



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ  
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

## П Р И К А З

14.05.2020

№ 441

г. Тирасполь

Об утверждении Методических рекомендаций  
«Организация профориентационной работы обучающихся с  
ограниченными возможностями здоровья в организациях образования  
Приднестровской Молдавской Республики»

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 27 июня 2003 года № 294-3-III «Об образовании» (САЗ 03-26) в действующей редакции, Законом Приднестровской Молдавской Республики от 10 февраля 2005 года № 529-3-III «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» (САЗ 05-7) в действующей редакции, Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 26 мая 2017 года № 113 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-23) с изменениями и дополнениями, внесенными Постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 9 ноября 2017 года № 307 (САЗ 17-46), от 25 января 2018 года № 22 (САЗ 18-5), от 10 сентября 2018 года № 306 (САЗ 18-37), от 23 октября 2019 года № 380 (САЗ 19-41), от 6 апреля 2020 года № 102 (САЗ 20-15), в целях совершенствования работы по профессиональной подготовке лиц с ограниченными возможностями здоровья

приказываю:

1. Утвердить Методические рекомендации «Организация профориентационной работы обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в организациях образования Приднестровской Молдавской Республики» согласно Приложению к настоящему Приказу.
2. Начальникам управлений народного образования городов и районов республики, директорам государственных организаций общего образования руководствоваться данным Приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Министр

А.Н. Николук

Методические рекомендации  
«Организация профориентационной работы обучающихся  
с ограниченными возможностями здоровья в организациях образования  
Приднестровской Молдавской Республики»

1. Основные положения

1. Профессиональная ориентация обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) - это научно обоснованный выбор трудового пути личности, общественно необходимой профессии, наиболее соответствующей их индивидуальным возможностям, интересам, мотивам обучающихся. Если для здорового человека профориентация заключается в достижении максимальной эффективности его труда, успешности профессиональной деятельности, то в отношении лиц с ОВЗ и инвалидов она, кроме того, предусматривает адаптацию их к трудовой деятельности при минимальной напряженности функциональных систем организма.

Выбор профессии весьма сложный и порой долгий мотивационный процесс. Особенно трудно он дается людям с ограниченными возможностями. Причем, выбор профессии является достаточно сложным и напряженным этапом не только для самих молодых людей, но и для их родных и близких, в частности родителей (законных представителей). Проблемой профориентации молодых инвалидов в разное время занимались такие ученые, как А.А. Дыскин, А.Г. Литвак, А.М. Щербакова, В.П. Ермаков, Ф.С. Исмагилова и другие.

Профориентация лиц с ОВЗ и инвалидов требует комплексного клинико-психофизиологического подхода и предполагает участие специалистов разного профиля. В компетенцию специалистов медиков входит установление абсолютных противопоказаний к определенному кругу профессий, обусловленных характером и объемом патологического процесса.

Профориентационной работе должно предшествовать ознакомление с результатами психодиагностики и медицинской диагностики, имеющимися в личном деле обучающегося, а также учитываться специфика его основного нарушения.

2. Диапазон различий в развитии детей и подростков с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до

обучающихся с необратимым, тяжелым поражением центральной нервной системы. Все эти особенности осложняют профориентационную работу с данными группами школьников.

Можно выявить следующие проблемы, возникающие у обучающихся с ОВЗ:

а) не знают своих возможностей и ограничений, неадекватно себя оценивают;

б) не имеют достаточной информации о реальном производстве, о профессиях и их требованиях к работнику;

в) не имеют информации о возможностях профессиональной подготовки в данном регионе, о порядке и возможностях трудоустройства, о наиболее конкурентоспособных профессиях в регионе;

г) не имеют возможности проконсультироваться и получить помощь в планировании своей карьеры;

д) социально плохо адаптированы, не сформированы необходимые социальные навыки;

е) не активны, не сформирована готовность к труду и трудовая установка, инфантильны и имеют иждивенческую позицию по отношению к обществу.

Любой аспект коррекционно-воспитательной работы в организации образования, в том числе и профориентация, предполагает глубокое изучение состава обучающихся. Поэтому профессиональная ориентация немыслима без понимания их особенностей.

У большинства обучающихся с ограниченными возможностями здоровья заметно снижена работоспособность: они быстро утомляются, отвлекаются, недостаточно выносливы при физической нагрузке. Объясняется это не только недостатками физического развития, но и дефектами эмоционально-волевой сферы, в результате которых они неспособны проявить волевые усилия там, где требуется. Есть учащиеся с моторной недостаточностью. Движения у них скованны, медлительны. Самого пристального внимания требуют обучающиеся со значительным снижением умственного развития. Их можно признать непригодными к обучению профильному труду. А ведь именно у них отмечается целый ряд положительных качеств, на которые можно опереться: исполнительность, трудолюбие, терпение, они имеют большую психологическую выносливость, проявляющуюся в том, что ученик может переделывать работу до тех пор, пока не добьется нужного результата.

Профориентационная работа с ними должна строиться с учетом этих особенностей и быть направлена не столько на конкретную профориентацию, сколько на формирование психологической готовности к самостоятельной жизни, развитие у них социальной компетентности, развитие социальной активности, принятие на себя ответственности за собственное будущее, на трудовой образ жизни вообще.

3. Работа по профессиональному самоопределению подростков с ОВЗ должна носить «программирующий» характер, то есть подталкивать их к выбору доступной деятельности из тех, к которым они проявляют склонность.

Для того чтобы профессиональное самоопределение обучающихся с ОВЗ было успешным, важно развивать у них активное отношение к себе, своим возможностям в связи с осознанием важности и необходимости самоопределения и адекватного отношения к ситуации выбора профессии, основанного на осознании своих желаний и возможностей. Кроме этого, большую роль в успешной профессиональной ориентации играет фактор максимально адекватной оценки учащимися своих психофизиологических особенностей.

Для подростка с ОВЗ и жизнедеятельности правильность выбора сферы трудовой деятельности принципиально важна в силу ряда обстоятельств:

а) выбор в значительной мере взаимосвязан с характером течения заболевания, когда род и условия профессиональной деятельности могут оказать на него позитивное или негативное влияние;

б) возможность успешного включения обучающегося в систему трудовых отношений – один из основных механизмов социальной интеграции в целом, итоговая цель всего комплекса реабилитационных мероприятий;

в) сама возможность адекватного профессионального выбора затруднена из-за объективных ограничений видов профессиональной деятельности, в которых может проявить себя человек с отклонениями и нарушениями в развитии и в силу искаженных представлений о собственных возможностях.

Однако в Приднестровской Молдавской Республике длительное время решение вопросов содействия профессиональному самоопределению лиц с ОВЗ ограничивались лишь их обучением трудовым операциям в рамках определенной профессии. Не уделялось также должного внимания созданию условий для сознательного выбора и освоения той или иной профессии студентами с ограниченными возможностями здоровья.

Актуальность обозначенной проблемы вызвана отсутствием единой системы квалифицированной профессиональной ориентации и недостаточной разработанностью методики профессиональной подготовки детей с ОВЗ в рамках программы их комплексной реабилитации. Данная проблема в будущем создает трудности для целенаправленного трудоустройства лиц с ограниченными возможностями здоровья, что приводит к невостребованности данной категории населения на современном рынке труда, а также в целом резко снижает их интегративный потенциал.

4. Важной особенностью инклюзивного образования является то, что получение профессии для обучающегося с ОВЗ рассматривается не только как способ экономически обеспечить свое существование, но и факт

реализации своих способностей, доказательство своей «социальной полноценности», повышения своего социального статуса.

5. Среди наиболее распространенных проблем профессиональной реабилитации:

а) несоответствие профессиональных намерений обучающихся возможностям рынка труда, предприятий и конкретных работодателей по трудоустройству данной категории лиц;

б) сложившаяся система профессиональной подготовки обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, направленная, в основном, на усвоение систематизированных знаний, умений, навыков, уровень и состояние которых зависит, как от внешних условий и ресурсов среды, так и от личностных особенностей обучаемых, что в итоге, препятствует их социальной интеграции, ограничивая их профессиональное самоопределение;

в) сложные социально-экономические условия в стране, связанные с невозможностью создания специализированных рабочих мест в ряде отраслей для лиц с ОВЗ, приспособленных под их возможности и потребности, что затрудняет их трудоустройство;

г) противоречие между высокими квалификационными требованиями к уровню подготовки специалистов и спецификой умственного и психофизического развития обучающихся с ОВЗ, обуславливающими недоступность овладения профессиями;

д) ограниченное количество профессий, по которым возможно трудоустройство лиц с ограниченными возможностями здоровья, и еще меньшее количество, по которым можно осуществлять профессиональную подготовку обучающихся в организациях специального (коррекционного) образования.

## 2. Нормативные правовые документы в области психолого-педагогического сопровождения профессионального самоопределения обучающихся с ОВЗ в организациях образования

6. В своей профессиональной деятельности в области психолого-педагогического сопровождения профессионального самоопределения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья педагоги-психологи руководствуются следующими документами:

а) Конвенция Международной организации труда № 142 «О профессиональной ориентации и профессиональной подготовке в области развития людских ресурсов» (23 июня 1975 года);

б) Совместный Приказ Министерства по социальной защите и труду Приднестровской Молдавской Республики, Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 22 января 2019 года № 44/29 «Об утверждении Положения о подборе профессий

при ограничении трудоспособности по медицинским показаниям» (САЗ 19-24);

в) Приказ Министерства по социальной защите и труду Приднестровской Молдавской Республики от 5 марта 2007 года № 142 «Об утверждении положения «Об организации и проведении профессиональной и психологической поддержки безработных граждан, других категорий населения в Приднестровской Молдавской Республике» (САЗ 07-16);

г) Приказ Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики от 14 апреля 2017 года № 440 «Об утверждении Порядка взаимодействия организаций профессионального образования с организациями общего образования по проведению профориентационной работы с обучающимися»;

д) Программа курса «Профориентация» для учащихся 8 - 9 классов организаций основного общего образования ПМР, Составители Т.Л. Яковишина, Т.С. Левченко, ГОУ ДПО «Институт развития образования и повышения квалификации» 2015г.;

е) Приказ Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики от 12 марта 2010 года № 252 «Об утверждении Рекомендаций о порядке проведения экзаменов по трудовому обучению выпускников специальных (коррекционных) образовательных организаций VIII вида».

### 3. Характеристика особенностей обучающихся с ОВЗ и инвалидностью и рекомендации по выбору профессий

7. Категории «инвалид» и «лицо с ОВЗ» не являются тождественными, но имеют области пересечений.

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.

Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своими действиями, а также заниматься трудовой деятельностью.

К категории «инвалид» относятся люди, которые имеют ограничения по здоровью, не требующие создания для них специальных условий в образовательном процессе.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья – лицо с физическими и (или) психическими недостатками, подтвержденными психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующими получению образования без создания специальных условий.

Категория «обучающийся с ОВЗ» определена не с точки зрения ограничений по здоровью, а с точки зрения необходимости создания специальных условий для получения образования, исходя из решения коллегиального органа - психолого-медико-педагогической комиссии.

8. Лица с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие).

По степени сохранности слуха различают:

- а) тотальную глухоту, при которой человек не слышит звуков и речи;
- б) практическую глухоту, при которой различимы отдельные звуки, шумы;
- в) тугоухость, которая позволяет с трудом различать громкую речь;
- г) слабослышание, при котором человек лучше, но с напряжением понимает речь.

К категории глухих относятся дети со стойким двусторонним нарушением слуха, при котором при врожденной или рано возникшей (до овладения речью) глухоте естественный ход развития словесной речи оказывается невозможным и без специальной систематической психолого-педагогической помощи весь дальнейший путь психофизического развития становится весьма своеобразным, существенно ограничивается социальная адаптация. Наиболее полноценное развитие глухих детей достигается при раннем (с первых месяцев жизни) выявлении нарушений слуха, слухопротезировании и комплексном медико-психолого-педагогическом сопровождении сразу после установления диагноза, обеспечении качественного образования на всех ступенях с учетом структуры нарушения, уровня общего и речевого развития, индивидуальных особенностей и возможностей каждого ребенка.

Слабослышащие дети – дети, имеющие стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. Нарушение слуха может быть выражено в различной степени – от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. При нарушении слуха у ребенка возникают затруднения в восприятии и самостоятельном овладении речью. Однако остается возможность овладения с помощью слуха хотя бы ограниченным и искаженным составом слов. Многие слабослышащие дети, обладая различными степенями сохранного слуха, не умеют пользоваться им в целях познания и общения. Дефицит слуховой информации порождает различные отклонения в речевом развитии, которое зависит от многих факторов, таких как степень и сроки снижения слуха, уровень общего психического развития, наличие педагогической помощи, речевая среда, в которой находился ребенок. Многообразные сочетания этих фактов обуславливают вариативность речевого развития.

Многие слабослышащие школьники не понимают обращенной к ним речи и ориентируются в общении на такие факторы, как действия, естественные жесты и эмоции взрослых. Дети с легкой и средней степенью

тугоухости могли бы понимать окружающих, но нередко их восприятие речи приобретает искаженный характер из-за неразличения близких по звучанию слов и фраз. Искаженное восприятие речи окружающих, ограниченность словарного запаса, неумение выразить себя – все это нарушает общение с другими детьми и со взрослыми, что отрицательно сказывается на познавательном развитии и на формировании личности детей.

С учетом состояния речи выделены две категории слабослышащих детей: слабослышащие дети, которые к моменту поступления в школу имеют тяжелое недоразвитие речи (отдельные слова, короткие фразы, неправильное построение фразы, грубые нарушения лексического, грамматического, фонетического строя речи), и слабослышащие дети, владеющие развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении.

Среди слабослышащих и позднооглохших обучающихся выделяется особая группа дети с комплексными нарушениями в развитии. Эта группа достаточно разнородна. У этих детей помимо снижения слуха наблюдаются интеллектуальные нарушения (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая умственная отсталость); задержка психического развития (далее - ЗПР), обусловленная недостаточностью центральной нервной системы; остаточные проявления детского церебрального паралича или нарушения мышечной системы.

9. Лица с нарушением зрения (слепые, слабовидящие).

Категория людей с нарушениями зрения весьма неоднородна. В зависимости от остроты зрения одни из инвалидов по зрению совсем ничего не видят, другие могут видеть только свет, третьи – свет и цвета окружающих предметов, четвертые – только движения руки перед лицом, пятые – могут видеть на очень близком расстоянии предметы.

По степени сохранности остаточного зрения различают:

а) тотальную слепоту, характеризующуюся полным отсутствием зрительных ощущений;

б) слепоту, при которой сохраняется светоощущение, позволяющее различать свет от тьмы;

в) слепоту, характеризующуюся остаточным зрением, позволяющим сосчитать пальцы вблизи лица, различать контуры, формы и цвета предметов на близком расстоянии;

г) слабовидение, при котором зрение нарушено, но человек способен различать предметы и передвигаться.

В классификации В.З.Денискиной слепые обучающиеся, имеющие остаточное зрение, подразделяются на следующие группы:

1) слепые со светоощущением. Эти дети видят только свет, т. е. отличают свет от тьмы. При этом дети, у которых светоощущение с правильной проекцией, могут правильно показать направление света, а дети, у которых светоощущение с неправильной проекцией, не могут указать, откуда падает свет;



2) слепые, у которых имеется светоощущение и цветоощущение, т. е. они отличают не только свет от тьмы, но и различают цвета;

3) слепые, у которых имеются тысячные доли от нормальной остроты зрения (примерно от 0,005 до 0,009). При таком зрении в комфортных условиях человек видит движения руки перед лицом, на очень близком расстоянии может различать цвета, контуры и/или силуэты предметов;

4) слепые с форменным (предметным) остаточным зрением. В этой группе слепых острота зрения варьируется в пределах 0,01–0,04 (на лучше видящем глазу с коррекцией).

Важное значение для понимания особенностей людей с нарушением зрения имеет характеристика деформаций периферического зрения человека. Оно измеряется полем зрения. Поле зрения – это определенный сегмент пространства, который виден человеку во время фиксации взглядом на неподвижной точке. У нормально видящего человека поле зрения кнаружи составляет 90 градусов, к носу и кверху –55- 60 градусов, а книзу –65-70 градусов.

Концентрическое сужение поля зрения. Такое поле зрения называют трубчатым, так как человек видит мир так, как будто смотрит в узенькую трубочку. При чтении такой человек видит только 3-4 буквы и поэтому совершает движения головой справа налево и наоборот. Если такому человеку требуется оглядеться, рассмотреть пространство, то он также вынужден крутить головой. Характеризуя зрение такого человека можно сказать, что если он близко стоит и его взгляд направлен на мелкие детали, то он может рассмотреть их. Например, пуговицы на блузке собеседника, серьги. Однако все остальное пространство человек не увидит, если не будет интенсивно поворачивать голову.

Половинчатое выпадение поля зрения. При таком нарушении у человека выпадают половинки полей зрения и зрение оказывается «полосатым». Причем вертикальные полосы, в которые человек пусть нечетко, но видит крупные и/или яркие окружающие предметы, чередуются с вертикальными темными полосами, в которые человек ничего не видит. И для того, чтобы увидеть и то пространство, которое скрыто за выпадающими участками, человек вынужден поворачивать голову при каждом шаге, чтобы видеть скрытые за темными полосами участки пространства и составлять, как из пазлов, более полную картину окружающего мира.

Выпадение нижних половинок поля зрения на обоих глазах. Люди с таким полем зрения не видят то, что находится ниже их поля зрения. И для того, чтобы увидеть то, что находится внизу им приходится наклоняться. При таком нарушении поля зрения затруднено самостоятельное передвижение по городу, поскольку для того, чтобы рассмотреть дорогу они вынуждены наклоняться. В положении тела «прямо» они видят только крыши домов, кроны деревьев, небо, трубы.

Выпадение верхних половинок поля зрения обоих глаз. Люди с данным нарушением поля зрения наоборот не видят того, что находится вверху. В

некоторых случаях в верхних половинках поля зрения человек видит только свет.

Выпадение центральной части поля зрения. При таком нарушении поля зрения центральный участок поля зрения либо полностью, либо частично выпадает из акта зрения. В результате человек смотрит боковым зрением, что можно заметить по характерному повороту головы.

Выпадение нескольких участков поля зрения. В поле зрения может быть несколько темных пятен (скотом), которые могут находиться как в центре глаза, так и на его периферии. В результате человек вынужден совершать движения головой, чтобы «собрать картинку окружающего мира» из тех кусочков, которые он хоть слабо, но все-таки видит.

Все перечисленные выше проявления нарушений зрения часто требуют от людей с инвалидностью по зрению значительных усилий при выполнении повседневных действий и часто являются причиной своеобразного поведения инвалидов по зрению (потряхивания головой, постоянные повороты головы и т.д.). Своеобразное поведение инвалидов по зрению, вызванное необходимостью дополнить картину видимого, часто со стороны воспринимается как «странное поведение» слепых людей, их ненормальность, даже как интеллектуальная недостаточность. При этом сами инвалиды, как правило, не знают о внешних проявлениях последствий своего нарушенного зрения, если кто-то об этом не сказал.

Большинство инвалидов по зрению имеют монокулярное зрение (то есть у них либо вообще видит только один глаз, либо один глаз видит лучше другого), которое не позволяет им точно оценить расстояние до и между предметами, видеть рельеф поверхности так, как это происходит при нормальном зрении. При таком зрении, даже если человек хорошо видит косяки дверей, при быстром перемещении он ударяется о них, если забывает подстраховаться, прикоснувшись рукой.

Многие из слепых людей страдают либо светобоязнью (их глаза просто закрываются при ярком свете, очень белом снеге, ярком солнце), либо куриной слепотой (нарушением темновой адаптации, то есть при хорошем освещении плохо, но видят, а в сумерках ничего не видят, кроме огоньков). Это приводит к ухудшению зрительного восприятия и трудностям передвижения в темное время суток, при плохом освещении, в пасмурную погоду.

Нарушения зрения затрудняют получение информации, самостоятельного перемещения, общение и взаимодействие с нормально видящими людьми и т.д. Так, часто у людей с инвалидностью по зрению часто отмечаются недостаточность невербальной коммуникации. Это связано с тем, что мимика и пантомимика формируются в раннем детстве по подражанию взрослым. Поскольку дети с нарушением зрения не видят лиц и жестов других людей, то они соответственно не могут переносить увиденные образцы в процесс своей коммуникации.

Еще одним следствием отсутствия опоры на зрение в ходе коммуникации является отсутствие поворота головы в сторону собеседника.

Безусловно, специальное обучение помогает людям с нарушением зрения правильно выражать свои эмоции с помощью мимики и жестов и использовать их в процессе коммуникации.

Благодаря специальному обучению люди с нарушениями зрения могут вести самостоятельную жизнь, участвовать в культурной и общественной жизни, учиться и работать.

Слепоглухие с тотальной/практической глухотой и одновременно тотальной/практической слепотой могут общаться при помощи контактного жестового языка, дактильной азбуки. Им необходима постоянная помощь сопровождающего, владеющего контактным жестовым языком, дактильной азбукой.

Слепоглухие, с меньшей степенью выраженности нарушения слуха и зрения, могут владеть разными видами коммуникации. Соответственно при общении и взаимодействии с ними можно использовать: контактный жестовый язык, русский жестовый язык, система Брайля, ручной алфавит (дактилология), письмо на ладони (дермография), печатание текста, код Лорма (тактильный код).

10. Лица с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Выделяют следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

а) заболевания нервной системы: детский церебральный паралич; полиомиелит;

б) врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника; недоразвитие и дефекты конечностей; аномалии развития пальцев кисти; артрогрипоз;

в) приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета; системные заболевания скелета, хондродистрофия, рахит.

В зависимости от сформированности познавательных и социальных способностей у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата детей с нарушением опорно-двигательного аппарата можно условно разделить на 4 группы:

а) первая группа: дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата различного этиопатогенеза, передвигающиеся самостоятельно или с ортопедическими средствами, имеющие нормальное психическое развитие и разборчивую речь. Достаточное интеллектуальное развитие у этих детей часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в

наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни;

б) вторая группа: дети с легким дефицитом познавательных и социальных способностей, передвигающиеся при помощи ортопедических средств или лишенные возможности самостоятельного передвижения, имеющие нейросенсорные нарушения в сочетании с ограничениями манипулятивной деятельности и дизартрическими расстройствами разной степени выраженности. Задержку психического развития при детском церебральном параличе чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии;

в) третья группа: дети с двигательными нарушениями разной степени выраженности и с легкой и средней степенью интеллектуальной недостаточности, осложненными нейросенсорными нарушениями, а также имеющими дизартрические нарушения и системное недоразвитие речи. У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций чаще носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности - абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего, гностических функций. При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации;

г) четвертая группа: дети имеют тяжелые опорно-двигательные нарушения неврологического генеза и, как следствие, полная или почти полная зависимость от посторонней помощи в передвижении, самообслуживании и предметной деятельности. Большинство детей этой группы не могут самостоятельно удерживать свое тело в сидячем положении.

Спастичность конечностей часто осложнена гиперкинезами. Процесс общения затруднен в связи с несформированностью языковых средств и речемоторных функций порождения экспрессивной речи. Степень умственной отсталости колеблется от легкой до глубокой. Дети данной группы с менее выраженным интеллектуальным недоразвитием имеют предпосылки для формирования представлений, умений и навыков, значимых для социальной адаптации детей.

Нарушения опорно-двигательного аппарата - это очень разнородная группа и при организации общения и взаимодействия с людьми с данным видом нарушения это следует учитывать.

При общении с человеком на коляске необходимо постараться сделать так, чтобы, глаза собеседника находились с его глазами на одном уровне. Это связано с тем, что человек на коляске по расположению относительно окружающих его людей всегда ниже, то есть он часто ощущает на себе

«поверхностное», «снисходительное» отношение. При общении необходимо обращаться не к сопровождающему человека на коляске, а к нему самому.

В ходе общения необходимо помнить, что инвалидная коляска – неприкосновенное пространство человека и не следует на нее облокачиваться, передвигать без спроса, толкать, касаться, держаться за коляску, ставить на нее ногу, раскачивать, пытаться куда-либо его подвезти. Не следует также хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске по спине и плечу.

#### 11. Лица с расстройствами аутистического спектра.

Расстройства аутистического спектра характеризуются нарушением развития коммуникации и социальных навыков. Аутистические расстройства - очень полиморфная группа нарушений, и проявления данного расстройства могут быть совершенно различными.

Общими являются аффективные проблемы и трудности развития активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой, установка на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность поведения детей:

а) трудности при установлении и поддержании социального взаимодействия;

б) людям, страдающим аутизмом, легче поддерживать отношения с человеком на основе своих собственных интересов и любимых тем, чем слушать «чужое»;

в) выраженный дискомфорт при неожиданных изменениях, отмене запланированных событий, изменении привычного графика и т.д.;

г) трудности понимания тонкостей и нюансов человеческих отношений, чувств, душевной жизни как своей собственной, так и другого человека, юмора, метафорических выражений, абстрактных понятий.

Аутичные люди, как правило, очень благодарны за любое доброжелательное внимание к себе, открыты, искренни, бесхитростны.

У многих детей, имеющих расстройства аутистического спектра, диагностируется легкая или умеренная умственная отсталость, но расстройства аутистического спектра обнаруживаются и у детей, чье интеллектуальное развитие оценивается как нормальное и даже высокое. Нередки случаи, когда дети с выраженным аутизмом проявляют избирательную одаренность. В соответствии с тяжестью аутистических проблем и степенью нарушения (искажения) психического развития выделяется четыре группы детей, различающихся целостными системными характеристиками поведения: характером самоагрессии:

а) первая группа: в привычных, предсказуемых условиях они могут быть спокойны, довольны и более открыты к общению. В этих рамках они легче осваивают социально-бытовые навыки и самостоятельно используют их в привычных ситуациях. Проблемой этих детей является крайняя фрагментарность представлений об окружающем, ограниченность картины мира сложившимся узким жизненным стереотипом;

б) вторая группа: ребенок этой группы очень привязан к своим близким, введение его в детское учреждение может быть осложнено этим обстоятельством. Тем не менее, эти дети, как правило, хотят идти в школу, интересуются другими детьми и включение их в детский коллектив необходимо для развития гибкости в их поведении, возможности подражания и смягчения жестких установок сохранения постоянства в окружающем. При всех проблемах социального развития, трудностях адаптации к меняющимся условиям такой ребенок при специальной поддержке в большинстве случаев способен обучаться в условиях образовательной организации;

в) третья группа: дети имеют развернутые, но крайне косные формы контакта с окружающим миром и людьми, достаточно сложные, но жесткие программы поведения (в том числе речевого), плохо адаптируемые к меняющимся обстоятельствам, и стереотипные увлечения. Это создает экстремальные трудности во взаимодействии с людьми и обстоятельствами, их аутизм проявляется как поглощенность собственными стереотипными интересами и неспособность выстраивать диалогическое взаимодействие. Между тем эти дети стремятся к достижению успеха, их поведение можно назвать целенаправленным.

Проблема в том, что для того, чтобы активно действовать, им требуется полная гарантия успеха, переживания риска, неопределенности их дезорганизуют. Если в норме самооценка ребенка формируется в ориентировочно-исследовательской деятельности, в реальном опыте удач и неудач, то для этого ребенка значение имеет только стабильное подтверждение своей успешности. Он малоспособен к исследованию, гибкому диалогу с обстоятельствами и принимает лишь те задачи, с которыми заведомо может справиться. Стереотипность этих детей в большей степени выражается в стремлении сохранить не постоянство их окружения, а неизменность собственной программы действий, необходимость по ходу менять программу действий может спровоцировать у такого ребенка аффективный срыв. В области социального развития они демонстрируют чрезвычайную наивность и прямолинейность, нарушается развитие социальных навыков, понимания и учета подтекста и контекста происходящего. При сохранности потребности в общении, стремлении иметь друзей они плохо понимают другого человека. Характерным является заострение интереса такого ребенка к опасным, неприятным, асоциальным впечатлениям. При всех этих трудностях, социальная адаптация таких детей, по крайней мере, внешне, значительно более успешна, чем в случаях двух предыдущих групп. Эти дети, как правило, обучаются по программе массовой школы в условиях класса или индивидуально, могут стабильно получать отличные оценки, но и они крайне нуждаются в постоянном специальном сопровождении, позволяющем им получить опыт диалогических отношений, расширить круг интересов и представление об окружающем и окружающих, сформировать навыки социального поведения;

г) четвертая группа: для этих детей произвольная организация очень сложна, но в принципе доступна. Они быстро устают, могут истощаться и перевозбуждаться, имеют выраженные проблемы организации внимания, сосредоточения на речевой инструкции, ее полного понимания. Характерна задержка в психоречевом и социальном развитии. Трудности взаимодействия с людьми и меняющимися обстоятельствами проявляются в том, что, осваивая навыки взаимодействия и социальные правила поведения, дети стереотипно следуют им и теряются при неподготовленном требовании их изменения. В отношениях с людьми проявляют задержку эмоционального развития, социальную незрелость, наивность. При всех трудностях, их аутизм наименее глубок, он выступает уже не как защитная установка, а как лежащие на поверхности трудности общения, ранимость, тормозимость в контактах и проблемы организации диалога и произвольного взаимодействия. Эти дети тоже тревожны, для них характерно легкое возникновение чувства сенсорного дискомфорта, они готовы испугаться при нарушении привычного хода событий, смешаться при неудаче и возникновении препятствия. Отличие их в том, что они более, чем другие, ищут помощи близких, чрезвычайно зависят от них, нуждаются в постоянной поддержке и ободрении.

Стремясь получить одобрение и защиту близких, дети становятся слишком зависимы от них: ведут себя чересчур правильно, боятся отступить от выработанных и зафиксированных форм одобренного поведения. В этом проявляется их типичная для любого аутичного ребенка негибкость и стереотипность. Характерны неловкость крупной и мелкой моторики, некоординированность движений, трудности усвоения навыков самообслуживания; задержка становления речи, ее нечеткость, неартикулированность, бедность активного словарного запаса, поздно появляющаяся, аграмматичная фраза; медлительность, неровность в интеллектуальной деятельности, недостаточность и фрагментарность представлений об окружающем, ограниченность игры и фантазии. В отличие от детей третьей группы, достижения здесь больше проявляются в невербальной области, возможно в конструировании. У этих детей часто встречается с парциальной одаренностью, которая имеет перспективы плодотворной реализации.

#### 12. Лица с умственной отсталостью.

Умственная отсталость - это стойкое, выраженное недоразвитие познавательной деятельности вследствие диффузного (разлитого) органического поражения центральной нервной системы (далее - ЦНС). Понятие «умственной отсталости» по степени интеллектуальной неполноценности применимо к разнообразной группе детей. Степень выраженности интеллектуальной неполноценности коррелирует со сроками, в которые возникло поражение ЦНС - чем оно произошло раньше, тем тяжелее последствия.

Подавляющее большинство обучающихся с умственной отсталостью составляют дети, у которых интеллектуальная недостаточность обусловлена поражением мозговых структур на самых ранних этапах развития (внутриутробно, в момент рождения, до 1,5 лет постнатальной жизни).

В международной классификации болезней (МКБ - 10) выделено четыре степени умственной отсталости: легкая (IQ -69-50), умеренная (IQ - 50-35), тяжелая (IQ -34-20), глубокая (IQ<20). Наиболее многочисленную группу среди обучающихся с умственной отсталостью, примерно три четверти, составляют дети с легкой умственной отсталостью.

Развитие ребенка с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), хотя и происходит на дефектной основе и характеризуется замедленностью, наличием отклонений от нормального развития, тем не менее, представляет собой поступательный процесс, привносящий качественные изменения в познавательную деятельность детей и их личностную сферу, что дает основания для оптимистического прогноза.

Умственная отсталость связана с нарушениями интеллектуального развития, которые возникают вследствие органического поражения головного мозга на ранних этапах онтогенеза (от момента внутриутробного развития до трех лет).

Негативное влияние органического поражения ЦНС имеет системный характер, когда в патологический процесс оказываются вовлеченными все стороны психофизического развития ребенка - мотивационно-потребностная, социально-личностная, моторно-двигательная; эмоционально-волевая сфера, а также когнитивные процессы: восприятие, мышление, деятельность, речь, поведение.

Последствия поражения ЦНС выражаются в задержке сроков возникновения и незавершенности возрастных психологических новообразований и, главное, в неравномерности, нарушении целостности развития. При умственной отсталости страдают не только высшие психические функции, но и эмоции, воля, поведение, в некоторых случаях физическое развитие, хотя наиболее нарушенным является процесс мышления, и, прежде всего, способность к отвлечению и обобщению. Это, в свою очередь, затрудняет включение лиц с нарушением интеллекта в усвоение социальных и культурных достижений общечеловеческого развития традиционным путем.

Затруднения в психическом развитии детей с умственной отсталостью обусловлены особенностями их высшей нервной деятельности (слабостью процессов возбуждения и торможения, замедленным формированием условных связей, тугоподвижностью нервных процессов, нарушением взаимодействия первой и второй сигнальных систем и др.).

В структуре психики такого ребенка в первую очередь отмечается недоразвитие познавательных интересов и снижение познавательной активности, что обусловлено замедленностью темпа психических процессов, их слабой подвижностью и переключаемостью. При умственной отсталости



страдают не только высшие психические функции, но и эмоции, воля, поведение, в некоторых случаях физическое развитие, хотя наиболее нарушенным является мышление, и прежде всего, способность к отвлечению и обобщению.

Развитие всех психических процессов у детей с легкой умственной отсталостью отличается качественным своеобразием. Относительно сохранной у обучающихся с умственной отсталостью оказывается чувственная ступень познания - ощущение и восприятие. Но и в этих познавательных процессах сказывается дефицитарность: неточность и слабость дифференцировки зрительных, слуховых, кинестетических, тактильных, обонятельных и вкусовых ощущений приводят к затруднению адекватности ориентировки детей с умственной отсталостью в окружающей среде. Нарушение объема и темпа восприятия, недостаточная его дифференцировка, не могут не оказывать отрицательного влияния на весь ход развития ребенка с умственной отсталостью. Однако особая организация учебной и внеурочной работы, основанной на использовании предметно-практической деятельности, проведение специальных коррекционных занятий не только повышают качество ощущений и восприятий, но и оказывают положительное влияние на развитие интеллектуальной сферы, в частности овладение отдельными мыслительными операциями.

Меньший потенциал у обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) обнаруживается в развитии их мышления, основу которого составляют такие операции, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция, конкретизация. Эти мыслительные операции у этой категории детей обладают целым рядом своеобразных черт, проявляющихся в трудностях установления отношений между частями предмета, выделении его существенных признаков и дифференциации их от не существенных, нахождении и сравнении предметов по признакам сходства и отличия и т. д.

13. Лица с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Тяжелое и множественное нарушение возникает вследствие органического поражения ЦНС в результате недоразвития или повреждения мозга преимущественно в раннем возрасте.

Поражение ЦНС при тяжелом множественном нарушении носит сложный характер, при котором страдают: интеллект, речь и коммуникация, общая и мелкая моторика, поведение, сенсорная сфера. Для людей с тяжелыми множественными нарушениями развития характерна умственная отсталость в умеренной, тяжелой или глубокой степени, которая может сочетаться с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра и эмоционально-волевой сферы, выраженными в различной степени и сочетающимися в разных вариантах. У некоторых людей выявляются текущие психические и соматические заболевания, которые значительно осложняют их развитие и обучение. Дети с умеренной и тяжелой умственной отсталостью характеризуются

выраженным недоразвитием мыслительной деятельности, препятствующим освоению предметных учебных знаний. Наряду с нарушением базовых психических функций, памяти и мышления отмечается своеобразное нарушение всех структурных компонентов речи: фонетико-фонематического, лексического и грамматического. У детей с тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости затруднено или невозможно формирование устной и письменной речи, что требует для большей части обучающихся использование разнообразных средств невербальной коммуникации, а также логопедической коррекции.

Внимание у обучающихся с умеренной и тяжелой умственной отсталостью отличается низким уровнем продуктивности из-за быстрой истощаемости, неустойчивости, отвлекаемости. Слабость активного внимания препятствует решению сложных задач познавательного содержания, формированию устойчивых учебных действий, однако, при продолжительном и направленном использовании методов и приемов коррекционной работы становится заметной положительная динамика общего психического развития детей, особенно при умеренном недоразвитии мыслительной деятельности. Психофизическое недоразвитие характеризуется также нарушениями координации, точности, темпа движений, что осложняет формирование физических действий: бег, прыжки и др., а также навыков несложных трудовых действий. У части детей с тяжелой умственной отсталостью отмечается замедленный темп, рассогласованность, неловкость движений. У других - повышенная возбудимость сочетается с хаотичной нецеленаправленной деятельностью. Наиболее типичными для данной категории обучающихся являются трудности в овладении навыками, требующими тонких точных дифференцированных движений: удержание позы, захват карандаша, ручки, кисти, шнурование ботинок, застегивание пуговиц, завязывание ленточек, шнурков и др. Некоторые обучающиеся полностью зависят от помощи окружающих при одевании, раздевании, при приеме пищи, совершении гигиенических процедур и др. Дети с глубокой умственной отсталостью часто не владеют речью, они постоянно нуждаются в уходе и присмотре. Значительная часть детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью имеют и другие нарушения, что дает основание говорить о ТМНР, которые представляют собой не сумму различных ограничений, а сложное качественно новое явление с иной структурой, отличной от структуры каждой из составляющих. Различные нарушения влияют на развитие человека не по отдельности, а в совокупности, образуя сложные сочетания. В связи с этим человек требует значительной помощи, объем которой существенно превышает содержание и качество поддержки, оказываемой при каком-то одном нарушении: интеллектуальном или физическом. Уровень психофизического развития детей с тяжелыми множественными нарушениями невозможно соотнести с какими-либо возрастными параметрами. Органическое поражение центральной нервной системы чаще

всего является причиной сочетанных нарушений и выраженного недоразвития интеллекта, а также сенсорных функций, движения, поведения, коммуникации. Все эти проявления совокупно препятствуют развитию самостоятельной жизнедеятельности ребенка, как в семье, так и в обществе. Динамика развития детей данной группы определяется рядом факторов: этиологией, патогенезом нарушений, временем возникновения и сроками выявления отклонений, характером и степенью выраженности каждого из первичных расстройств, спецификой их сочетания, а также сроками начала, объемом и качеством оказываемой коррекционной помощи.

#### 4. Психолого-педагогическое сопровождение профессионального самоопределения обучающихся с ОВЗ в организациях общего образования

14. Целью психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ, является обеспечение оптимального развития обучающегося, успешная интеграция в социум.

Профориентационная работа с детьми и подростками с ОВЗ должна являться непрерывным процессом. И начинать ее надо с определения возможности освоения детьми и подростками профессиональной деятельности, с соотнесения их профессиональных предпочтений и запросов с имеющимися внутренними возможностями.

Профессиональное самоопределение состоит из нескольких этапов. Причем, для обучающегося с ОВЗ, каждый из этапов является важным.

Этапы самоопределения:

а) начальная стадия с рядом периодов младшего возраста:

1) дошкольный;

2) младший школьный возраст - этап формирования профессиональных намерений на основании сбора наиболее общей информации о различных профессиях: детской игры, в ходе которой ребенок принимает на себя разные профессиональные роли и проигрывая отдельные элементы связанного с ними поведения;

б) период предварительного выбора профессии - предварительное проектирование профессионального старта и жизненного пути через подростковую фантазию, мечты подростка, когда он представляет себя представителем той или иной привлекательной для него профессии, к оценке и ранжированию разных видов трудовой деятельности, с точки зрения интересов подростка, затем с точки зрения его способностей и, наконец, с точки зрения его системы ценностей, с подпериодами:

1) весь подростковый;

2) большая часть юношеского возраста;

в) период практического принятия решения о выборе профессии, предполагающий определение уровня квалификации будущего труда, объема и длительности подготовки к нему.

С учетом психологических и возрастных особенностей школьников можно выделить следующие этапы, содержание профориентационной работы в школе:

1) 1-4 классы: формирование у младших школьников ценностного отношения к труду, понимание его роли в жизни человека и в обществе; развитие интереса к учебно-познавательной деятельности, основанной на посильной практической включенности в различные ее виды, в том числе социальную, трудовую, игровую, исследовательскую;

2) 5-7 классы: развитие у школьников личностного смысла в приобретении познавательного опыта и интереса к профессиональной деятельности; представления о собственных интересах и возможностях; приобретение первоначального опыта в различных сферах социально-профессиональной практики: технике, искусстве, медицине, сельском хозяйстве, экономике и культуре. Этому способствует выполнение учащимися профессиональных проб, которые позволяют соотнести свои индивидуальные возможности с требованиями, предъявляемыми профессиональной деятельностью к человеку;

3) 8-9 классы: уточнение образовательного запроса в ходе факультативных занятий и других курсов по выбору; групповое и индивидуальное консультирование с целью выявления и формирования адекватного принятия решения о выборе профиля обучения; формирование образовательного запроса, соответствующего интересам и способностям, ценностным ориентациям;

4) 10-11 классы: обучение действиям по самоподготовке и саморазвитию, формирование профессиональных качеств в избранном виде труда, коррекция профессиональных планов, оценка готовности к избранной деятельности.

г) выбор специальности - формирование профессиональных намерений, предварительного выбора профессии, практического принятия решения о выборе профессии с указанием возраста, включает подпериоды:

1) старший подростковый;

2) большая часть юношеского возраста.

Для того чтобы профессиональное самоопределение учащихся с ОВЗ было успешным, важно развивать у них активное отношение к себе, своим возможностям в связи с осознанием важности и необходимости самоопределения и адекватного отношения к ситуации выбора профессии, основанного на осознании своих желаний и возможностей. Кроме этого, большую роль в успешной профессиональной ориентации играет фактор максимально адекватной оценки учащимися своих психофизиологических особенностей.

15. Специальное (коррекционное) обучение в наибольшей степени обеспечивает дифференцированный подход к состоянию здоровья обучающегося с ОВЗ (инвалида), профилактике и коррекции нарушений в психолого-педагогической сфере, однако в значительно меньшей степени

способствует их последующей интеграции в социум. В связи с этим, несомненно, что лица с ОВЗ должны иметь право выбора индивидуальной программы профессиональной реабилитации, обучения в специализированном учреждении или организации профессионального образования.

Основной задачей организаций образования является подготовка таких детей к полноценной жизни в обществе, поэтому для положительного результата необходимо помнить, что с обучающимся с ОВЗ даны компенсирующие здоровые стороны и именно на них необходимо делать упор в развитии ребенка.

16. Формы профориентационной работы с детьми и подростками, имеющими отклонения в развитии, достаточно многообразны:

- а) профессионально-ориентационные беседы;
- б) занятия в кружках, мастерских;
- в) экскурсии на предприятия, в организации профессионального образования, в центры занятости;
- г) встречи со специалистами;
- д) участие в «днях открытых дверей»;
- е) участие в конкурсах, выставках, ярмарках изделий;
- ж) использование средств массовой агитации: стендов, стенгазет, фотоальбомов и прочего.

17. В профессиональном консультировании подростков с ОВЗ структурно включаются следующие виды работы:

а) анализ результатов медико-психологического обследования (в связи с наличием у подростков на основе главного дефекта в развитии различных нарушений в психическом здоровье);

б) психолого-педагогическое обследование (поскольку в процессе обучения, воспитания, развития у этих детей возникают специфические трудности);

в) социально-психологическое консультирование, помогающее подростку с ОВЗ включаться как в малые группы, так и быть принятым в более широкое социальное окружение.

Необходимым условием консультирования подростков с ОВЗ является их желание консультироваться – получать помощь в разрешении вопросов (затруднений), обусловленных психологическими причинами, а также готовность принять ответственность за свое профессиональное будущее. Границы этой ответственности у подростков с ОВЗ варьируют от высокой активности и самостоятельности, когда подросток действительно является хозяином собственной жизни и сам стремится искать выход из затруднительных ситуаций, до высокой инфантильности и зависимости от других. И поскольку инфантильность является распространенной чертой подростков с ОВЗ, в ходе профессионального консультирования необходимо предпринимать специальные действия для побуждения (актуализации)

собственной активности и ответственности консультируемого: позитивный настрой, укрепление веры в его силы и возможности.

Для повышения эффективности профессионального консультирования большое значение имеет привлечение к этой работе педагогов и родителей (законных представителей) подростков с ОВЗ.

#### 5. Психолого-педагогическое сопровождение профессионального самоопределения обучающихся с ОВЗ в организациях профессионального образования

18. Целью профориентационной работы в организациях профессионального образования является обеспечение права инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья на получение начального (среднего, высшего) профессионального образования, а также реализации специальных условий для обучения данной категории студентов.

Задачи, направленные на реализацию программы психолого-педагогического и социального сопровождения профессионального самоопределения обучающихся в организациях профессионального образования:

а) создание в организации профессионального образования условий, необходимых для получения начального (среднего, высшего) профессионального образования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья, их социализации и адаптации;

б) повышение уровня доступности начального (среднего, высшего) профессионального образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

в) повышение качества начального (среднего, высшего) профессионального образования инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

г) возможность формирования индивидуальной образовательной траектории для обучающегося инвалида или обучающегося с ограниченными возможностями здоровья;

д) формирование в организации профессионального образования толерантной социокультурной среды.

Профессиональная ориентация в организации профессионального образования должна представлять собой научно-обоснованную систему мер, способствующую профессиональному самоопределению личности, формированию будущего специалиста, умеющего с наибольшей пользой для себя и общества применить в профессиональной деятельности свои склонности и способности, свободно ориентироваться и быть конкурентоспособным на рынке труда.

Целью профессионального самоопределения абитуриентов с инвалидностью и ОВЗ является постепенное формирование внутренней готовности к самостоятельному и осознанному планированию, а в

дальнейшем реализации, своего профессионального и личностного развития. Успешность профориентационной работы может оцениваться по таким параметрам, как адекватная оценка абитуриентами с инвалидностью и ОВЗ своих психофизиологических особенностей, позитивное отношение к себе, собственным возможностям, осознание необходимости самоопределения и адекватного отношения к ситуации выбора профессии.

19. Главная цель профессионального самоопределения - постепенно сформировать у студента с ОВЗ внутреннюю готовность самостоятельно и осознанно планировать, корректировать и реализовывать перспективы своего развития.

В то же время, выпускник организации профессионального образования, который вступает в договорные отношения с работодателем, должен обладать компетенциями, позволяющими ему полноценно включиться в трудовую деятельность и эффективно выполнять должностные обязанности. Соответственно, сама система профориентационной работы в отношении лиц с ОВЗ сегодня приобретает все более значимый характер, так как осознанный выбор своего будущего для такого человека позволяет сделать большее, чтобы добиться наибольшего успеха в карьере и быть конкурентоспособным.

20. Интегрированное (инклюзивное) обучение основано на объединении лиц с ОВЗ и обычных студентов в едином учебном процессе. В организации профессионального образования основной общности лиц с ОВЗ и обычных студентов являются государственные образовательные стандарты и распорядок, обязательные для тех и других. Только при таком подходе к обучению инвалидов они как профессионалы в дальнейшем могут быть конкурентоспособны на рынке труда.

Для осуществления психолого-педагогического сопровождения обучающихся по профориентации в условиях инклюзивного образования должна применяться система комплексных мер:

а) дифференцированный подход с учетом особенностей каждого обучающегося с ОВЗ;

б) реализация комплексного психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ;

в) создание информационно-образовательной среды, расширение информационно-образовательного пространства организации профессионального образования, деятельностно-образовательной среды;

г) реализация проектов, направленных на создание системы действенной профессиональной ориентации обучающихся, способствующей профессиональному самоопределению;

д) поиск и реализация новых подходов к организации результативной работы в условиях современного рынка труда;

е) развитие связей организаций профессионального образования с работодателями.

21. Направления совершенствования помощи обучающимся с ОВЗ в профессиональном самоопределении:

а) создание межведомственной системы профессиональной ориентации; проведение широкой информационно-пропагандистской работы (включая посещение предприятий и организаций профессионального образования);

б) внедрение новых методов и технологий профессиональной ориентации, учитывающей особенности обучающихся с ОВЗ;

в) содействие обучающимся в самопознании и осознании собственных способностей и возможностей;

г) помощь в профессиональном самоопределении, построении личного профессионального плана;

д) обучение самопрезентации и активному поиску работы, навыкам делового общения;

е) работа с семьей для содействия профессиональному самоопределению обучающегося с ОВЗ (инвалидностью).