения необходимо делать акцент, как в устной, так и в письменной речи на аудиальный и кинестетический каналы восприятия, исключая из речи обороты, содержащие

в себе характеристики зрительных ощущений, таких как: яркий, цветной, золотой, горит, выглядит, видим, взгляд, вид и т.д.

В процесс общения целесообразно включить «понятные» для невидящего человека слова, такие как: громкий, шумный, звонкий, мелодичный, ритмичный, звучит, шепчет, ворчит, холодный, горячий, давит, толкает, активный и т.д.

Обороты типа нижеследующих, вполне понятны и наглядно подкреплены в опыте слепых:

- ✓ «Это очень болезненный процесс»,
- ✓ «Это профессия требует крепких нервов»,
- ✓ «Необходим холодный расчет и горячее сердце» и т.д.

Для понимания информации во время консультирования слабовидящим и слепым требуется большее количество повторений и тренировок, чем лицам без инвалидности. При проведении консультаций следует учитывать обостренное значение слуха в необходимости пространственной ориентации, которая требует локализовать источники звуков.

У лиц с нарушениями зрения при проведении консультирования в условиях длительных звуковых воздействий, повышенного уровня шума, вибрации, в условиях групповых форм трудового и профессионального консультирования, будет развиваться чувство усталости слухового анализатора или дезориентации в пространстве. Поэтому индивидуальные консультации предпочтительны.

Рекомендации по профориентационной работе с обучающимися с нарушениями зрения

Необходимо включать в профориентацию элементы социально-психологической работы, восполняющей недостаток коммуникативных умений и навыков и формирующей коммуникативную компетентность, социальный и эмоциональный интеллект.

Следует учитывать трудности и барьеры в налаживании взаимоотношений и дружбы со зрячими сверстниками. Профориентации данной категории обучающихся должно предшествовать или сопутствовать командообразование в качестве подготовительной работы и организация совместной деятельности между обучающимися, а также профориентационное наставничество между зрячими и незрячими либо слабовидящими обучающимися.

Требуется преодоление боязни взаимодействия и подозрительности по отношению к зрячим, ожидание с их стороны негативного к себе отношения, путем обеспечения возможностей для получения положительного опыта общения со сверстниками.

Необходимо включение в профориентационную работу тренинга особенностей взаимодействия с лицами с инвалидностью и ОВЗ, включающего правила поведения с незрячими людьми: как лучше общаться, здороваться, сопровождать, вместе ходить куда-либо, и т.п.

Из вышеперечисленных особенностей и особых образовательных потребностей следует, что в профориентационной работе с лицами, имеющими нарушения зрения, необходимо посвятить дополнительное время развитию коммуникабельности и позитивного восприятия себя как дееспособных людей, которые могут и хотят жить полноценно, учиться и работать, а также сплочению коллектива, в котором они находятся, развитию в нем положительных взаимоотношений и дружбы - как во время, так и за пределами занятий, которые обязательно бы помогали включать учащихся с ограниченными возможностями здоровья в компанию сверстников.

Лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Клиническая характеристика

При всем таком разнообразии врожденных, рано приобретенных или приобретенных на более поздних этапах развития заболеваний и повреждений ОДА у большинства больных детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций).

Также важно отметить, что при всем разнообразии возможных нарушений ОДА основными формами и по степени распространенности, и по тяжести нарушений являются: детские церебральные параличи (далее ДЦП) и спинальные, а также ампутационные нарушения ОДА.

Большинство лиц с нарушениями ОДА страдают детскими церебральными параличами – около 89% от общего числа лиц с нарушениями ОДА. У лиц данной категории двигательные расстройства, как правило, сочетаются с психическими и речевыми нарушениями. Поэтому, большинству из них, необходима не только лечебная и социальная помощь, но и психолого-педагогическая и логопедическая поддержка. Лица с другими нарушениями ОДА, как правило, не имеют нарушений в выше указанных сферах или эти нарушения, не носят сочетанный характер.

ДЦП, одно из самых распространенных заболеваний нервной системы. Частота проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных.

Сам термин ДЦП – это не единое заболевание, оно объединяет в себе группу состояний характеризующийся: общими проявлениями, происхождением, влиянием на развитие ребенка, временем возникновения и т.д. Среди причин ДЦП могут быть различные неблагоприятные факторы, воздействующие во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (натальном) или на первом году жизни (ранний постнатальный). Наибольшее значение в этиологии ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Так, из каждых 100 случаев церебрального паралича 30 возникает внутриутробно, 60 – в момент родов, 10 – после рождения.

Из известных причин внутриутробной патологии в этиологии, важно особо отметить: инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, вирусные инфекции, токсоплазмоз) и несовместимость по резус-

фактору.

Действие родовой травмы обычно сочетается с состоянием асфиксии. У детей, перенесших асфиксию и особенно клиническую смерть, имеется высокая степень риска возникновения ДЦП.

После рождения ДЦП может возникать в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых травм головы.

В зависимости от тяжести и распространенности различают следующие 5 форм церебральных параличей: спастическую диплегию, гемипаретическую форму, двойную гемиплегию, гиперкинетическую форму и атонически-астатическую.

Спастическая диплегия (синдром, болезнь Литтля) – тетрапарез, при котором парез ног более глубок, чем парез рук. Парез верхних конечностей или же одной из них может быть настолько легок, что выявляется только при тщательном обследовании. Часто наблюдаются различные формы дизартрии, задержка психического развития или же умственная отсталость. Является самой распространенной формой ДЦП.

Двойная гемиплегия. При этой форме наблюдается тетрапарез, причем степень нарушения функций верхних и нижних конечностей одинаково тяжела или же преобладает паралич верхних конечностей.

При двойной гемиплегии всегда наблюдаются патологические тонические рефлексыв ствола головного мозга, псевдобульбарная дизартрия, ЗПР, умственная отсталость, быстро развиваются контрактуры и в нижних, и в верхних конечностях. Нередко отмечаются эпилептиформные припадки.

Гемипаретическая форма – парезы одной стороны тела. Как правило, значительно более тяжелы парезы верхней конечности. У детей с гемипарезами нередки речевые нарушения, ЗПР или умственная отсталость.

Гиперкинетическая форма – характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований при резус-конфликтной беременности. Гиперкинезы (насильственные движения) появляются после первого года жизни. Кроме тяжелых случаев, когда они заметны уже на первом году. Гиперкинезы сильнее выражены в мышцах лица, нижних отделах конечностей и мышцах шеи. Эпилептиформные припадки редки. Зато часто наблюдаются речевые расстройства. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах параличей.

Атонически-астатическая. Характеризуется мышечной гипотонией. У таких больных резко страдают статические функции: они не могут стоять, держать голову, сидеть, ходить, сохраняя равновесие. Часты речевые нарушения (мозжечковая или псевдобульбарная дизартрия). Отмечается выраженные нарушения интеллекта (тяжелая ЗПР или у/о), особенно при большом поражении лобных долей. От общей массы детей с ДЦП данная форма составляет примерно 10%.

Основные двигательные нарушения:

1. Нарушения мышечного тонуса. Выражаются в 4-х основных формах: спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии.

2. Ограничение или невозможность произвольных движений.
3. Наличие насильственных движений (гиперкинезы, тремор).
4. Нарушения равновесия и координации.
5. Нарушение ощущений движений (кинестезий).
6. Недостаточное развитие установочных выпрямительных рефлексов.

Обеспечивают формирование вертикального положения и произвольной моторики.

7. Синкенезии – непроизвольные дружественные движения.

На втором месте по распространенности после ДЦП среди нарушений ОДА находятся: приобретенные заболевания и повреждения ОДА. Наиболее частыми и тяжелыми являются нарушения вследствие травматических повреждений спинного мозга, головного мозга и конечностей. По локализации выделяют 2 основные группы:

- ✓ спинальные нарушения – двигательные патологии, связанные с повреждениями головного и/или спинного мозга;

- ✓ ампутационные нарушения – связаны с утратой одной или более конечностей. Специфика спинальных нарушений, которая, с одной стороны, будет объединять их ДЦП, а с другой отличать от тех же состояний заключается в следующем:

У лиц со спинальными нарушениями, так же, как и при ДЦП наблюдаются парезы и параличи, чаще всего выраженные в спастической форме, и связанные с этим явления (потеря чувствительности, мышечные атрофии, контрактуры и т.д.).

В тоже время, вследствие более позднего возникновения нарушения чаще всего имеется опыт существования без двигательной патологии, что с одной стороны дает возможность опоры на данный опыт, а с другой повышает риск патологических реакций на дефект.

При спинальных нарушениях чаще всего не имеется сопутствующих нарушений: речи, слуха, зрения, интеллекта и психики.

Специфика ампутационных нарушений, которая, с одной стороны, будет объединять их ДЦП, а с другой отличать от тех же состояний заключается в следующем:

У лиц с ампутационными нарушениями, так же, как и лиц с ДЦП могут наблюдаться нарушения равновесия и координации движений, дегенеративные изменения в тканях, нарушения обмена веществ и дыхания.

В тоже время у данной категории лиц с нарушениями ОДА чаще всего не имеется сопутствующих нарушений: речи, слуха, зрения, интеллекта и психики. Расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения в данном случае носят иной, чем при ДЦП характер: реакции на дефект, последствия фантомных болей и длительного пребывания в лечебных учреждениях (эмоциональная депривация).

Значительная часть лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата подпадает под определение «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья».

Психологические особенности лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Обучающиеся с нарушениями опорно-двигательной системы в современных учреждениях профессионального образования представляют собой многочисленную группу с различными двигательными патологиями, которые зачастую сочетаются с нарушением в речевом, познавательном или эмоционально-личностном развитии.

У таких студентов обычно наблюдаются следующие нарушения личностного развития: сниженная мотивация к деятельности, повышенные страхи по поводу передвижения и общения, желание ограничить социальные контакты. У лиц с нарушением ОДА, независимо от степени двигательных дефектов, могут встречаться девиация поведения и эмоционально-волевой сферы. Такие абитуриенты страдают повышенной возбудимостью, что выражается в эмоционально-волевых нарушениях, которые проявляются в болезненной чувствительности к внешним раздражителям и боязливости. У одних отмечается гиперактивность, беспокойность, суетливость, у других - пассивность, вялость и эндогенная депрессия.

Специфика поражений опорно-двигательного аппарата заключается в замедленном формировании таких операций, как сопоставление, установление причинно-следственных связей, выделение существенных и несущественных признаков, неточность применяемых понятий. При тяжелом поражении нижних и верхних конечностей обнаруживаются трудности овладения определенными предметно-практическими действиями.

Это приводит к замедленному формированию понятий, которые определяют расположение объектов и частей собственного тела в пространстве, невозможности опознавать и воспроизводить фигуры, составлять из фрагментов целое. В письменной речи появляются элементы дисграфии - ошибки в графическом воспроизведении букв и цифр, такие как асимметрия и зеркальное отображение знака, начало письма и чтения с середины страницы.

К основным нарушениям психического развития у лиц с НОДА относятся:

- ✓ Дигармоничность (мозаицизм) интеллектуальной недостаточности, т.е. неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем.
- ✓ Нарушения самооценки: либо неадекватно завышенная, либо неадекватно заниженная.
- ✓ Неадекватный уровень притязаний: завышение или занижение.
- ✓ Перепады настроения.
- ✓ Повышенная чувствительность к оценке и неадекватность реакций на неё (слезливость или безостановочный смех).
- ✓ Фобии (патологические страхи) и аутоагрессия.

Выраженные психолого-органические проявления – замедленность, истощаемость, трудности переключения, недостаточность концентрации

внимания, снижение объема механической памяти.

Конечно, перечисленные психологические особенности не приговор, они встречаются у конкретных лиц в индивидуальных проявлениях в различной степени выраженности. Однако изначально при консультировании лиц с ОВЗ и инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата следует ориентироваться на высокую возбудимость, склонность к конфликтному реагированию и преобладанию защитных механизмов.

Необходимо, чтобы специалисты знали о психофизиологических особенностях такого человека, учитывали их при определении интеллектуальных и физических нагрузок, при оценке уровня достижений.

Особенности построения общения с лицами с ОВЗ и инвалидами при нарушениях опорно-двигательного аппарата

Для того чтобы профориентирование человека с нарушениями опорно-двигательной системы оказалось успешным, консультанты и другие участники профориентационного процесса должны знать особенности развития своих клиентов и учитывать их.

В процессе общения трудности, которые возникают, связаны с нарушением невербальной и вербальной коммуникации. Нарушение мимики и жестикуляции, повышенная тональность и дисгармоничность озвучивания фраз, например, лицами с ДЦП часто неправильно истолковывается в коммуникации. Возникает реакция на кажущуюся негативность, агрессивность.

Поэтому процесс коммуникации с инвалидом особенно с ДЦП требует терпения, внимательного отношения не к форме, а к содержанию ответов и информации, исходящей от консультируемого.

Формы работы с людьми с НОДА могут быть любые: индивидуальные беседы, анкетирование, психодиагностическое исследование, групповые тренинги и т.д. Профориентирование этой категории должны осуществлять специально подготовленные специалисты, знающие психофизические особенности лиц с нарушениями опорно-двигательной системы. Помимо этого, продолжительность приема не должна превышать 1 часа.

Для такого человека в кабинете профориентации должны быть созданы следующие условия:

- ✓ специальная мебель;
- ✓ специальные приборы для записи (ручки и др.);
- ✓ компьютеры и специальной (увеличенной по масштабам)

клавиатурой.

Для организации консультационного процесса необходимо определить место в кабинете, следует разрешить консультируемому самому выбирать удобную позу для выполнения заданий, как в устной, так и в письменной форме.

Для того чтобы лица с поражением опорно-двигательного аппарата получили информацию в достаточном объеме, звуковые сообщения обычно дублируются зрительными. Немаловажную роль играет использование

наглядных видеоматериалов.

Искажение понимания ведущей деятельности и общения с окружающими, неадекватное восприятие окружающего и намерений людей появляется вследствие физического недостатка, который существенно влияет на социальную позицию человека с нарушением опорно-двигательного аппарата и его отношению к окружающему миру.

Адекватное общение с человеком в инвалидной коляске предполагает, чтобы глаза собеседников находились на одном уровне, поэтому, начиная разговор, необходимо сесть или расположиться, если такая возможность есть, непосредственно перед человеком в инвалидной коляске, которую он воспринимает как неприкосновенное частное пространство. На коляску нельзя облакачиваться, нельзя толкать её, начинать катить коляску без согласия сидящего в ней инвалида. Для того чтобы оказать помощь человеку в коляске, сначала надо поинтересоваться, насколько она ему нужна. От окружающих требуется предложить помощь в открытии дверей или в перемещении коляски в помещениях с высокими порогами. Если предложение о помощи было принято, необходимо узнать, как лучше выполнить необходимые манипуляции, и четко следовать инструкциям. Никогда нельзя забывать, что в коляске сидит живой человек и передвигать её нужно медленно, поскольку коляска быстро набирает скорость и неожиданный барьер может привести к опрокидыванию.

Всегда необходимо лично убеждаться в доступности мест, где запланирована работа по трудовому и профессиональному ориентированию. Чаще всего лица с психическими отклонениями в незнакомой обстановке могут испытывать тревожность, переходящую в эмоциональные расстройства. Если такой человек расстроен, находится в состоянии паники или агрессии, необходимо спросить его спокойным голосом о причинах, вызвавших беспокойство, и о средствах, при помощи которых возможно стабилизировать эмоциональный фон. Никогда нельзя говорить с человеком, имеющим психические нарушения, резко, даже в том случае, если есть для этого основания.

Видя перед собой дружелюбного уравновешенного собеседника без признаков агрессивного поведения, лицо с ОВЗ будет чувствовать себя спокойно, что непременно отразится на поведении. При общении с людьми, которые испытывают затруднения в речи, следует учитывать следующие правила: нельзя перебивать и поправлять их, пытаться ускорить разговор. Начинайте сами говорить только в том случае, если убедитесь, что ваш собеседник завершил свою мысль.

Планируя общение с лицом с затруднениями в речи, следует понимать, что разговор с таким собеседником займет больше времени. Затруднения в речи не являются показателем низкого уровня развития интеллекта человека. Когда непонятно, что вам сказали, нужно переспросить. Если и в этот раз не удалось понять, надо попросить вновь произнести сказанное более медленно, возможно, и по буквам. Если возникают проблемы при общении, можно

вежливо поинтересоваться, не хочет ли собеседник воспользоваться другим способом, например, написать текст или напечатать его. Постарайтесь задать такие вопросы, которые требуют односложных ответов или ограничиваются кивком. Также затруднения в речи встречаются при гиперкинезах. При общении с людьми с гиперкинезами, которые проявляются в непроизвольных движениях тела или конечностей, не стоит отвлекаться на это, потому что можно пропустить что-то важное.

Психологическими особенностями и особыми образовательными потребностями лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые необходимо учитывать при организации профориентационной работы являются:

- ✓ множественность нарушений развития, отмечающихся у лиц данной категории (двигательные, речевые, интеллектуальные, личностные нарушения, нарушения зрения, слуха);

- ✓ эмоциональная неуравновешенность и подверженность стрессу, которые необходимо преодолевать путем развития навыков эмоционального самоконтроля и аутотренинга;

- ✓ неразвитость коммуникативных способностей и навыков, приводящая к неудачам в общении, и в результате - к избеганию отношений с людьми должна преодолеваться развитием навыков общения и уверенного поведения, разрешения конфликтов, умения строить доверительные и теплые взаимоотношения с окружающими.

Несмотря на эмоциональные и интеллектуальные особенности, а также социальную незрелость, они могут обладать высокой степенью профессиональной эрудиции и хорошо учиться. Опираясь на сохраненные психические функции, задатки и способности и, развивая творческую самостоятельность, деловую активность и коммуникабельность, можно достигнуть успешности профессионального самоопределения, сгладить последствия дефицитарного формирования личности и помочь лицам с НОДА самоопределиться в профессии, в т.ч., найти, спланировать и обеспечить освоение подходящего для них вида труда, поиск рабочих мест, адаптацию в профессии и профессиональном сообществе, построение отношений с коллективом.

Лица с интеллектуальными нарушениями.

Клиническая характеристика

Интеллектуальные нарушения (умственная отсталость) – это стойкое органическое поражение головного мозга, при котором наблюдается нарушение нормального развития психических, особенно высших познавательных процессов (активного восприятия, произвольной памяти, словесно-логического мышления, речи и т.д.).

Умственно отсталые лица – очень разнородная по составу группа. В нее входят дети, у которых поражение мозга возникло внутриутробно, в период родов и в первые годы жизни; лица, у которых нарушения возникли после трех лет в результате травм и заболеваний; лица, у которых

умственная отсталость сочетается с текущими психическими заболеваниями (шизофренией, эпилепсией) и заболеваниями, обусловленными наследственными нарушениями обмена веществ (фенилкетонурия и др.). Если психическое недоразвитие определяется с рождения или возникает на протяжении первых 3 лет жизни, то такое состояние относят к олигофрении. Если нарушения коры головного мозга и интеллектуальный дефект возникают в последующие годы жизни, то в таких случаях говорят о деменции. К умственной отсталости относят только те состояния, при которых отмечается стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, вызванное органическими повреждениями коры головного мозга.

В настоящее время в практической работе используется «Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра» (МКБ — 10), в которой умственная отсталость подразделяется по степени выраженности с учетом психометрического критерия IQ.

- F70 Легкая умственная отсталость (IQ 50 — 69);
- F71 Умеренная умственная отсталость (IQ 35 — 49);
- F72 Тяжелая умственная отсталость (IQ 20 — 34);
- F73 Глубокая умственная отсталость (IQ ниже 20).

Психологические особенности лиц с интеллектуальными нарушениями

Психопатологические особенности при умственной отсталости, включая сам интеллектуальный дефект, полиморфны как по характеру, так и по степени выраженности, но существуют общие признаки, характерные для детей разного возраста.

На первом году жизни олигофрения проявляется отставанием в развитии моторики и недостаточностью эмоциональной сферы. Это отражается в иных, чем у нормально развивающихся сверстников, сроках становления и развития основных рефлексов, неполноценности «комплекса оживления» в трехмесячном возрасте, неадекватном эмоциональном реагировании, излишней возбудимости или тормозимости.

На 2—3-м году умственная отсталость проявляется, прежде всего, в особенностях игровой деятельности. Игры отличаются манипулированием и непониманием игровых правил. У детей отмечается крайне низкая познавательная и коммуникативная активность. Они с трудом овладевают навыками самообслуживания.

В дошкольном возрасте дети предпочитают подвижные и нецеленаправленные игры. Игры характеризуются стереотипностью, подражательностью, простыми бытовыми сюжетами. Эмоциональная сфера развита недостаточно, с низкой способностью к дифференцированию высших эмоций. Познавательная активность таких детей очень низкая. Произвольные процессы формируются медленно.

В школьном возрасте дети значительно отстают в познавательном

развитии от сверстников, что находит отражение прежде всего в особенностях учебной деятельности и поведении. Клиническая картина умственной отсталости становится все более полиморфной, но на первый план выходят интеллектуальные проблемы. Интеллектуальная недостаточность наиболее ярко себя проявляет с началом обучения в школе (7 — 8 лет). Недостаточная способность к отвлеченному мышлению находит свое отражение в слабости предпосылок интеллекта, в частности внимания, памяти, психической работоспособности.

Поврежденное психическое развитие – деменция. Деменция (слабоумие) – приобретенное необратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок, проявляющееся в ослаблении познавательных способностей, обеднении чувств и изменении поведения.

Приобретенное слабоумие вызывается болезнями или повреждением головного мозга. После трех лет умственная отсталость развивается в результате травм головного мозга, менингитов, энцефалитов, интоксикаций. Происходит распад уже сформировавшихся психических функций. Интеллектуальный дефект при слабоумии также необратим. В отличие от олигофрении наряду с выраженными нарушениями может наблюдаться сохранность тех или иных функций. У детей с эпилепсией, шизофренией при прогрессировании заболеваний умственная отсталость усугубляется, появляются специфические особенности эмоциональной, волевой сферы и личности в целом.

Органическая деменция возникает в результате органического поражения головного мозга инфекционного, травматического, токсического и другого генеза, а также как следствие текущего органического заболевания головного мозга (наследственно - дегенеративные заболевания, нейроревматизм, токсоплазмоз и др.). При этой форме деменции интеллектуальная недостаточность сопровождается характерными аффективными и волевыми нарушениями. Клиническая картина зависит от возраста, в котором началось заболевание.

Эпилептическая деменция проявляется нарушениями в познавательной сфере, эмоционально-волевой сфере и в личности в целом, а именно:

- ✓ сужением круга интересов;
- ✓ общей тугоподвижностью, инертностью психических процессов;
- ✓ патологической обстоятельностью мышления, застреванием на второстепенных деталях;
- ✓ своеобразными расстройствами памяти с лучшим сохранением в памяти событий, касающихся личных интересов;
- ✓ эмоциональной вязкостью, т.е. склонностью к длительной фиксации на эмоционально окрашенных переживаниях, особенно отрицательных;
- ✓ злопамятностью, мстительностью и одновременно слащавостью, употреблением уменьшительно-ласкательных суффиксов в словах;

- ✓ аффективной взрывчатостью;
- ✓ угрюмостью, резкой раздражительностью;
- ✓ склонностью к агрессии;
- ✓ нарушениями влечений (повышенная сексуальность, садистические тенденции и др.).

Шизофреническая деменция характеризуется резким снижением психической активности и уровня побуждений, аутизацией, диспропорцией между запасом знаний и возможностью их использовать, эмоциональной опустошенностью. При прогрессивном течении заболевания наступают распад навыков и полная социальная дезадаптация. В свою очередь, отсутствие мотивации, интереса к окружающему определяют невозможность усвоения новых знаний и навыков, что является причиной формирования интеллектуальной недостаточности.

Все лица с умственной отсталостью независимо от степени выраженности относятся к категории «обучающийся с ОВЗ».

Профессиональная ориентация

При профориентации и, в частности, при подборе соответствующего вида трудовой деятельности необходимо учитывать не только выраженность интеллектуальных нарушений, но и тип дефекта психики.

Успешность профессиональной, как и всякой другой, деятельности определяется не только уровнем развития интеллекта, но и степенью мотивированности, эмоциональными реакциями, возможностью волевого контроля поведения, личностными проявлениями, энергетическим потенциалом и рядом клинико-социальных данных, которые определяются типом психического дефекта.

Наиболее благоприятный трудовой прогноз отмечается у лиц с легкой умственной отсталостью и с основным типом дефекта психики. Их отличает эмоциональная устойчивость, уравновешенность и отсутствие сопутствующих заболеваний. Они проявляют высокие возможности восприятия, высокую концентрацию внимания, хорошую работоспособность. У них легко формируются общественно ценные потребности и интересы, навыки адекватного поведения и отношения к жизненным обстоятельствам. В период обучения они нуждаются в руководстве и помощи. Трудовые навыки у них формируются постепенно, но по мере освоения несложных профессий и видов физического труда (с умеренным, а в некоторых случаях даже значительным физическим напряжением), они хорошо адаптируются к условиям обычного производства и могут работать в течение нормированного рабочего дня с полной нагрузкой, легко приспосабливаясь к необходимости длительной работы.

При трудоустройстве лица с легкой умственной отсталостью и с основным типом дефекта психики признаются трудоспособными, могут выполнять ручные, швейные, сапожные, мелкие слесарные, столярные, плотничные работы, а также подсобный труд на производстве. Наиболее оптимальной для них является групповая форма организации труда (звено,

бригада) с участием здоровых работников. В этих случаях положительное влияние оказывает рабочая группа, создающая условия для взаимопонимания, выработки адекватных трудовых навыков, стимулирования интереса к труду. Трудовая адаптация лиц с легкой интеллектуальной недостаточностью и с основным типом дефекта психики бывает затруднена только при длительном отрыве от трудовой деятельности в связи с обострением болезни, также при отсутствии трудовых навыков вследствие неправильного воспитания. В этих случаях целесообразной формой трудовой деятельности являются особо созданные условия как этап реабилитации. В целях облегчения трудовой адаптации им рекомендуется выполнение однообразных трудовых операций, не требующих быстрого переключения внимания и самостоятельного планирования. В результате выполнения привычных действий происходит формирование трудового стереотипа, использование которого облегчает процесс трудового приспособления.

Лица с умеренной умственной отсталостью, чертами торпидности в эмоционально-волевой сфере или со сложным типом дефекта имеют наименее благоприятный прогноз трудоспособности и нетрудоспособны в обычных производственных условиях. Особенности нарушений психической деятельности снижают их возможности к адаптации и препятствуют формированию устойчивого трудового стереотипа.

Направления профориентационной работы в образовательной организации

1. Информационно-ознакомительное:

предоставление информации обучающимся с ограниченными возможностями здоровья и их семьям о различных сферах профессиональной деятельности, актуальных и перспективных профессиях, возможностях получения профессионального образования, а также об источниках информации, способствующих профессиональному самоопределению.

2. Активизация:

включение в образовательный и воспитательный процессы профориентационных и ролевых игр, социально-психологических занятий с элементами тренинга, практико-ориентированных проектов, дискуссий, мастер-классов, направленных на самопознание и изучение окружающей среды.

3. Развитие:

включение в процесс профессионального самоопределения имитационной профессиональной деятельности, которая способствует развитию и укреплению необходимых компетенций для успешной трудовой деятельности (занятия в кружках, студиях дополнительного образования, профессиональные пробы, участие в конкурсах и чемпионатах, включая конкурсы профессионального мастерства).

4. Диагностика и консультация:

соотнесение интересов, склонностей, способностей и личностных психофизиологических особенностей обучающихся с определёнными профессиями, формирование у обучающегося и его семьи адекватной оценки психофизиологических особенностей и состояния здоровья, учёт медицинских показаний при выборе профессии.

Построение профессиональной траектории для лиц с инвалидностью и ОВЗ

Алгоритм построения профессиональной траектории для обучающегося с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) включает следующие этапы:

1. Определение целей: определение конечной точки, к которой стремится обучающийся, и промежуточных результатов на каждом этапе пути.

2. Установление временных рамок: определение сроков достижения целей, что мотивирует обучающегося к активности и продуктивной деятельности.

3. Определение конкретных действий: составление списка мероприятий, задач и событий, которые необходимо выполнить для достижения поставленных целей.

4. Обеспечение поддержки: предоставление обучающемуся наставника, руководителя или единомышленника, который будет сопровождать его на протяжении всего пути и помогать в трудных ситуациях.

5. Мониторинг и контроль: постоянное отслеживание прогресса и сравнение промежуточных результатов с запланированными, что позволяет корректировать маршрут развития при необходимости.

6. Оценка результатов: определение степени достижения поставленных целей, сравнение полученных результатов с ожидаемыми или эталонными показателями.

Траектория профессионального самоопределения для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью должна состоять из трёх ключевых компонентов:

1. «Знаю» — развитие представлений о профессиональной деятельности, получение знаний о разных профессиях, их особенностях и требованиях к кандидатам.

2. «Хочу» — развитие субъективных отношений, прогнозирование собственной деятельности в профессиональной сфере, определение своих потребностей и желаний в отношении будущей профессии.

3. «Могу» — развитие индивидуальных технологий деятельности, освоение навыков и умений, необходимых для успешного выполнения профессиональных задач, а также адаптация к изменяющимся условиям и требованиям рынка труда.

Деятельность образовательной организации, занимающейся профессиональным самоопределением учеников с ограниченными возможностями здоровья, состоит из трёх этапов:

1. Пропедевтический этап. На этом этапе формируются знания об особенностях ученика, его способностях и возможностях.

2. Формирующий и прогностический этап. Здесь происходит создание индивидуальной образовательной траектории ученика, адаптированной программы обучения и плана профориентационной работы.

3. Оперативный этап. Этот этап включает организационно-педагогическую деятельность, обеспечивающую продвижение ученика с ограниченными возможностями здоровья по его индивидуальной образовательной траектории.

Характеристика технологий организационно-педагогического сопровождения

Важнейшими направлениями организационно-педагогического сопровождения профессионального самоопределения инвалидов и/или лиц с ОВЗ являются:

– профессиональное информирование — ознакомление обучающихся с современными видами производства, состоянием рынка труда, содержанием и перспективами развития рынка профессий, формами и условиями их освоения, требованиями, предъявляемыми профессиями к человеку, возможностями профессионально-квалификационного роста и самосовершенствования в процессе трудовой деятельности;

– профессиональная консультация — оказание помощи человеку в профессиональном самоопределении в целях принятия осознанного решения о выборе профессионального пути с учетом его психологических особенностей и возможностей, а также потребностей общества;

– профессиональный подбор — предоставление человеку рекомендаций о возможных направлениях профессиональной деятельности, наиболее соответствующих его психологическим, психофизиологическим, физиологическим особенностям, на основе результатов психологической, психофизиологической и медицинской диагностики;

– профессиональный отбор — определение степени профессиональной пригодности человека к конкретной профессии (рабочему месту, должности) в соответствии с нормативными требованиями;

– профессиональная, производственная и социальная адаптация — система мер, способствующих профессиональному становлению работника, формированию у него соответствующих социальных и профессиональных качеств, установок и потребностей, направленных на активный творческий труд, достижение высшего уровня профессионализма.

Профессиональное информирование

Информационная функция профессионального сопровождения предполагает информирование о мире профессий в целом, о конкретных профессиях, специальностях определенного типа деятельности, а также

предоставление сведений справочного характера о профессиональных учебных заведениях, условиях поступления и обучения в них.

Профессиональное информирование инвалидов и лиц с ОВЗ, родителей (законных представителей) обучающихся может осуществляться в двух формах, таких как: пассивное информирование, активное информирование.

Информирование обучающихся

Пассивное информирование:

- через размещение информации на сайтах, в социальных сетях, на информационных стендах в организациях, в буклетах, листовках, в СМИ;
- профориентационные беседы, лекции и мини-лекции в рамках образовательного процесса;
- встречи со специалистами по профориентации, представителями работодателя;
- просмотр с комментированием специальных фильмов о профессиях, людях труда, ситуации на рынке труда;
- посещение информационных мероприятий (ярмарки профессий, ярмарки вакансий, дни открытых дверей организаций профессионального образования и др.);
- посещение виртуальных экскурсий на предприятия и в учреждения;
- сочинения и эссе о будущей профессии;
- ориентационные элективные курсы;
- участие школьников и студентов в оформлении профориентационных контентов сайтов образовательных организаций;
- чтение специальной литературы;
- использование потенциала профессионального просвещения на учебных предметах, классных часах и т. д.;
- самостоятельное ведение портфолио.

Активное информирование:

- экскурсии на предприятия, в мастерские профессиональных образовательных организаций;
- имитационная деятельность (ролевые и деловые игры по профориентации);
- профессиональные пробы;
- профессиональное моделирование;
- практическая подготовка;
- занятия в центре занятости населения;
- профессиональные тематические недели в образовательных организациях;
- профессиональные конкурсы;
- внеклассная проектно-исследовательская деятельность по изучению мира профессий;
- мастер-классы носителей профессии;
- игровое моделирование жизненных ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью.

Информирование родителей (законных представителей)

Работа с родителями (законными представителями) — неотъемлемая часть реализации основных форм трудового и профессионального ориентирования обучающихся с инвалидностью и лиц с ОВЗ.

Одной из основных форм работы в рамках профессиональной ориентации является взаимодействие с семьей обучающегося на всех этапах профессионального самоопределения.

Основные направления:

1. Обсуждение возможных перспектив профессионального самоопределения обучающихся с инвалидностью и/или ОВЗ на родительских собраниях и при личных встречах (общие вопросы, связанные с выбором вариантов профессий, направлений профессиональной подготовки, местами получения профессионального образования выбранного направления).

2. Организация родительских лекториев по вопросам профориентации.

3. Организация взаимодействия родителей (законных представителей) со специалистами (профориентологами, психологами, представителями профессиональных образовательных организаций, работодателями) по вопросам профессионального и личностного самоопределения обучающихся.

4. Групповая консультация с родителями (законными представителями). Носит информативный характер, ее цель — в активизации позиции родителей (законных представителей); усилении их ответственности за трудовое воспитание в семье; привлечении к участию в формировании осознанного профессионального выбора детьми; предоставлении информации о востребованных профессиях на рынке труда, перспективах развития рынка труда в стране, регионе, муниципалитете.

5. Индивидуальные беседы и консультации (при необходимости — с участием обучающегося). Цель индивидуальной консультации — повышение информированности родителей (законных представителей) о способностях, склонностях, интересах ребенка, а также (в случае необходимости) корректировка их позицию в соответствии с возможностями обучающегося, реальными условиями на предприятии, ситуацией на рынке труда и ее прогнозами.

6. Поддержка определенных контактов с семьей необходима для получения оперативной информации о сложностях, возникающих у обучающихся в период профессионального самоопределения. В индивидуальной работе с семьей необходимо уделить внимание сохранению положительных эмоциональных связей родителей (законных представителей) с обучающимися, поддержанию или становлению партнерских отношений между ними.

Профессиональное консультирование

Профессиональная консультация подразумевает оказание помощи инвалидам и людям с ограниченными возможностями здоровья в выборе подходящей профессии на основе анализа их индивидуальных особенностей,

возможностей и ограничений, а также соответствия этих характеристик требованиям выбранной профессии и ситуации на рынке труда.

Цель профессиональной консультации — стимулировать размышления о перспективах личностного и профессионального развития, предоставить ориентиры для оценки готовности к реализации профессиональных планов.

В образовательных организациях профессиональное консультирование проводят педагоги-психологи и социальные педагоги.

Важными аспектами профессионального консультирования являются диагностика и прогнозирование.

Диагностика предполагает сопоставление психофизиологических особенностей, состояния здоровья и профессиональных намерений человека на основе результатов психологической и медицинской диагностики.

Прогноз направлен на определение перспектив успешной реализации в выбранной профессии, профессионального подбора, профессионального отбора и определения профессиональной пригодности.

Психологическое консультирование людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья является наиболее комплексной формой профессиональной ориентации, включающей различные методы: беседы, лекции, профессиональную диагностику, активизирующие методы, разработку жизненных планов и перспектив профессионального роста, а также развивающие тренинги профориентационной направленности.

Консультации, направленные на профессиональное самоопределение обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, проводятся на протяжении всего периода обучения, при этом специфика консультаций может меняться в зависимости от этапа обучения.

Профессиональный подбор

Диагностика психологических особенностей обучающихся с инвалидностью и ОВЗ на ранних этапах профессионального самоопределения снижает вероятность ошибки при выборе ими будущей профессии. Для снижения риска психологической травматизации не следует при проведении профориентационной диагностики для обучающихся с инвалидностью и ОВЗ брать слишком широкий круг профессий; необходимо сузить их выбор до профессий, доступных для освоения этими обучающимися.

При выявлении профессиональных предпочтений обучающихся с инвалидностью и ОВЗ необходимо учитывать ряд факторов:

- скрытый характер некоторых профессионально важных качеств, проявляющихся только в деятельности;
- отсутствие внутренних критериев оценки собственной личности, способностей, успехов и неудач, ориентация в основном на внешние оценки;
- недостаточный уровень самосознания подростка, неустойчивость эмоционального состояния, неадекватная самооценка;
- недостаток жизненного опыта и достоверной информации о мире профессий и рынке труда.

Исходя из того, что обучающиеся с инвалидностью и ОВЗ в условиях инклюзивного образования учатся вместе со сверстниками, не имеющими ограничений по здоровью, профориентационная работа обычно проводится со всей группой.

Следует учитывать специфику заболеваний обучающихся, давая им больше времени на работу, помогая при объяснении инструкции, а также при обработке, интерпретации результатов диагностики.

Ниже представлен перечень методик для групповой формы профессиональной ориентации обучающихся с инвалидностью и ОВЗ в старших классах общеобразовательных школ и на первых курсах профессиональных образовательных организаций, отобранные и разработанные с учетом различных ограничений по здоровью обучающихся. Эти методики объединяют компактность, информативность, простота в обработке, понятная обучающимся интерпретация.

Работа с методиками основана на потребности подростка в самопознании и саморазвитии, поэтому предполагает отказ от директивных методов консультирования, блокирующих потребность в профессиональном и личностном самоопределении.

| Название методики | Автор |
|--|--|
| Методики оценивания профессиональных интересов и склонностей обучающихся с инвалидностью и ОВЗ | |
| Методика «Мои профессиональные интересы» | Г. В. Резапкина |
| Методика «Профессиональные склонности» | Г. В. Резапкина |
| Методика «Определение профессионального типа личности» | Г. В. Резапкина |
| Диагностика мыслительных способностей и особенностей мышления | |
| Методика «Опросник типа мышления» | Г. В. Резапкина |
| Методика «Интеллектуальная лабильность» | С. Н. Костромина |
| Методика «Определение технических способностей» | Из теста механической понятливости Беннета |
| Методики для диагностики личностных особенностей обучающихся с инвалидностью и ОВЗ | |
| Тест эмоций | Модифицированная методика Басса — Дарки |
| Анкета здоровья (опросник вегетативной лабильности) | Г. В. Резапкина |
| Оценка учебно-профессиональной мотивации | Г. В. Резапкина |

Обобщенные результаты диагностики анализируются психологом совместно с обучающимся с инвалидностью и ОВЗ в ходе индивидуальной консультации, доводятся до родителей (законных представителей).

Профессиональный отбор

Под профессиональным отбором понимается система средств, обеспечивающих прогностическую оценку взаимосоответствия человека и профессии в гигиенических, микроклиматических, технических, социально-психологических видах деятельности.

Конкретные нормативные характеристики профессии позволяют врачам, психологам, физиологам подбирать, разрабатывать и адаптировать методы, строить процедуру отбора и проводить диагностику кандидата на его соответствие конкретной профессиональной деятельности.

В данных методических рекомендациях мы будем рассматривать профессиональный отбор как специально организованные условия краткосрочного погружения человека во взаимодействие с предполагаемой профессиональной деятельностью с целью определения соответствия его желаний и возможностей последующему овладению выбранной профессиональной деятельностью и ведению ее. В качестве краткосрочного погружения обучающихся с инвалидностью и ОВЗ в процесс взаимодействия с профессией можно рассматривать специально организованные профессиональные пробы, программы дополнительного образования, волонтерские практики, чемпионат профессионального мастерства «Абилимпикс», иные мероприятия.

Профессиональные пробы обучающихся с инвалидностью и ОВЗ

Профессиональные пробы следует рассматривать как профессиональное испытание, моделирующее элементы какой-либо профессии. Обучающиеся с инвалидностью и ОВЗ имеют возможность на практике получить необходимые знания о различных видах профессиональной деятельности.

С помощью профессиональных проб можно диагностировать совместимость желаний и возможностей заниматься данным видом профессиональной деятельности для обучающихся с инвалидностью и ОВЗ.

Как известно, нередко наблюдаются противоречия между профессиональным выбором у инвалидов и лиц с ОВЗ и возможностями по состоянию здоровья в связи с особенностями нарушений в каждой нозологической группе. Достаточно сложно найти средства, способствующие их оптимальному профессиональному самоопределению в процессе профессиональной ориентации. В этой связи именно профессиональная проба представляется важной составляющей профориентации и социализации инвалидов и лиц с ОВЗ. В процессе профессиональных проб развивается интерес к конкретной профессиональной деятельности, проверяется готовность к самостоятельному, сознательному и обоснованному выбору профессии.

Особенности профессиональных проб включают:

1. Диагностический характер, при котором на каждом этапе пробы проводится оценка общих и специфических профессиональных качеств.

2. Получение завершённого продукта деятельности и выполнение функций специалиста в результате каждого этапа и итога пробы.

3. Формирование у учащихся целостного представления о конкретной профессии, группе смежных профессий и отрасли, которую они представляют.

4. Развитие интересов, склонностей, способностей и важных профессиональных качеств личности учащегося благодаря постепенному усложнению практических заданий пробы в соответствии с уровнем подготовки учащегося и включению элементов творчества и самостоятельности в процесс.

5. Профессиональная проба выступает как системообразующий фактор формирования готовности учащегося к выбору профессии, интегрируя знания о профессиях, психологических особенностях работы специалистов и практическую проверку индивидуальных психологических качеств и отношения к профессиональной сфере.

Цель проведения профессиональных проб заключается в поддержке и социализации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, а также в содействии раннему профилированию и профессиональному самоопределению на основе практического погружения в деятельность.

Основные задачи организации профессиональных проб включают:

- ознакомление с особенностями профессий под руководством преподавателя;

- получение теоретических и практических знаний о специфике работы;

- изучение типичных видов деятельности и социальных аспектов трудоустройства, связанных с выбранной профессией (освоение практических приёмов и операций);

- ознакомление с личностными и профессиональными требованиями, необходимыми для успешной работы в выбранной профессии.

Планируемые результаты:

По итогам выполнения профессиональных проб обучающиеся должны иметь представление:

- о содержании, характере труда в определенной сфере деятельности, требованиях, предъявляемых к личностным и профессиональным качествам специалиста;

- специфике и характере выполняемой работы; правилах безопасности труда, санитарии, гигиены;

- основных материалах, инструментах, оборудовании, используемых в профессии, и правилах их применения на примере профессиональной пробы.

Региональный чемпионат по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс»

В 2014 году в Москве был дан старт Международному чемпионатному движению по профессиональному мастерству «Абилимпикс». Ненецкий автономный округ присоединился к движению «Абилимпикс» в 2018 году.

Основная цель конкурсов «Абилимпикс» в России - обеспечение эффективной профессиональной ориентации и мотивации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) к получению профессионального образования, содействие их трудоустройству и социокультурной инклюзии в обществе.

Региональный чемпионат по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс» (далее – Чемпионат) в 2024 году проходит в период с 15 по 19 апреля (5 дней). Соревновательная программа Чемпионата проводится по трем категориям:

- «школьники» - обучающиеся общеобразовательных организаций в возрасте от 14 лет (с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью);
- «студенты» - обучающиеся профессиональных образовательных организаций, имеющие статус инвалида;
- «специалисты» - совершеннолетние граждане, имеющие статус инвалида.

Впервые в рамках Чемпионата будет проводиться «Фестиваль возможностей» и «Фестиваль профессий».

«Фестиваль возможностей» - фестиваль для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), имеющих тяжелые и/или множественные нарушения развития, в том числе интеллектуальные нарушения, проводимый в рамках соревновательной программы чемпионатов «Абилимпикс».

«Фестиваль профессий» проводится среди детей с ОВЗ и инвалидностью в возрастной категории до 13 лет включительно с целью формирования у детей дошкольного и школьного возраста с инвалидностью и ОВЗ положительного эмоционального отношения к миру профессий, предоставления им возможности использовать свои силы в доступных видах деятельности и получать положительный опыт успешной социализации в адаптированной профессиональной деятельности.

Профессиональная, производственная и социальная адаптация

Под профессиональной адаптацией понимают систему специально организованных мер, способствующих профессиональному становлению работника, формированию у него соответствующих социальных и профессиональных качеств, установок и потребности в активном творческом труде, достижению высшего уровня профессионализма.

Следует различать социальную и профессиональную адаптацию. Социальная адаптация молодого сотрудника с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья — это процесс его погружения в

систему межличностных взаимоотношений трудового коллектива, освоения корпоративных норм и традиций, ценностных ориентиров и интересов этого коллектива. Важным фактором социальной адаптации на рабочем месте является принятие работником содержания профессиональных и функциональных обязанностей, производственных требований, режима труда, особенностей рабочего места.

Период социальной адаптации молодых инвалидов составляет три года. Важно правильно организовать сопровождение нового сотрудника на предприятии, учитывая специфику его психофизиологических особенностей. Необходимо сразу выделить молодому инвалиду и/или лицу с ограниченными возможностями здоровья опытного наставника из числа сотрудников, обладающих необходимыми личностными качествами (терпение, коммуникабельность, толерантность). В первые десять дней наставник проводит с молодым сотрудником беседы об истории и традициях предприятия; знакомит его с организационной структурой и производственными задачами подразделения; разъясняет правила внутреннего трудового распорядка, порядка получения инструмента и спецодежды, системы начисления заработной платы и премиальных вознаграждений, льгот для молодых рабочих; организует экскурсии по территории предприятия (ознакомление с расположением служб, бытовых помещений, рабочих мест, пунктов общественного питания и медицинского обслуживания); представляет новичка трудовому коллективу.

Второй этап адаптации (социально-профессиональной) длится около шести месяцев. Это период освоения профессии, в течение которого сотрудник изучает технологический процесс, налаживает производственные контакты с членами коллектива, приспосабливается к требованиям производственной дисциплины, включается в общественную жизнь подразделения. Завершается адаптация сотрудника тогда, когда он сможет самостоятельно выполнять работу на основе полученных знаний и навыков. Важно, чтобы на протяжении всего периода адаптации рядом с молодым сотрудником находился наставник.

В период адаптации выпускнику с инвалидностью и ОВЗ может помочь специалист образовательной организации, владеющий информацией о специфике и особенностях психофизиологии выпускника (информирование и консультирование работодателя о специфике построения коммуникации и деловых взаимоотношений с молодым сотрудником с учетом его особенностей; проведение информационно-разъяснительной работы с сотрудниками предприятия о специфике взаимодействия с лицами, имеющими различные нозологические особенности; эмоциональная и психологическая поддержка и патронаж выпускников, обратившихся за помощью в организацию).

Важно, чтобы до наступления периода трудовой деятельности молодой инвалид был проинформирован о возможных местах оказания необходимой консультационной и иной помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Квалифицированная помощь в выборе профессии и планировании карьеры — важный аспект социальной адаптации обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья.

При организации работы по профессиональному самоопределению обучающихся следует помнить, что:

- профессиональное сопровождение обучающихся с инвалидностью и ОВЗ необходимо осуществлять комплексно;

- методический инструментарий для определения особенностей обучающихся, выбирающих профессию, должен быть адаптирован к возможностям подростка с инвалидностью и ОВЗ;

- важно на протяжении всего периода сопровождения профессионального самоопределения проводить рефлексию, корректируя профессиональные планы обучающегося с учетом изменяющихся условий и возможностей обучающегося;

- на основе корректировки планов профессионального самоопределения целесообразно проводить психолого-педагогическую работу по воспитанию качеств, необходимых для овладения той или иной профессией.

Глоссарий

Готовность к профессиональному самоопределению (ГПС) - способность человека быть субъектом своих выборов: самостоятельно формировать и корректировать свою образовательно-профессиональную траекторию, учитывая смысловую и инструментальную стороны профессионального самоопределения.

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 образовательно-профессиональная траектория - путь освоения универсальных и профессиональных компетенций, формируемых обучающимися совместно с педагогами-навигаторами через использование возможностей образовательной среды.

Карьера - траектория развития человека в рамках профессиональной деятельности. Представляет собой последовательность образовательных и профессиональных событий, которые проходит человек от начала трудовой деятельности до ее завершения.

Карьерная грамотность - способность использовать знания, умения и навыки для решения задач профессионального самоопределения (инструментальная сторона профессионального самоопределения), например, знания об устройстве рынков труда и возможностях профессионального образования, навыки работы с образовательными ресурсами, навыки постановки карьерных целей и т.д.

Компетенция - комплексная способность, обеспечивающая готовность человека к решению той или иной группы профессиональных задач (профессиональная компетенция) или задач надпрофессионального либо внепрофессионального характера (универсальная компетенция).

Мероприятия по профессиональному выбору - профориентационные практические мероприятия разных видов, предусматривающие включение работы наставника: например, профессиональные пробы, профориентационные экскурсии, мультимедийные выставки и т.д.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией (далее - ПМПК) и препятствующие получению образования без создания специальных условий.

Профессиональный выбор - решение, затрагивающее ближайшую жизненную перспективу обучающегося (в отличие от профессионального самоопределения).

Профессиональная консультация - оказание помощи человеку в профессиональном самоопределении с целью принятия осознанного решения о выборе профессионального пути с учетом его психологических особенностей и возможностей, а также потребностей общества.

Профессиональная ориентация — это комплекс специальных мер в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости гражданина с учетом его потребностей, индивидуальных особенностей и возможностей, а также востребованности профессии (специальности) на рынке труда.

Профессиональная ориентация (профпросвещение, профдиагностика, профконсультация, профпробация) - это образовательный подпроцесс, направленный на развитие и формирование культуры профессионального самоопределения.

Профессиональный отбор - определение степени профессиональной пригодности человека к конкретной профессии (рабочему месту, должности) в соответствии с нормативными требованиями.

Профессиональный подбор - предоставление рекомендаций человеку о возможных направлениях профессиональной деятельности, наиболее соответствующих его психологическим, психофизиологическим, физиологическим особенностям, на основе результатов психологической, психофизиологической и медицинской диагностики

Профессиональное самоопределение - процесс и результат:

1) выявления, уточнения и утверждения человеком собственной позиции в профессионально-трудовой сфере посредством согласования индивидуальных возможностей, личных стремлений, смыслов и внешних вызовов (смысловая сторона профессионального самоопределения);

2) овладения необходимым для этого инструментарием: знаниями, умениями, навыками, опытом, компетенциями (инструментальная сторона профессионального самоопределения).

Образец профессиональной пробы

Профессиональная среда: деловая

Наименование профессионального направления: бухгалтер
(начисление заработной платы)

Автор программы: Шибалова Евгения Олеговна, преподаватель ГБПОУ
НАО «Ненецкий аграрно-экономический техникум имени В.Г. Волкова».
Контакты автора: 8(81853) 4-69-00.

| Вид | Формат проведения | Время проведения | Возрастная категория | Доступность для участников с ОВЗ |
|---------|-------------------|------------------|----------------------|--|
| Базовый | Очный | 90 минут | 8-9/10-11 классы | Нарушения слуха: глухие, слабослышащие |

II. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

Введение (10 мин)

1. Краткое описание профессионального направления.

Бухгалтер осуществляет свою профессиональную деятельность по различным участкам бухгалтерского учета. Фиксирует состав и источники хозяйственных средств, их движение. Ведет учет основных средств, товарно-материальных ценностей, затрат на производство, реализации продукции, результатов финансово-хозяйственной деятельности, расчетов с поставщиками и заказчиками и т.п. Осуществляет прием, контроль первичной документации по соответствующим участкам учета, обрабатывает ее вручную или с помощью специальных компьютерных программ. Формирует документированную систематизированную информацию об объектах бухгалтерского учета в соответствии с законодательством Российской Федерации. Составляет бухгалтерскую (финансовую) отчетность, раскрывающую информацию о финансовом положении экономического субъекта на отчетную дату, финансовом результате его деятельности и движении денежных средств за отчетный период, необходимую пользователям этой отчетности для принятия экономических решений.

2. Место и перспективы профессионального направления в современной экономике региона, страны, мира.

Любые государственные организации различных отраслей (промышленность, строительство, сельское хозяйство, сфера услуг и т.д.). Предприятия малого и среднего бизнеса. Финансовые организации: налоговые инспекции, страховые агентства, пенсионные фонды. Банки, инвестиционные фонды.

3. Необходимые навыки и знания для овладения профессией.

Предметные:

знать виды налогов и их назначения;

уметь грамотно оформить документацию и выполнить простейшие операции.

Метапредметные:

уметь анализировать и делать выводы по основным показателям;
умение сравнивать полученный результат с реальным;
уметь работать с компьютером для достижения своих целей

Личностные:

уметь соотносить свои индивидуальные способности с профессиональными требованиями;
готовность и способность к саморазвитию и личностному самоопределению;
формирование личностных качеств, таких как ответственность, аккуратность, терпение, честность.

4. 1-2 интересных факта о профессиональном направлении.

Прапрапрапрапрапрадедушка современной бухгалтерии «жил» во времена неандертальцев. Древние люди уже тогда вели счет событиям, животным, дням, делая зарубки на скалах, костях, дереве, а позже – делая узелки на веревках. А уже в Месопотамии и Древнем Египте для этих целей использовался папирус, глиняные таблички и бумага.

Первым официальным бухгалтером в мире является Христофор Штехер (XV век). Он работал делопроизводителем в Инсбрукской счетной палате, а после был назначен бухгалтером. К слову, бухгалтеры плодотворно работали и до XV века, просто назывались иначе – писцами.

5. Связь профессиональной пробы с реальной деятельностью. Профессия бухгалтера – одна из самых распространенных и востребованных, одна из важнейших профессий в экономике и бизнесе как во всем мире, так и в России. Это и не удивительно: ни одно предприятие невозможно представить без бухгалтера. Если не вести учет доходов и расходов, то порядка в организации не будет.

Постановка задачи (5 мин)

1. Постановка цели и задачи в рамках пробы. Цель: приобретение опыта в области бухгалтерского дела и оказание помощи учащимся в профессиональном самоопределении.

Задачи: выявление склонностей и способностей учащихся к выполнению работ, связанных с обработкой цифровой информации и оформлением документации с использованием счетно-вычислительной техники; пробуждение интереса к экономической сфере.

2. Демонстрация итогового результата, продукта. Умение правильно заполнить кассовый документ и расчет заработной платы работникам предприятия.

Выполнение задания (55 мин)

1. Подробная инструкция по выполнению задания:

Сегодня на уроке мы представим, что находимся в бухгалтерии одного из предприятий и вы – в роли бухгалтера. Попробуем начислить заработную плату сотрудникам этого предприятия.

Давайте посмотрим, какие данные нам понадобятся для этой работы. См. практическую работу № 1 (Приложение 1).

Оклад – размер денежной выплаты в составе заработной платы, который выплачивается работнику за выполнение нормы труда.

С каждого работающего сотрудника бухгалтер отчисляет налоги (походный налог – 13 %). Подоходный налог – основной вид прямых налогов. Исчисляется в процентах от совокупного дохода.

Необходимо рассчитать максимальный, минимальный и средний размер оплаты труда.

Практическая работа № 2 (Приложение 2):

Премия – одна из форм поощрения за выдающиеся результаты (20 %).

Доплата в районе Крайнего Севера (80 %).

Аванс – это заработная плата за первую половину месяца. В идеале размер аванса по заработной плате по ТК РФ 2019 составляет половину заработка сотрудника за месяц, т.е. 50 %.

Учащиеся, работая с Приложениями 1 и 2, работают в программе Microsoft Excel, составляют таблицы, ведут расчеты.

2. Рекомендации для наставника по организации процесса выполнения задания. Ознакомить с методическими указаниями по выполнению работы, определить последовательность действий, методов и приемов выполнения работы.

Контроль, оценка и рефлексия (20 мин)

1. Критерии успешного выполнения задания. Первичные бухгалтерские документы заполняются корректно, в полном объеме, содержат обязательные реквизиты, наименование и дату составления документа, наименование экономического субъекта, содержание хозяйственных операций, натуральное и/или денежное измерение операции с указанием единиц измерения, должности, ФИО и подписи совершивших сделку и/или ответственных за ее оформление.

2. Рекомендации для наставника по контролю результата, процедуре оценки. Оценивается правильность заполнения документов, корректность и полнота внесения указанных данных.

3. Вопросы для рефлексии учащихся. Учащиеся заполняют рефлексивный лист по вопросам:

| № | Вопросы | Мои ответы |
|----|---|------------|
| 1. | Какие положительные моменты в профессии ты увидел? | |
| 2. | Что ты можешь отнести к отрицательным моментам в этой профессии с твоей точки зрения? | |
| 3. | Чем занимается бухгалтер? | |
| 4. | Какие качества личности требуются для данной профессии? | |
| 5. | Пригодятся знания этой профессии тебе в жизни? | |

| | | |
|----|--|--|
| 6. | Выберешь для себя данный вид деятельности? | |
|----|--|--|

II. ИНФРАСТРУКТУРНЫЙ ЛИСТ

| Наименование | Рекомендуемые тех. характеристики с необходимыми примечаниями | Кол-во | На группу/ на 1 чел. |
|--|---|--------|-------------------------|
| Оборудование и технические средства обучения | | | |
| Персональный компьютер в сборе | На 1 рабочее место | 8 | На чел. |
| Офисный стол | На 1 рабочее место | 8 | На чел. |
| Компьютерный стул | На 1 рабочее место | 8 | На чел. |
| Интерактивная панель | | 1 | На группу |
| Принтер | | 1 | На группу |
| Маркерная доска | | 1 | На группу |
| Презентер | | 1 | На группу |
| Программное обеспечение | | | |
| MicrosoftWindows 10 Professional | На 1 рабочее место | 13 | На чел. |
| ПО Adobe Reader DC | На 1 рабочее место | 13 | На чел. |
| Архиватор WinRAR | На 1 рабочее место | 13 | На чел. |
| MicrosoftOffice 2019 | На 1 рабочее место | 13 | На чел. |

IV. ПРИЛОЖЕНИЕ И ДОПОЛНЕНИЯ

| Ссылка | Комментарий |
|---|---|
| https://www.book.ru/book/920741 | Бухгалтерский финансовый учет: учебное пособие / В.Г. Ширококов |
| https://www.book.ru/book/930191 | Бухгалтерский учет. Экспресс-курс |
| https://www.book.ru/book/930708/ | Основы калькуляции и учета, учебное пособие |
| http://www.buh.ru/ | Форум для бухгалтеров |
| http://www.sovbuh.ru\ | Издательский дом «Советник бухгалтера» |

Приложение 1. Практическая работа «Начисление заработной платы»
Задание: постройте таблицу и произведите расчет.

| № | ФИО сотрудника | Оклад | Подходный налог (13 %) | Сумма к выдаче |
|-----|------------------|-------|---------------------------|----------------|
| 1. | Иванов С.А. | 5600 | | |
| 2. | Петров К.Р. | 7200 | | |
| 3. | Сидоров Н.Ю. | 5450 | | |
| 4. | Васечкина Л.С. | 6300 | | |
| 5. | Трифопова Е.О. | 8620 | | |
| 6. | Попков А.Д. | 7950 | | |
| 7. | Ковриков Д.Ю. | 4380 | | |
| 8. | Мышкин Л.П. | 9325 | | |
| 9. | Мониторенко И.О. | 5763 | | |
| 10. | Модемович А.И. | 7352 | | |
| | | | Максимальная сумма | |
| | | | Минимальная сумма | |
| | | | Средняя сумма | |

Приложение 2. Практическая работа 2 «Заработная плата сотрудников»
Задание: создать таблицу и произведите все необходимые расчеты.

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|---|-----------------|-------|--------|----------|-----------|-------|-----------------|----------|----------|
| Ведомость начисления заработной платы за сентябрь месяц | | | | | | | | | |
| | ФИО сотрудника | Оклад | Премия | До-плата | Начислено | Аванс | Подходный налог | Удержано | К выдаче |
| 1 | Арбузов Е.О | 900 | | | | | | | |
| 2 | Бананина К.И | 950 | | | | | | | |
| 3 | Виноградова С.К | 1150 | | | | | | | |
| 4 | Картошкин Т.Р | 1500 | | | | | | | |
| 5 | Огурцова Т.И. | 1800 | | | | | | | |
| 6 | Свеколкин М.А. | 2000 | | | | | | | |
| 7 | Тыквин Р.О. | 2300 | | | | | | | |
| 8 | Укропов Л.Н. | 2800 | | | | | | | |
| 9 | Хренников О.Л. | 3000 | | | | | | | |
| 10 | Яблочкина Я.С | 3500 | | | | | | | |

1. Посчитайте размер премии, если она составляет 20 % от оклада.
2. Произведите расчет в столбце D3, если доплата за работу в районе, Крайнего севера составляет 80 %.
3. Аванс за месяц выдали каждому сотруднику 50 % от оклада.
4. Подходный налог удерживается 13 % от начисленной суммы.