

**Министерство промышленности и торговли Тверской области  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТВЕРСКОЙ ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»  
Ресурсный учебно-методический центр Тверской области**



**Методическое пособие**

**Методические рекомендации по проведению профориентации лиц с ограниченными возможностями здоровья в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях с учетом возможности использования дистанционных образовательных технологий в процессе физкультурно-оздоровительной и образовательной деятельности**

**Разработали:**

Кожанова Е.И. – заведующий РУМЦ Тверской области  
Андреева Н.В. - методист РУМЦ Тверской области

**Тверь, 2022 г.**

## **Методические рекомендации по проведению профориентации лиц с ограниченными возможностями здоровья в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях с учетом возможности использования дистанционных образовательных технологий в процессе физкультурно-оздоровительной и образовательной деятельности**

### **Психолого-педагогические особенности лиц с соматическими нарушениями**

Один из ведущих показателей состояния здоровья подрастающего поколения и факторов детского благополучия – его физическое развитие, под которым понимают состояние морфологических и функциональных свойств и качеств, а также уровень биологического развития, отражающие динамику процесса обусловленных возрастом изменений размеров тела, телосложения, внешнего облика, мышечной силы и работоспособности.

При таком подходе, опираясь на предложения С. М. Громбаха, к признакам здоровья относят:

- отсутствие в момент обследования какой-бы то ни было болезни;
- отсутствие склонности к заболеваниям (устанавливается по частоте и характеру заболеваний в предшествующий период);
- гармоничное и соответствующее возрасту физическое и психическое развитие;
- нормальный уровень функций, и в первую очередь тех, которые определяют достаточную резистентность организма к неблагоприятным воздействиям.

Индивидуальная оценка физического развития детей в этом случае позволяет выделить 3 группы риска:

к 1-й группе риска относятся дети с нарушениями сроков возрастного развития при сохранении его гармоничности, а также дети, имеющие биологический возраст, соответствующий паспортному, но характеризующиеся дисгармоничностью вследствие недостатка массы тела;

во 2-ю группу риска входят дети с нарушением сроков возрастного развития, сочетающимся с дисгармоничностью морфофункционального состояния, а также дети с соответствием биологического возраста паспортному, но с избытком массы тела;

в 3-ю группу риска входят все дети, имеющие резкую дисгармоничность физического развития как при соответствии биологического уровня развития паспортному возрасту, так и при его нарушении.

Эти данные убедительно свидетельствуют, что физическое развитие служит важным показателем здоровья детей и подростков.

Определяющую роль в изменениях состояния здоровья детского населения играют 3 группы факторов: генотип популяции, образ жизни, состояние окружающей среды.

Исследования, проведенные многими научными коллективами, в том числ и Научным центром здоровья РАМН, свидетельствуют о том, что здоровье школьников, проживающих в различных регионах России, прогрессивно ухудшается. За последнее десятилетие доля детей и подростков, здоровых и имеющих только функциональные отклонения, уменьшилась в 1,5 раза. Соответственно увеличилось количество школьников с хроническими болезнями. Уровень здоровья школьников определяет высокая распространенность морфофункциональных расстройств (25-35%), хронических болезней (50-70%), нарушений психического, физического и репродуктивного развития, значительная острая заболеваемость.

У подавляющего большинства современных школьников выявляют функциональные и хронические нарушения, затрагивающие 2-5 систем организма.

За последнее десятилетие существенно изменилась структура заболеваемости: в наибольшей степени возросли заболевания эндокринной и костномышечной систем, нарушения питания и расстройства деятельности иммунной системы, психические расстройства, болезни и функциональные расстройства органов пищеварения.

Резко возросло количество выпускников школ, имеющих ограничения и прямые противопоказания к освоению выбранных ими профессий в связи с нарушениями в состоянии здоровья. По данным Научного центра здоровья РАМН, количество учащихся 9-11 классов, имеющих профессиональные ограничения в большей или меньшей степени, составляет почти 80%.

Это способствовало введению в научный обиход понятия «ослабленный ребенок», то есть тот, который в силу своей физической слабости не имеет возможности без ущерба для здоровья или общего развития обучаться только в нормальной школе, нуждается для этого в специальных условиях. В свою очередь, для того, чтобы создать такого рода условия в оздоровительно-образовательных учреждениях требуется знание особенностей детей с соматическими нарушениями.

Современный уровень педиатрии, педагогики и психологии позволяет сделать это.

Прежде всего, следует уточнить, кого из детей следует отнести к данной группе. Помочь в этом может «Приложение №2 Минздрава России (2003) – «Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно (по результатам профилактических медицинских осмотров)»».

На основании этого документа дети могут быть отнесены к следующим группам здоровья:

I группа здоровья: здоровые дети с нормальным физическим и психическим развитием, без анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений.

II группа здоровья: дети, у которых нет хронических заболеваний, но присутствуют некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты после перенесенных тяжелых и среднетяжелых инфекционных болезней; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития); дети с дефицитом массы тела или с избыточной массой тела; дети, часто болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с легкими физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций.

III группа здоровья: дети с хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, не ограничивающими возможности обучения или труда ребенка, в том числе в подростковом возрасте.

IV группа здоровья: дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; дети с высокой вероятностью осложнений основного заболевания; дети, у которых основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения или труда ребенка.

V группа здоровья: дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Большое медико-социальное значение имеет выделение II группы здоровья, так как функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, еще не снижены, но у них, как правило, существует высокий риск формирования хронической патологии. Дети этой группы часто нуждаются в проведении определенных оздоровительных и коррекционных мероприятий и врачебном наблюдении. Контроль за состоянием их здоровья осуществляется при профилактических осмотрах, в промежутках между осмотрами оценку динамики состояния делает педиатр, работающий в образовательном учреждении, а при его отсутствии – участковый педиатр с учетом результатов ежегодного доврачебного

скрининг-тестирования в образовательных учреждениях. При выявлении признаков усиления функциональных расстройств педиатр самостоятельно проводит лечебно-коррекционные мероприятия или направляет на обследование к врачам-специалистам.

Таким образом, процесс и результаты социализации детей с соматическими нарушениями наряду с общими будут иметь особые, специфические, характерные черты и рожденные ими проблемы. По мнению Р. Е. Бермана и В. К. Вогана, такими проблемами являются:

1. Как острые, так и хронические заболевания часто вызывают у подростков состояние утомления и «эмоциональную тупость» на грани депрессии. Даже тривиальная вирусная инфекция сопровождается состоянием депрессии и раздражительностью в течение многих дней или недель после исчезновения других признаков и симптомов заболевания. Эмоциональное и социальное состояние, способность к обучению могут медленно нормализоваться. Больные в этом случае нуждаются в помощи и поддержке со стороны родителей и учителей, а родители, в свою очередь, должны получать поддержку со стороны лечащего врача.

2. Такие события, как развод родителей, болезнь члена семьи, замена школьного учителя, изоляция от друзей или смерть любимого человека, всегда оказывают действие на ребенка. Даже если реакция ребенка минимальна, на нее следует обратить внимание. То, как ребенок переносит разлуку или потерю, представляет собой важную информацию о его психосоциальном статусе и способности к адаптации. Отсутствие реакции или минимальная реакция на такие события еще не свидетельствуют о его оптимальной адаптации. Взаимоотношения должны быть важны для ребенка, на них он должен учиться свободно проявлять свои эмоции в тех случаях, когда прерываются или прекращаются важные для него взаимоотношения с окружающими. Специфические способы проявления привязанности членов семьи относятся к важным детерминантам, определяющим характер выражения ребенком положительного отношения к окружающим. Определение «холодные» или «равнодушные» родители встречается довольно редко, но в жизни они встречаются чаще, что зависит от условий, в которых они могут или не могут физически, вербально или эмоционально проявлять свои чувства. Такие данные могут помочь правильно оценить отношения в семье и могут быть использованы при планировании определенных мероприятий, направленных на поддержание отношений между членами семьи.

В предупреждении ухудшения здоровья детей с соматическими нарушениями огромное значение играет понимание того, как ребенок реагирует на болезнь.

Заболевший ребенок, как правило, отличается от здорового. У него меняется настроение, он может стать подавленным, раздражительным, плаксивым, либо тревожным, беспокойным и реже беспечно-благодушным. Однако может расстраиваться не только эмоциональное состояние. Иногда появляются и упорствуют мысли о тяжести заболевания, о его

исключительности, о невозможности излечения или напротив, о его незначительности и несерьезности. В связи с этим отношение к лечению оказывается либо адекватным и даже зависимым, либо пренебрежительным и отвергающим процедуры, манипуляции и медикаменты. У многих детей нарушается поведение. Они перестают играть, утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми. Дети не получают радости от совместных игр и развлечений. Иногда происходят и более выраженные нарушения контактов, что приводит к уединенности больных детей, не стремящихся более к обществу сверстников и старших. Они могут тяготиться теми ограничениями, которые на них налагает болезнь. Нередко дети отказываются от выполнения режима, не подчиняются старшим, упрямятся. Рисунок их поведения нарушается шалостями, а иногда и неожиданными и неуместными поступками.

Описанные переживания и нарушения поведения у больных детей – своеобразные проявления реакции детской личности на возникшую болезнь.

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей также как событие исключительное. Современные семьи, как правило, малодетны и поэтому болезнь единственного или даже одного из двух-трех детей превращается в драму. Повышенное беспокойство современных родителей объясняется просто. К единственному ребенку обычно возникает очень глубокая привязанность. В нем видят не только продолжателя рода, но и того, кто исполнит все несбывшиеся мечты самих родителей и исправит их ошибки. С ним связываются надежды на поддержку в старости. Для многих, таким образом, утрата единственного чада – не просто потеря близкого, но и крушение надежд. Неудивительно, что в такой ситуации ребенку с малолетнего возраста создаются оранжерейные условия воспитания, он оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии.

Особенно это касается отношения к возможным или уже возникшим заболеваниям ребенка. Крайне сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых болезней, а при их появлении – плохого исхода. Эгоистичные, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя преимущества родители даже болезнь ребенка будут стараться использовать для привлечения внимания к себе. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные родители нередко недостаточно уделяют внимания ребенку вообще, и во время болезни в частности.

Атмосфера, складывающаяся в семье во время болезни ребенка, во многом зависит от того, как его воспитывают. Если ребенку до болезни не хватало заботы, внимания, руководства, то и во время болезни в такой семье его не обеспечат всем необходимым. В то же время некоторые родители,

поняв, что они до болезни ребенка недостаточно окружали его заботой, мало уделяли времени, перестраиваются и создают ему все необходимое. В тех же семьях, где ребенок окружен чрезмерным вниманием, соответственно во время болезни забота усиливается.

На ситуацию, складывающуюся вокруг больного ребенка, иногда влияют отношения, которые складываются у родителей с медицинским персоналом.

Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делает мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создает атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни. Ребенок чувствует настроение родителей, получающих необходимое руководство по его лечению. У него улучшается настроение и общее состояние, когда о нем заботятся родители, не только верящие в отдаленный успех лечения, но и осознающие правильность всего того, что ему назначается.

Следует отметить, что болезнь, пришедшая в дом, меняет не только установленный порядок жизни, отношения взрослых, но и самого ребенка. Изменения происходят не только в теле, внутренних органах, но и в его психике, настроении, поведении. Процесс выздоровления напрямую связан с душевным состоянием ребенка. Заболевшие дети различно переносят свою болезнь, но нет ни одного ребенка, у которого бы на нее не возникла та или иная реакция. Эта реакция даже маленького ребенка достаточно сложна. Она складывается из оценки и переживания множества местных болезненных ощущений, общего самочувствия, самонаблюдения, представлений о своей болезни и ее причинах.

В связи со сложностью, эта реакция личности больного на заболевание получила название внутренней картины болезни. Ее формирование у детей отличается от такового у взрослых тем значительно, чем младше ребенок. Внутренняя картина болезни, в зависимости от содержания, может действовать и положительно, и отрицательно, она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость. В некоторых случаях она оказывается причиной серьезных переживаний, иногда приводящих к развитию невротических расстройств.

Внутренняя картина болезни у детей формируется иначе, чем у взрослых. Это зависит от ряда особенностей. Прежде всего, на оценку и переживания болезни влияют умственные способности ребенка. Понимание происходящего в организме и представления о болезненных процессах зависят от уровня развития мышления и поэтому, как правило, связаны с возрастом. Возможность оценки болезненных переживаний зависит также от развития представлений о своем теле. Если что-либо помешает этому, например, перенесенное заболевание центральной нервной системы, неправильное воспитание, то это послужит препятствием к правильной оценке болезненных ощущений. Необходимо уметь систематизировать и объяснять свои впечатления и переживания, связанные с болезнью. Отсутствие или недостаток таких способностей приводит к тому, что будет

создана искаженная внутренняя картина болезни. Требуются также значительные волевые усилия. Без них невозможно сосредоточиться на своих переживаниях, сопоставить их с пережитым прошлым, т. е. дать им оценку.

Представления детей о влиянии лекарственных средств на организм и о самом процессе лечения своеобразны: дошкольники боятся переливания крови, так как думают, что «вытечет вся кровь», а внутривенных инъекций – из-за возможности «утонуть». Большинство детей не представляют, как они могли бы помочь своему выздоровлению. Только меньшая часть предполагает, что пребывание в постели – одно из условий выздоровления. Треть же обследованных лечение понимают как наказание или что-то враждебное. Очень немногие дети относят к лечебным воздействиям прием лекарств через рот и ограничение активности, но значительно чаще – хирургические операции. Дети требуют специального объяснения необходимости приема лекарства и создания положительного эмоционального отношения к лечению в целом. Понимание роли медицинского персонала в процессе лечения различно не только в зависимости от психической зрелости ребенка, но и от предшествующего опыта лечения, культуры семьи и психологической атмосферы в ней. Дети нередко просят медсестер быть рядом с ними при врачебных осмотрах, а по завершении острого периода болезни с благодарностью вспоминают их и врачей. Понимание роли врачей с возрастом становится все более четким. Информация о переносимой в данный момент болезни может быть получена от родителей, других взрослых, сверстников, из школьной программы и книг, радио- и телепередач. Для ребенка наиболее эмоционально значимы сведения, получаемые от родителей. Именно к ним он обращается за разъяснениями, они вводят его в лечебное учреждение и приглашают врача. С малых лет ребенок верит в непогрешимость родительских сведений. Отсюда ясно, что как общая, так и медицинская культура семьи, определяющая представления о болезни, будет участвовать в формировании отношения к болезни у ребенка. Иллюстрацией такого влияния может быть утрированная забота о ребенке, проявляемая ипохондричными родителями, которые «трясутся» не только из-за собственного, но и из-за его здоровья. Именно в этих случаях у ребенка, не способного проверить правоту родительских опасений из других источников, возникает пессимистическая оценка своего заболевания, отражающая общую атмосферу в семье. Влияние других взрослых, в первую очередь, зависит от их положения по отношению к детям. Если ребенок глубоко привязан, например, к воспитателю детского дома, интерната, то взгляд взрослого на болезнь будет принят ребенком без особенной критической переработки. Оценки прочих людей могут отразиться на внутренней картине болезни лишь при особой внушаемости ребенка. Более старшие дети много времени проводят в группах сверстников. Мнения товарищей о болезни, подчас наивные, а иногда и нелепые, могут стать составной частью отношения к болезни.



Старшие дети знакомятся с научно-популярными программами радио, телевидения, статьями в журналах и книгами. Однако эти источники без комментариев взрослых не только не приводят к желаемому результату, но и часто осложняют положение. Дети нередко неправильно понимают информацию, не умеют ее применить для облегчения своего состояния, пугаясь того, что узнали. Еще большие затруднения испытывает тот, кто не может получать правильную информацию о болезни в семье и, столкнувшись с новыми для него понятиями, должен менять свое отношение к болезни. Возникающий конфликт приносит дополнительные психологические трудности и препятствует созданию адекватной внутренней картины болезни.

Преобладающее эмоциональное отношение, вытекающее из особенностей личности ребенка, также может оказаться решающим при формировании внутренней картины болезни. У детей с невропатическими или истероидными чертами (робостью, эмоциональной слабостью, взрывчатостью или неустойчивостью под влиянием предрасположенности и воспитания) формируются те или иные преобладающие эмоции и направленность интересов, определяющие различное отношение к болезни. В связи с особенностями эмоциональных отношений могут возникнуть три типа внутренней картины болезни: 1) гипонозогнозический – с эмоциональной недооценкой симптомов, игнорированием болезни, завышением ожидаемых результатов лечения; 2) гипернозогностический – с избыточной эмоциональной напряженностью связанных с болезнью переживаний, преувеличением тяжести проявлений заболевания, неверием в успешность лечения; 3) прагматический – со стремлением к реальной оценке заболевания и его прогноза, хорошим контактом с врачом и желанием выполнять все лечебные предписания.

Были описаны различные варианты реакций детей на болезнь: тревожнофобический, депрессивно-астенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогностический. Все эти типы отношения к болезни, наблюдающиеся в детском возрасте, формируются не только благодаря эмоциональной, но и интеллектуальной оценке своего состояния. Из-за недостатка или неправильности сведений о болезни, из-за невозможности критического отношения к переживаемому, из-за фиксации на определенных частях тела у взрослых и у детей возможно искажение внутренней картины болезни. На формирование отношения к болезни также оказывают влияние сопутствующие психотравмирующие обстоятельства. К их числу, в первую очередь, относится направление в больницу, которое сопровождается отрывом от родителей, сверстников, учебных или иных занятий, ограничением подвижности, утратой перспективы, переживанием разочарования. У детей до 11 лет сама госпитализация, даже без связанных с болезнью и лечением переживаний, возбуждает такой страх, что он нередко вытесняет полученную перед больницей подготовку. Причина этого страха в отрыве ребенка от людей, к которым он наиболее привязан. При этом, чем больше

самостоятелен ребенок, тем выше его способность быть одному, вдали от близких. Прекращение посещения детсада или школы, нарушение обычного ежедневного режима, все это вместе с отрывом от родителей, братьев и сестер, товарищей по играм и учебе, от привычных вещей и занятий нарушают у ребенка чувство безопасности и уверенности в своем благополучии. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от возраста, семейных отношений, продолжительности госпитализации, числа и характера предшествующих поступлений в больницу, природы заболевания, подготовки перед направлением в стационар, посещения родителей, проводимых лечебных процедур, средств, используемых для ослабления тревоги у ребенка, реакции родителей, восприятия ребенком госпитализации. Дети первой половины года при госпитализации страдают не только от разлуки с матерью, обеспечивающей их физические и эмоциональные потребности, но и от наличия чужих лиц, что приводит к тревоге, нарушению поведения, ослабляет возможности активности и обучения. После 6-7 месяцев, когда уже возникла привязанность к матери, ребенок при отделении от нее не получает необходимых для него подтверждений ее существования, что ведет к тревоге. Ребенок 2-4 лет, хотя уже предполагает, что родители к нему вернуться, но из-за неразвившихся представлений о времени не знает, когда это случится, и потому очень тревожится, часто не может устанавливать новые отношения на новом месте. Реакции ребенка до 5 лет на госпитализацию могут быть затяжными. После выписки у 1/5 детей обнаруживают трудности приспособления, нарушения поведения, раздражительность, непослушание, расстройства сна, реже – непроизвольное мочеотделение, эмоциональную взрывчатость, расстройства аппетита, речевые дефекты. Чтобы уменьшить психическую травму в связи с госпитализацией, в процессе подготовки к ней ребенку следует по возможности понятно объяснить все, что с ним произойдет в больнице, тогда и внутренняя картина болезни будет более адекватной. Значительно уменьшают тревожное напряжение ребенка в больнице посещения родителей и близких (братьев, сестер, других родственников). Таким образом, становится понятно, что переживания ребенка во время заболевания могут усугубить его состояние, помешать проведению лечения, вмешаться в процесс выздоровления. Настроение больного, а вместе с ним и его физическое состояние могут ухудшаться в связи с чрезмерным чувством вины, которое испытывает ребенок перед родителями за то, что возникло заболевание. Ухудшение общего самочувствия маленького ребенка может быть следствием боязни, что родители оставили его в больнице навсегда. Пессимистическое представление об исходе заболевания, как правило, утяжеляет его симптомы и в действительности затягивает выздоровление. На течении заболевания может сказаться неблагоприятная обстановка в семье. Постоянные волнения, например, из-за непрекращающихся конфликтов резко ухудшают эмоциональный фон, а вместе с ним и силу сопротивляемости организма против болезни.

Особыми чертами характеризуется и психорегуляция учебной деятельности детей с соматическими нарушениями, как доказывает в своем исследовании В. А. Штраус. Автор, в частности, подчеркивает, что дети с соматическими нарушениями вследствие ситуации болезни отличаются от здоровых сверстников особенностями физического и психического развития. При этом развитие ребенка с соматическими нарушениями не замедлено, а является качественно иным.

По мнению ряда исследователей (Б. С. Братусь, Б. В. Зейгарник, В. В. Николаева), субъективно тяжелое соматическое заболевание качественно меняет социальную ситуацию развития ребенка: меняется объективное место, занимаемое им в жизни (в силу изменения его возможностей и ограничения контактов с другими людьми), внутренняя позиция по отношению к себе и окружающей действительности, что влечет за собой изменение личности. У детей с соматическими нарушениями заметно меняется отношение к окружающему миру, наблюдаются изменения в развитии самосознания, в динамике познавательной деятельности. Подобные изменения в развитии отражаются на уровне осознания ребенком состояния здоровья и развитии уверенности в себе.

Данные изменения наблюдаются в большей мере в подростковом периоде. Отношение к учебной деятельности младших подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, и ее продуктивность зависят от своеобразия индивидуально-психологических особенностей их личности, участвующих в психической регуляции учебной деятельности. Развитие качеств и особенностей личности подростков, участвующих в психической регуляции учебной деятельности, позволит изменить отношение учащегося к себе, к деятельности, к болезни и будет способствовать выздоровлению учащихся-подростков. Дети с соматическими нарушениями, вследствие ситуации болезни, отличаются от здоровых сверстников особенностями не только физического, но и психического развития. Как правило, хронические заболевания в подростковом возрасте сопровождаются качественно иным формированием личности, так как именно в этот период происходит основное становление ребенка как личности, а движущей силой этого развития является собственная деятельность ребенка по овладению действительностью, опосредованная его отношениями со взрослыми. Психическая деятельность больного ребенка меняется не потому, что при соматических нарушениях начинают действовать какие-то особые психические механизмы, а потому, что те же самые механизмы действуют в особых вызванных и измененных болезнью условиях. При этом болезнь является лишь биологической предпосылкой изменения личности. Серьезное и длительное соматическое нарушение приводит к общим стойким изменениям внутреннего мира ребенка и всего его психического облика.

Характерной особенностью младших подростков, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания, является эмоциональная неустойчивость в ситуациях опроса, выполнения контрольных заданий,

экзаменов, недостаточное развитие эмоционально-волевой и коммуникативной сфер личности, несформированная или заниженная самооценка, повышенная тревожность, блокирование эмоций, несформированность собственной системы ценностей, зависимость от лиц значимого окружения, от мнения окружающих. Наличие указанных характеристик личности таких детей, на наш взгляд, снижает их социальную активность и успешность в различных видах деятельности, на что необходимо обратить внимание при организации учебно-воспитательной работы с данными учащимися.

Характерными особенностями младших подростков с хроническими заболеваниями без нарушения дыхания являются: пассивность, вялость, безынициативность в ситуациях опроса, выполнения контрольных работ, экзамена, высокая эмоциональная чувствительность, напряженность, эмоциональная незрелость, неуверенность, тревожность, сниженная целеустремленность, безынициативность, низкая самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам. Данная ситуация приводит к снижению продуктивности и активности больного ребенка в целом, что ведет за собой снижение настойчивости, самостоятельности, организованности, инициативности, познавательной активности, трудолюбия, самоконтроля.

Для младших подростков, предрасположенных к развитию хронических заболеваний дыхательной системы, характерны следующие личностные особенности: эмоциональная устойчивость, уверенность в себе. Следует отметить, что данная группа испытуемых имеет, с одной стороны, более высокие показатели по вышеуказанным параметрам по сравнению с хронически больными подростками, а с другой – отмечается снижение результатов этих характеристик по сравнению со здоровыми детьми. Такие дети не полностью задействуют свой энергетический потенциал и жизненные силы организма по борьбе с болезнью, что происходит в ситуации хронического заболевания, поэтому они более активны и успешны в различных видах деятельности, в том числе в учебной и внеучебной.

При этом они готовы к успешному выполнению деятельности, но в процессе ее выполнения они неактивны и неторопливы, что оказывает негативное влияние на конечный результат. В процессе общения подросткам данной группы свойственна высокая конформность и зависимость от мнения окружающих.

Исследование качеств личности хронически больных подростков, обеспечивающих перспективу их личностного развития, позволило автору выявить определенные различия в восприятии учащимися качеств реального и идеального школьника, а также взрослого человека, добившегося успеха.

При оценке качеств своей личности младшими подростками с хроническими заболеваниями дыхательной системы доминирующую позицию занимала «воспитанность» (ее в своих ответах выделяют 83% всех опрошенных подростков), «любопытность» (71%) и «послушание» (70%), что подтверждено результатами экспериментального оценивания. Вышеназванные качества подростки отмечают и у идеального школьника,

однако первое ранговое место в иерархии личностных качеств занимает «организованность». Данный факт следует учитывать при организации воспитательной работы с данным контингентом учащихся.

При рассмотрении качеств личности взрослого, имеющего успех в жизни, связанных с перспективой личностного развития, первые ранговые места занимают «ответственность» (70%) и «доброта» (61%). Можно предположить, что данные качества у испытуемых недостаточно развиты, на что следует обратить внимание педагогов, психологов и родителей. При этом в структуре взаимоотношений «ребенок – взрослый» такие дети испытывают дефицит доброжелательного отношения.

При оценивании себя младшие подростки с хроническими заболеваниями без нарушения дыхания на первое ранговое место в иерархии качеств личности ставят «воспитанность» (100%), «доброта» (100%), «организованность» (79%) и «трудолюбие» (78%). При оценке качеств идеального школьника испытуемые выделяют «воспитанность» и «трудолюбие» (53% и 61% соответственно). При оценке успешного взрослого первое ранговое место занимает «доброта» (51%).

В оценке себя у младших подростков группы риска выделяются качества, характеризующие организационно-деятельностную (морально-нравственную) сферу: «воспитанность» (72%), «доброта» (60%), «честность». При оценивании идеального школьника доминирует «воспитанность» (72%); при оценке успешного взрослого первые ранговые места занимают «творческий подход в деятельности» (83%), «способность быстро привыкать к новому окружению и новым условиям» (63%), «независимость» (61%), «познавательная активность» (61%), «ответственность» (60%), «умение совместно работать» (60%), «открытость» (60%), «прямота» (59%). Последнее указывает на отличие от первых двух групп.

Испытуемые данной группы выделяют ряд показателей, занимающих ведущие места, которые, на наш взгляд, востребованы в настоящих социальных условиях, что позволяет говорить о наличии более сформированных представлений подростков о реалиях современного общества и, может быть, о своем будущем.

Поэтому, В. А. Штраус рекомендует в работе с такими детьми широко практиковать:

1. Групповые занятия, направленные на снятие эмоционального и физического напряжения и мобилизацию физических сил организма: релаксационная гимнастика. Дыхательная гимнастика, психогимнастические упражнения поддерживающего и укрепляющего характера, выполняемые в условиях водной среды (в бассейне) и связанные с регуляцией дыхания.

2. Групповые занятия, направленные на оптимизацию уровня развития эмоциональной сферы подростка с соматическими нарушениями.

3. Групповые занятия, направленные на совершенствование значимых для ребенка свойств и качеств, способствующих формированию успешного коммуникативного поведения и уверенности в себе.

Т. И. Миронова, Н. П. Фетискин, сосредоточив главное внимание на изучении групповых процессов в лечебно-образовательных учреждениях, на основе контент-анализа тематических сочинений «Восприятие себя в период болезни» и «Моя болезнь и окружающие люди» предприняли попытку составления личностного и обобщенного группового психологического портрета детей с соматическими нарушениями. В ходе контент-анализа указанных сочинений и обработки опросных данных было выявлено три типичных структурных компонента: перцептивная самооценка, формы эмоциональных переживаний и поведения, виды актуализированной поддержки. Характеризуя результаты самоперцепции, авторы отмечают, что почти все выделенные личностные качества имеют негативную модальность и высокую степень выраженности. Так, более 80%-ю выраженность имели следующие эмоционально-личностные особенности: беспомощность, раздражительность, неполноценность, ненужность, подавленность, слабость, замкнутость, апатичность.

Среди особенностей негативной самооценки они выделили и такое качество, как внешняя «непривлекательность». Оно встречалось у 76% госпитализированных детей. Как правило, это отмечалось в следующих формах: «думаю, что кажусь окружающим очень некрасивой»; «испытываю недовольство собой, своим внешним видом из-за насморка и чихания»; «во время болезни воспринимаю себя дряхлой старушкой».

Должного внимания в структуре перцептивной самооценки заслуживает и высокое проявление замкнутости, которое находит свое выражение в стремлении к уединению (97% случаев).

По мнению В. А. Барабанщикова, при стрессе у людей изменяется не только характер физиологической и психологической активности, но и показатели активности общения. Объяснение негативной перцептивной самооценки детей в период болезни, очевидно, следует искать в доминирующем воздействии двух факторов эмоционального стресса: дискомфортные переживания, связанные с госпитальной десоциализацией (беспомощность, ненужность, неполноценность, неудачливость или неуспешность) и неготовность принятия дискомфортных условий жизнедеятельности и социальнорольевых позиций, а также стрессового дискомфорта на уровне возрастающего чувства острой тоски. Интеграция этих стрессогенных факторов в период начальной госпитализации, видимо, и обуславливает негативизм перцептивной структуры личностной самооценки.

Специальное исследование индивидуального и группового настроения подтвердило объективность выше отмеченных результатов и отличие эмоционального фона в обычных детских временных объединениях и ВЛОГ. Так, вместо «фестивального настроения», характерного для временных детских объединений (Б. Я. Гиндис и др.), в исследуемых группах первоначальный период протекал на фоне острого эмоционального стресса, в форме страха, высокой тревожности, депрессии, печали и раздражительности. Результаты исследования группового настроения по методике «цветопись настроения» (А. Н. Лутошкин) на 48-ми ВЛОГ

убедительно подтвердили гипотезу о несовпадении индивидуального и группового настроения. Максимальное различие этих настроений наблюдалось в начальном и на завершающем этапах госпитализации. Максимальное совпадение динамики настроения было характерно для ВЛОГ, находящихся на среднем этапе госпитализации, – «адаптивное вживание».

В целом сопоставление динамики эмоциональных состояний в ВЛОГ и других детских объединениях позволяет говорить о наличии существенного эмоционального контраста между ними. Для ВЛОГ является типичным доминирование острой негативной эмоциональной модальности (особенно в первоначальный период госпитализации), с последующим маятникообразным развитием в зависимости от стадий группового развития по следующей схеме доминирующих модальностей: «негативная – позитивная – негативная».

В ходе анализа разнообразных эмпирических данных было выявлено три группы референтных барьеров, оказывающих значимое влияние на процессы групповой динамики детей с соматическими нарушениями в период их госпитализации. Первую группу составили депривационно-стрессогенные условия госпитализации (изоляция от ближайшего социального окружения, однообразие больничной жизни, пространственно-бытовой дискомфорт и др.). Среди личностных барьеров следует отметить негативное влияние преобладания в ВЛОГ (начальный и конечный этапы госпитализации) неблагоприятных эмоциональных состояний, ситуативное снижение личностной самооценки, способствующей проявлению пассивности и защитных мотивов в познавательно-коммуникативной деятельности. Содержание социально-психологических барьеров составили доминирование пассивно-ролевой позиции «Я – больной» и пассивно групповой направленности, ограниченные возможности для совместной деятельности, сменность состава в ВЛОГ, отсутствие организующего формального ядра в этих группах и доминирование индивидуально-совместной деятельностной формы.

Обобщая полученные эмпирические данные, авторы отмечают, что выявленная динамика общения в ВЛОГ существенно отличается от динамики общения здоровых детей, находящихся в условиях большей комфортности и соревновательной активности.

Принимая во внимание тот факт, что одной из основ жизнедеятельности и формального образования ВЛОГ является учебная деятельность, было бы целесообразно остановиться на некоторых ее особенностях. Говоря об обучении детей в больничных условиях, следует отметить, что современное обучение детей в больничных условиях мало чем отличается от общеобразовательной школы – оно носит классно-урочный характер со всеми содержательными и организационными особенностями. Вместе с тем, болезненный ребенок, тем более класс больных детей, требует специальной подготовки учителя и, прежде всего, социально-психологической для работы с такими детскими объединениями.

Кроме того, обучение детей осуществляется во взаимосвязи с адаптацией к новой социальной среде (медперсоналу, лечебным процедурам, педагогам и сверстникам, изолированности от привычного окружения, комфорта, жесткий режим и др.), нередко проходит на фоне стрессов, депрессии, неврозов или конфликтности и фобий. Медперсонал, ориентированный на излечение, воспринимает этот эмоциональный фон как привычное явление, проходящее по ходу улучшения состояния здоровья. Однако, помимо лечения, дети в этот период должны еще и учиться. Обучение проходит в обычной классно-урочной форме. И, несомненно, весь негативный эмоциональный фон проявляется именно в процессе учебной деятельности. Обычно это выражается в форме отказов от выполнения домашних заданий, в психосоматических защитных реакциях, аутичности, пассивности и др., в связи с чем возникает потребность исследования не только самой феноменологии данных временных лечебно-образовательных групп, но и разработки оптимальных социально-психологических условий, способствующих оптимальному воздействию в системах: «педагог – учащийся», «учащийся – учащиеся».

Перечисленные выше факты дают основание полагать, что не только условия госпитализации характеризуются депривационностью, но и образовательный процесс в том числе.

Образовательная депривация в условиях госпитализации объясняется и другими причинами. Одной из них может быть конфликтность ролевых позиций. На внутриличностном уровне это проявляется на соотношении позиции «Я – больной», «Я – школьник», «Я – ученик», «Я – личность». В первоначальном периоде доминирует позиция «Я – больной». Затем, по мере выздоровления, эта позиция нередко выступает как защитно-имитационная. Конфликтность этой квазипозиции переносится в сферу взаимоотношений «ребенок – медперсонал», «ребенок – педколлектив». Причем в этой ситуации позиция «Я – больной» (имеется в виду «Я – квазибольной», на средней и конечной стадиях госпитализации) резко возрастает в позиции «Я – личность», сопряженная с правами больного человека на облегченную деятельность, щадящий режим, сострадание и соучастие.

Следовательно, переживания психологического и соматического стресса в сочетании с социальной депривацией, гиподинамией, дискомфортом и психологическим вакуумом, несомненно, требуют разработки и применения самых разнообразных и дифференцированных форм социально-психологической поддержки детей с соматическими нарушениями.

Для детей в период болезни актуализированными формами поддержки являлись моральная поддержка (80% случаев), внимание (65%), предложение помощи (40%), доброжелательные советы (93,5%) и интерес к самочувствию (20%) в период госпитализации. Они в большей степени нуждались в заботе (100%), поддержке (97%), ласковых обращениях (84%), понимании (62%). Что же касается помощи в виде советов, приобретении лекарств, проявлении жалости, то они не превышали уровень 40% случаев.



Таким образом, отметим, что в отношении детей и подростков с соматическими нарушениями необходимо, организуя воспитательную работу, учитывать все тонкости их состояния здоровья, факторов, влияющих на его неухудшение, готовить к работе с такими детьми медицинский персонал, родителей, педагогов и самих больных детей. Чтобы этот процесс протекал успешно, нужна модель как предполагаемый образ действия, который учитывает многообразие факторов влияния.

## **СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

### **Специфика организации профориентационной работы с лицами с нарушениями зрения**

Традиционно выбор профессий для лиц с нарушениями зрения тесно связан с медицинскими противопоказаниями. Такими противопоказаниями считаются: высокая и средней тяжести физическая нагрузка, определенная рабочая поза, связанная с физическим неудобством, чрезмерная и средняя, но значительная нервно-психическая нагрузка, неблагоприятные метеорологические условия, например в «горячем» или «холодном» цеху, контакт с являющимися вредными веществами 1, 2, 3, классов опасности, напряжение зрения выше пограничного уровня, производственный шум, вибрация, частые наклоны туловища, ультразвук и различные виды излучения выше предельно допустимых уровней, освещенность рабочего места ниже нормы, напряжение зрения при работе с размером менее 0,5 мм, работа в вечернюю смену, в цехах, имеющих движущиеся или перемещающиеся аппараты, устройства и оборудование.

Помимо этого, у лиц с нарушениями зрения выделяют ряд психофизиологических особенностей, определяющих специфику их предпрофессиональной подготовки.

1. Ограничения внешних впечатлений имеет негативное влияние на формирование качеств внимания. Медлительность в процессе восприятия, который во многом с помощью тактильного или нарушенного зрительного анализатора влияет на скорость переключения внимания и проявляется в снижении объема и устойчивости внимания. Поэтому, чтобы создать условия для эффективного обучения, необходимо обеспечить поток информации по сохранным способам восприятия. Сосредоточенность внимания на анализе информации, полученной только одним органом восприятия (например, только слухом или тактильно), не может создать у слабовидящих полный образ предмета или образ производственного процесса, что приводит к

неточности осуществления учебных или трудовых операций. Тем не менее, качества внимания – активность, направленность, интенсивность, стабильность – могут быть хорошо развиты, достигать, а иногда и превышать уровень развития этих качеств у нормально видящих людей.

2. Информация, получаемая слабовидящими, ограничена и вызывает такую их особенность, как схематизм зрительного образа, его неполнота. Восприятие нарушено в образе объекта; могут отсутствовать не только менее важные особенности, но и главные, что приводит к значительной неточности изображения. Недостатки бинокулярного зрения (полного зрения обоими глазами) слабовидящих могут привести к так называемой пространственной слепоте – нарушение пространственного восприятия, на что следует обращать внимание при обучении, к примеру, рисованию и черчению.

3. Слуховое и тактильное восприятие компенсируют отсутствие или недостаточность визуального восприятия слабовидящих лиц. Скорость получения тактильных образов невелика, но двигательная чувствительность выступает основной в процессе мобильности и ориентировке в пространстве. При отсутствии визуального контроля незрячими используется управление организмом на базе двигательной и тактильной чувствительности. Лица с нарушениями зрения уступают людям с нормальным зрением в координации движений, оценки движений и степени мышечного напряжения в процессе разработки и осуществления рабочих производственных операций.

4. Слух имеет большее значение в деятельности слабовидящих, чем у людей с сохранным зрением. Развитию слуховой чувствительности способствует необходимость ориентации в пространстве и осуществление различных действий, которые необходимо дифференцировать, нужно локализовать источники звука (например, определять направление звука). Однако эти качества могут помешать успешному осуществлению профессиональной деятельности у лиц с нарушениями зрения в условиях производства с высоким уровнем шума, вибрации, долгосрочных звуковых эффектов. А сильные звуковые раздражители могут содействовать развитию у слабовидящих людей утомлению слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

5. В запоминании информации у незрячих и слабовидящих играет важную роль значение самой информации. Из-за большого количества понятий, не имеющих для слабовидящих лиц такого же значения, как для нормально видящих, их хранение в памяти теряет свой смысл. Таким образом, огромную роль в успехе ассимиляции информации в профессиональном обучении будет играть необходимость практического применения тех или иных знаний и навыков.

6. Люди с нарушением зрения в основном используют зрительную информацию о предмете как основную, и это ведет к искаженному восприятию многих предметов. Поэтому важно развивать пространственную ориентировку на слух, обоняние, осязание.

## **Организация профориентационной работы с лицами с нарушениями слуха**

Перспективы получения профессионального образования лицами с нарушенным слухом зависят не только от качества полученного образования, но и тяжести нарушения слуха, степени развития словесной речи, влияния ближайшего социального окружения, мнения и ожиданий семьи и т. д. Кроме того на выбор модели, методов и приемов профориентационной работы с данной категорией обучающихся влияет то, что:

1. На построение профессиональных планов обучающимися принципиально влияет степень выраженности слухового дефекта. С одной стороны, не слышащие обучающиеся в большей степени фиксированы на своем слуховом дефекте, и видят в нем основную причину, которая вообще не дает им возможности заниматься профессиональной деятельностью. С другой стороны, зачастую не слышащие относятся к своему дефекту не критически. Степень выраженности слухового дефекта существенно изменяет круг профессиональных ориентаций.

2. Уровень притязаний обучающихся с нарушением слуха не всегда адекватен их возможностям. Иногда обучающиеся данной категории выбирают для себя виды труда, недоступные им вследствие потери слуха. В связи с этим одной из основных задач профориентационной работы с обучающимися с нарушенным слухом является формирование профессиональных интересов ребят, при котором должно предусматриваться согласование притязаний с реальными возможностями получения соответствующего образования.

3. Обучающиеся с нарушениями слуха (в большей степени глухие) обладают меньшим по сравнению со слышащими уровнем общеобразовательной и политехнической подготовки.

4. Недостаточное развитие словесной речи не слышащих затрудняет получение информации о профессиях.

5. Нарушение слухового анализатора весьма затрудняет, а подчас исключает возможность пользования источниками информации, которые предназначены для слышащих обучающихся.

При организации профориентационной работы со слабослышащими необходима особая фиксация на артикуляции выступающего – следует говорить громче и четче, подбирая подходящий уровень. Восприятие словесной речи посредством считывания с губ требует полной сосредоточенности на лице говорящего человека. Поэтому проведение занятий требует как от педагога, так и от обучающихся повышенного напряжения внимания, что ведет к более быстрому, чем у обучающихся с нормальным слухом, утомлению и потере устойчивости внимания.

С целью получения обучающимися с нарушенным слухом информации в полном объеме звуковую информацию нужно обязательно дублировать зрительной. Специфика зрительного восприятия слабослышащих влияет на

эффективность их образной памяти – в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки.

Процесс запоминания у лиц с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению нового материала с усвоенным ранее.

Произвольное запоминание отличается тем, что образы запоминаемых предметов в меньшей степени организованы, чем у слышащих (медленнее запоминаются и быстрее забываются).

При запоминании словесного материала у неслышащих и слабослышащих с тяжелой степенью поражения могут наблюдаться замены слов: замены по внешнему сходству звучания слова, смысловые замены; некоторые основные понятия обучающимся с нарушенным слухом необходимо объяснять дополнительно.

Внимание у обучающихся с нарушенным слухом в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала: чем они выразительнее, тем легче слабослышащим выделить информативные признак предмета или явления.

В процессе профориентационной работы рекомендуется использовать разнообразный наглядный материал. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством наглядного материала. Обучающую функцию выполняют компьютерные модели, лабораторные практикумы и конструкторы.

### **Специфика организации профориентационной работы с лицами с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)**

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 нарушения. 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 стоя.

При трудоустройстве лица с легкой степенью умственной отсталости 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 обычных 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 умственной отсталостью и с основным типом дефекта психики бывает затруднена только при длительном отрыве от трудовой деятельности или 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.

Прогноз трудоспособности у лиц с умственной отсталостью, имеющих эмоционально-волевые нарушения. Психопатоподобный вариант указанного нарушения характеризуется неуравновешенностью, легкостью возникновения аффектов, отсутствием эмоциональной зрелости, что затрудняет социальнотрудовое приспособление этих лиц и своевременное формирование у них трудовых навыков. Специфической особенностью их умственной деятельности является нарушение активного внимания, недостаточная способность к концентрации, быстрая истощаемость волевого усилия. Профессиональные навыки у них вырабатываются довольно быстро, но они неустойчивы. Особенно в начале трудовой адаптации они требуют руководства деятельностью и индивидуального подхода с учетом их склонностей к определенному виду труда. Также в начале трудовой адаптации у них часто ухудшается состояние, сильнее проявляются психические нарушения. Это приводит к тому, что многие лица с психопатоподобным типом дефекта чаще всего не работают, несмотря на легкую степень умственной отсталости. Оптимальной при эмоционально-волевых нарушениях в структуре дефекта (психопатоподобный вариант) является индивидуальная форма организации труда. Она предусматривает работу в отдельном помещении или небольшом коллективе на изолированных участках, подбор видов труда, обеспечивающих свободный темп деятельности, со сменой рабочих приемов: работа на вспомогательных

участках, по сборке галантерейных изделий, изготовление и роспись сувениров, искусственных цветов, плетение матов, корзин, работа клепальщика, упаковщика, уборщика, дворника, на переборке овощей, на подсобных работах, в надомном производстве и др.

Лица с умеренной умственной отсталостью, чертами торпидности в эмоционально-волевой сфере или со сложным типом дефекта имеют наименее благоприятный прогноз трудоспособности. Особенности нарушений психической деятельности снижают их возможности к адаптации и препятствуют формированию устойчивого трудового стереотипа. К неблагоприятным показателям в данном случае относят: психомоторную заторможенность, значительное расстройство памяти и внимания, отсутствие интереса к какой-либо деятельности.

При грубых очаговых неврологических проявлениях трудовая адаптация затруднена не только в связи с выраженностью интеллектуальной недостаточности, но и с неуравновешенностью, повышенной возбудимостью, конфликтностью. Из-за недоразвития моторики крайне затруднено освоение элементарных трудовых операций. В период трудовой адаптации требуется постоянная помощь, активизирующее воздействие и контроль, необходимы многократные разъяснения смысла работы, наглядные повторения трудовых операций. В этот период работа может осуществляться не систематически, без проявления интереса к своим обязанностям и заработку. В процессе труда отмечается некоторая активизация психомоторной деятельности и повышение работоспособности.

Лица с умеренной умственной отсталостью с торпидным и сложным вариантом нарушения, как правило, нетрудоспособны в обычных производственных условиях. Адаптация их к труду возможна только в особо созданных, преимущественно надомных, условиях при выполнении отдельных элементарных операций физического труда под наблюдением родственников.

Окончательный выбор сферы профессиональной деятельности предпочтительно осуществлять на основе проведения профессиональных проб в соответствующих учебно-производственных или лечебно-трудовых мастерских для того, чтобы обучаемый смог адекватно оценить свои возможности и интересы, а соответствующий специалист по профессиональной реабилитации определить его профессиональную пригодность к данному виду труда.

### **Организация профориентационной работы с лицами, имеющими соматические нарушения**

Прежде всего, необходимо использовать в работе такие приемы педагогического воздействия, которые соответствуют возрастным возможностям обучающихся, учитывают показатели их зрелости. При этом следует помнить о том, что актуальный физиологический возраст не всегда

совпадает с паспортным, так как темп созревания организма и условия его развития могут быть разными.

Наряду с возрастными особенностями детей необходимо учитывать их индивидуальные особенности, вызванные влиянием внутренних и внешних факторов развития.

К внешним факторам относится неблагоприятное окружение.

К внутренним факторам относятся различные воздействия биологического характера, перенесенные ребенком на ранних этапах развития. Они накладывают свой отпечаток и требуют специального психолого-медико-педагогического подхода в работе с ними.

Остановимся на некоторых из них.

Например, в анамнезе (со слов родителей или записей в медицинской карте) отмечено, что у обучающегося имеет место гидроцефальный синдром. Он может проявляться при разных заболеваниях и сопровождаться повышенным внутричерепным давлением. У таких обучающихся могут быть ухудшения самочувствия: головные боли, плохой сон, колебания настроения и др. Эти состояния часто возникают при умственных перегрузках; при выполнении деятельности, связанной с наклоном головы, резкими прыжками; при изменениях атмосферного давления, пребывании в душном помещении. Механические травмы (ушибы головы при падении) могут спровоцировать ухудшение состояния. Таким детям нужно больше бывать на воздухе, нельзя перегружать их зрительными, шумовыми занятиями.

Если в анамнезе обучающегося зафиксированы травмы головного мозга, то следует знать, что эту категорию детей характеризует повышенная истощаемость, которая может сопровождаться нарушениями сна, ухудшением аппетита, головными болями, неуравновешенностью поведения. Кроме того, могут отмечаться трудности запоминания, сохранения и воспроизведения предложенного задания. В ходе работы дети с трудом удерживают внимание, что сказывается на качестве их деятельности. Они не реализуют свой умственный потенциал, особенно если объем задания выше их возможностей. Ухудшаются результаты к концу занятий, а также при работе в душном и шумном помещении. Все это обуславливает необходимость создания охранительного педагогического режима для данной категории детей.

Особого внимания требуют обучающиеся с таким текущим заболеванием головного мозга, как эпилепсия. Если припадки редки и проявляются в виде незначительных судорожных состояний (в виде вздрагиваний, морганий, гримас т. п.), не отмечается расстройств сознания и по заключению врачей эти дети могут обучаться в коллективе сверстников.

Основной чертой этих обучающихся является резко выраженная инактивность всей психической деятельности. Они медлительны во всем: игре, занятиях, самообслуживании, медленно усваивают даже простейшие навыки. Мышление их отмечается тугоподвижностью, особенно при переключении на новые способы выполнения предложенной задачи. Им трудно запоминать и воспроизводить материал, поэтому требуется больше

наглядности. Важно также ограничивать объем предлагаемого материала, не надо торопить его при выполнении работы, чтобы не вызвать волнения и раздражения.

Инертность у данной категории обучающихся проявляется не только в интеллектуальной, но и в эмоционально-волевой сфере. Ребенок, которому показалось, что его обидели, долго помнит это. В характере появляются такие качества, как вспыльчивость, желание выместить свою обиду на других (обычно на более слабых).

Помимо вышесказанного для соматических нарушений характерны сезонные обострения состояния (как правило – весна и осень), и именно в эти периоды ребенок чувствует себя хуже всего, его часто госпитализируют. В этих случаях необходимо учитывать особенности работоспособности и уровня психической активности обучающихся.

В этот период педагогам необходимо:

- дозировать скорость и объем изучаемого материала, в зависимости от состояния ребенка (так один день ребенок может без перерыва работать и 15-20 минут, а в другой раз – нуждается в более частых паузах, сам отвлекаясь на разговоры);

- привлекать ребенка к заданиям «непривычным» для него способом – например, «ты сегодня сам будешь оценивать свою работу и ставить оценку»;

- если ребенок чрезмерно критичен, требователен к самому себе – его необходимо похвалить за сделанное (не только успешно сделанное), сняв тем самым тревожность, и дать для работы уже хорошо известные ему задания, в которых он чувствует себя уверенно. Это поможет эмоционально поддержать ребенка и повысить уровень его психического ресурса;

- следует помнить, что именно в состоянии тревоги ребенок «тратит» большую часть своего психического ресурса «на ветер», так как многих детей волнение не мобилизует;

- минимизировать волнение ребенка можно разными способами – шуткой, снятием напряжения – «сегодня трудно не будет», рассказом о своих (педагога) «сегодняшних неприятностях» – дозированная жалоба;

- ребенок может находиться и в состоянии повышенного настроения, быть не критичным, но быстро уставать и быть замедленным. В этих случаях нужно обязательно удерживать дистанцию, быть требовательным к принятым на занятии правилам, но снижать объем изучаемого материала, делать более частые перерывы в работе.



## ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Перечень рекомендуемых видов профессиональной деятельности лиц с нарушениями слуха и зрения определяется согласно Методическим рекомендациям по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности, утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации (Приказ от 4 августа 2014 г. № 515). В данном документе определен примерный перечень профессий и должностей для различных групп лиц с отклоняющимся развитием, в том числе для лиц с нарушениями зрения и

для лиц с нарушениями слуха. При этом для каждой нозологической группы определено два списка профессий и должностей в зависимости от степени ограничения способности к трудовой деятельности.

Согласно данному документу для инвалидов с нарушением зрения могут быть рекомендованы следующие виды трудовой и профессиональной деятельности:

- а) по характеру рабочей нагрузки на инвалида и его усилий по реализации трудовых задач – умственный и физический труд с рабочими нагрузками в зависимости от степени нарушения зрения;
- б) по характеристикам цели трудовой и профессиональной деятельности, организации трудового процесса, рабочей нагрузки, организации трудового процесса – оперативный (управляющий), операторский (информационное взаимодействие с техникой), творческий (стандартный – преподавание, нестандартный – научная работа, сочинение музыкальных, литературных произведений и др.), эвристический (изобретательство), и однообразный (монотонный) и разнообразный (по содержанию, темпу и т. п.);
- в) по форме организации трудовой и профессиональной деятельности – регламентированный (с определенным распорядком работы), нерегламентированный (со свободным распорядком работы), индивидуальный и коллективный (совместный);
- г) по предмету труда – «Человек – техника», «Человек – человек», «Человек – знаковые системы», «Человек – художественный образ»;

д) по признаку основных орудий (средств) труда – ручной труд, машинноручной труд, труд, связанный с преобладанием функциональных средств;

е) по уровню квалификации – труд любого уровня квалификации, неквалифицированный труд;

ж) по сфере производства – труд на мелких и крупных промышленных предприятиях, в сфере обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торб8

говли, в сельском и лесном хозяйстве, в художественных промыслах, в строительстве и т. д.

В соответствии со всем вышеизложенным, для инвалидов с нарушением зрения рекомендован следующий примерный перечень профессий и должностей. Представленный перечень не имеет градации по степени ограничения к

трудовой деятельности.

Профессии рабочих:

- аппаратчик очистки сточных вод,
- буфетчик,
- вафельщик, вельюрщик, видеотекарь,
- гардеробщик, гладильщик,
- дворник, доставщик проездных документов,
- заготовщик, заготовщик бумажных пакетов, заготовщик материалов и деталей,
- изготовитель художественных изделий из бересты, изготовитель художественных изделий из лозы, испытатель протезно-ортопедических изделий,
- кастелянша, киоскер, кладовщик, коллекционер образцов тканей, комплектовщик белья, комплектовщик деталей игрушек, комплектовщик деталей и изделий из бумаги, комплектовщик изделий, комплектовщик изделий и инструмента, комплектовщик пряжи, ткани и изделий, комплектовщик товаров, комплектовщик фарфоровых и фаянсовых изделий, комплектовщик фильмокопий,
- кондитер, контролер контрольно-пропускного пункта, конюх, костюмер, кроликовод, курьер, кухонный рабочий, кладовщик инструментальной кладовой,
- лаборант по выращиванию медицинских пиявок, лифтер,
- маркировщик, механик протезно-ортопедических изделий, мойщик посуды,
- обработчик справочного и информационного материала, оператор копировальных и множительных машин, оператор котельной, оператор прачечной самообслуживания, оператор разменных автоматов, оператор связи, оператор стиральных машин, официант,

– переплетчик, печатник брайлевской печати, плетельщик мебели, подготовитель белья для глажения, подсобный рабочий, почтальон, продавец непродовольственных товаров, продавец продовольственных товаров, – рабочий бюро бытовых услуг, рабочий зеленого строительства, рабочий по обслуживанию бани, рабочий плодоовощного хранилища, рабочий по благоустройству населенных пунктов, рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий, рабочий по уходу за животными, рабочий ритуальных услуг, регулировщик-настройщик тренажеров, регулировщик пианино и роялей, реквизитор, – садовник, садовод, санитар ветеринарный, санитарка (мойщица), сборщик, сборщик бумажных изделий, сборщик игрушек, сборщик изделий электронной техники, сборщик низа обуви, сортировщик, сортировщик бумажного производства, сортировщик в производстве карандашей, сортировщик в производстве пищевой продукции, сортировщик изделий полуфабрикатов и материалов, сортировщик сырья, материалов и изделий, сторож (вахтер), – уборщик производственных и служебных помещений, уборщик территорий, укладчик изделий, укладчик-упаковщик, – фильмотекарь, фонотекарь, – цветочница, – чистильщик обуви, – экспедитор печати.

Должности служащих:

– агент, агент банка, агент коммерческий, агент по доставке заказанных билетов, агент по заказам населения на перевозку, агент по закупкам, агент по организации обслуживания пассажирских авиаперевозок, агент по организации обслуживания почтово-грузовых авиаперевозок, агент по продаже недвижимости, агент по снабжению, агент рекламный, агент страховой, агент торговый, агроном, адвокат, администратор, администратор гостиницы (дома отдыха), администратор баз данных, администратор информационной безопасности вычислительной сети, администратор дежурный, администратор зала, администратор кино, аккомпаниатор, артист вокально-инструментального ансамбля, артист вспомогательного состава, артист оркестра духового, народных инструментов эстрадно-симфонического, артист хора, ассистент, аукционист, – библиотекарь, биолог, биржевой маклер, брокер (торговый), брокер (финансовый), – вожатый, воспитатель, воспитатель общежития, воспитатель профессионально-технического учебного заведения, врач-методист, врач-специалист по

врачебно-трудовой экспертизе, врач-специалист учреждения  
госсанэпидслужбы, врач-терапевт участковый,  
– диктор, дилер, диспетчер (на телефоне), диспетчер автомобильного  
транспорта,  
– звукооформитель,  
инженер, инженер-исследователь, инженер по звукозаписи, инженер по  
нормированию труда, инженер по организации труда, инженер по охране  
окружающей среды (эколог), инженер по охране труда, инженер по  
подготовке кадров, инженер-программист, инспектор, инспектор-врач,  
инспектор по кадрам,  
инспектор по охране детства, инспектор по охране труда и технике  
безопасности, инспектор по учебной, воспитательной, методической работе,  
производственному обучению и начальной военной подготовке, инспектор  
центра занятости населения, инструктор-методист по адаптивной физической  
культуре, инструктор-методист по лечебной физкультуре, инструктор по  
гигиеническому  
воспитанию, инструктор по трудовой терапии, инструктор по труду,  
– комендант, консультант, консультант по профессиональной реабилитации  
инвалидов, контролер билетов, концертмейстер, культорганизатор, 70  
– массажист, мастер производственного обучения, математик, медицинский  
психолог, менеджер, методист, методист образовательного учреждения,  
методического, учебно-методического кабинета (центра), фильмотеки,  
методист по физической культуре, методист по составлению кинопрограмм,  
методист по экологическому просвещению, младший воспитатель, младший  
фармацевт, музыкальный оформитель, музыкальный руководитель,  
– научный сотрудник (в области математики), научный сотрудник (в области  
статистики), научный сотрудник (в области информатики и вычислительной  
техники), научный сотрудник (в области медицины), научный сотрудник (в  
области образования), научный сотрудник (в области права), научный  
сотрудник  
(в области экономики), научный сотрудник (в области социологии), научный  
сотрудник (в области философии, истории и политологии), научный  
сотрудник  
(в области филологии), научный сотрудник (в области психологии),  
нотариус,  
– оператор по диспетчерскому обслуживанию лифтов, оценщик, оценщик  
интеллектуальной собственности, оценщик (эксперт по оценке имущества),  
– педагог дополнительного образования, педагог-организатор,  
педагогпсихолог, педагог социальный, переводчик, переводчик синхронный,  
переводчик технической литературы, переписчик нот по брайлю, почвовед,  
преподаватель (в колледжах, университетах и других вузах), программист,  
профконсультант, психолог,  
– редактор музыкальный, режиссер, репетитор по вокалу, репетитор по  
технике речи,

- скульптор, советник, социальный работник, социолог, специалист гражданской обороны, специалист по защите информации, специалист по маркетингу, специалист по социальной работе, специалист по профессиональной ориентации инвалидов, специалист по реабилитации инвалидов, специалист по физиологии труда, специалист по экологическому просвещению, специалист по эргономике, смотритель зданий и сооружений,
- техник по техническим средствам реабилитации инвалидов, техник-программист, тренер-преподаватель по адаптивной физической культуре, техник по нормированию труда,
- учитель (средней квалификации), учитель-дефектолог, учитель-дефектолог (средней квалификации), учитель-логопед, учитель-логопед (средней квалификации),
- фасовщица, фельдшер, фельдшер-лаборант, физиолог,
- хранитель фондов, хранитель экспонатов,
- чтец,
- экономист,
- юрисконсульт, юрисконсульт (средней квалификации).<sup>71</sup>

Для инвалидов с нарушением слуха могут быть рекомендованы следующие виды трудовой и профессиональной деятельности:

- а) по характеру рабочей нагрузки на инвалида и его усилий по реализации трудовых задач – умственный, физический труд и легкий физический труд;
- б) по характеристикам цели трудовой и профессиональной деятельности, организации трудового процесса – творческий, нестандартный (научная работа, сочинение литературных произведений и др.), эвристический (изобретательство), динамический, статический, однообразный (монотонный) и разнообразный (по содержанию, темпу и т. п.), труд по подготовке информации, оформлению документации, учету;
- в) по форме организации трудовой и профессиональной деятельности – регламентированный (с определенным распорядком работы), нерегламентированный (со свободным распорядком работы), индивидуальный и коллективный (совместный);
- г) по предмету труда – «Человек – природа», «Человек – техника», «Человек – знаковые системы», «Человек – художественный образ»;
- д) по признаку основных орудий (средств) труда – ручной труд, машинноручной труд, труд, связанный с преобладанием функциональных средств, труд, связанный с применением автоматических и автоматизированных систем;
- е) по уровню квалификации – труд любого уровня квалификации, неквалифицированный труд;
- ж) по сфере производства – в сфере жилищно-коммунального хозяйства, на крупных и мелких промышленных предприятиях, в художественных промыслах, в сфере обслуживания.

В соответствии со всем вышеизложенным, для инвалидов с нарушением слуха рекомендован следующий перечень профессий и должностей.

Профессии рабочих:

- аппаратчик очистки сточных вод,
- бондарь, брошюровщик,
- вафельщик, велюрщик, видеотекарь, водитель погрузчика, водитель электро- и автотележки, выжигальщик по дереву, выжигальщик рисунков, вышивальщик по коже и меху, вышивальщица, вязальщик,
- гардеробщик, гладильщик, гравер, гример-пастижер, грузчик,
- дворник, декоратор витрин, доставщик проездных документов,
- живописец,
- заготовщик, заготовщик бумажных пакетов, заготовщик материалов и деталей, закройщик,
- изготовитель игровых кукол, изготовитель изделий из тканей с художественной росписью, изготовитель художественных изделий из бересты, изготовитель художественных изделий из дерева, изготовитель художественных изделий из керамики, изготовитель художественных изделий из кожи, изготовитель художественных изделий из лозы, изготовитель художественных изделий из металла, изготовитель художественных изделий из янтаря, изготовитель шаблонов, исполнитель художественно-оформительских работ, испытатель протезно-ортопедических изделий,
- кассир билетный, кастелянша, кассир торгового зала, киномеханик, киоскер, кладовщик, коллекционер образцов тканей, комплектовщик белья, комплектовщик деталей игрушек, комплектовщик деталей и изделий из бумаги, комплектовщик изделий, комплектовщик изделий и инструмента, комплектовщик карандашей и стержней, комплектовщик материалов, кроя и изделий, комплектовщик моделей, комплектовщик полуфабрикатов медицинских изделий, комплектовщик пряжи, ткани и изделий, комплектовщик товаров, комплектовщик фарфоровых и фаянсовых изделий, комплектовщик фильмокопий, кондитер, контролер качества, контролер художественных изделий, конюх, копировщик, корректор, косметик, костюмер, кроликовод, кружевница, курьер, кухонный рабочий,
- лаборант минералогического анализа, лаборант по выращиванию медицинских пиявок, лифтер,
- макетчик художественных макетов, маляр, маляр по отделке декораций, маникюрша, маркировщик, механик по обслуживанию кинотелевизионного оборудования, механик протезно-ортопедических изделий, модельер колодок, модельер коробок, модельер ортопедической обуви, модельщик наглядных пособий, модистка головных уборов, мозаичник, мойщик посуды, муляжист,

– обойщик мебели, обработчик справочного и информационного материала, обработчик художественных изделий из дерева и папье-маше, обувщик по индивидуальному пошиву обуви, обувщик по ремонту обуви, овощевод, оператор автоматов сборки карандашей, оператор аппаратов микрофильмирования и копирования, оператор копировальных и множительных машин, оператор котельной, оператор машинного доения, оператор прачечной самообслуживания, оператор разменных автоматов, оператор станков с программным управлением, оператор стиральных машин, оператор электронно-вычислительных и вычислительных машин, оформитель игрушек, оформитель табло, виньеток и альбомов,

– парикмахер, пекарь, переплетчик, печатник брайлевской печати, плетельщик мебели, плотник, повар, подготовитель белья для глажения, подсобный рабочий, портной, почтальон, пошивщик кожгалантерейных изделий,

– рабочий бюро бытовых услуг, рабочий зеленого строительства, рабочий по обслуживанию бани, рабочий плодоовощного хранилища, рабочий по благоустройству населенных пунктов, рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий, машинист по стирке и ремонту спецодежды, рабочий по уходу за животными, рабочий ритуальных услуг, разрисовщик игрушек, раскрасчик изделий, раскройщик, регулировщик-настройщик тренажеров, резчик по дереву и бересте, реквизитор, ремонтировщик кожгалантерейных изделий, реставратор архивных и библиотечных материалов, реставратор художественных изделий и 73 декоративных предметов, ретушер,

– садовник, садовод, санитар ветеринарный, санитарка (мойщица), сборщик, сборщик бумажных изделий, сборщик верха обуви, сборщик игрушек, сборщик изделий из кожи и меха, сборщик изделий из пластмасс, сборщик изделий электронной техники, сборщик низа обуви, сборщик обуви, слесарь-механик по радиоэлектронной аппаратуре, слесарь-монтажник приборного оборудования, слесарь по контрольно-измерительным приборам и автоматике, слесарь по ремонту автомобилей, слесарь-сборщик радиоэлектронного оборудования, слесарь-электромонтажник, сортировщик, сортировщик бумажного производства, сортировщик в производстве карандашей, сортировщик в производстве пищевой продукции, сортировщик изделий, полуфабрикатов и материалов, сортировщик почтовых отправлений и производственной печати, сортировщик-разборщик чая, сортировщик сырья, материалов и изделий, столяр,

- уборщик мусоропроводов, уборщик производственных и служебных помещений, уборщик территорий, укладчик изделий, укладчик-упаковщик,
- фильмотекарь, фотограф,
- художник миниатюрной живописи, художник росписи по дереву, художник росписи по ткани, художник по костюму,
- цветовод, цветочница,
- чеканщик, чистильщик обуви,
- швея,
- экспедитор печати,
- ювелир-гравёр, кладовщик инструментальной кладовой.

Должности служащих:

- агроном, адвокат, архивариус, архитектор, ассистент, администратор баз данных, администратор вычислительной сети, администратор информационной безопасности вычислительной сети,
- библиограф, биолог, бухгалтер, бухгалтер (средней квалификации),
- вожатый (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), воспитатель (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), воспитатель детского сада (яслей-сада) (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), воспитатель общежития (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), воспитатель профессионально-технического учебного заведения (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху),
- делопроизводитель, документовед,
- зубной техник,
- инженер, инженер-исследователь, инженер-конструктор, инженер-контролер, инженер-лаборант, инженер по качеству, инженер по нормированию труда, инженер по организации труда, инженер по охране окружающей среды (эколог), инженер по охране труда, инженер по патентной и изобретательской работе, инженер-программист, инженер-проектировщик, инженер-протезист,<sup>74</sup>
- инженер садово-паркового хозяйства, инструктор-методист по лечебной физкультуре, инструктор по гигиеническому воспитанию (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), инструктор по трудовой терапии (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), инструктор по труду (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), инженер – системный программист,
- картограф, конструктор, конструктор обуви, конструктор одежды, консультант, консультант по профессиональной реабилитации инвалидов (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), корректор, культорганизатор (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху),
- ландшафтный архитектор, литературный сотрудник,



– массажист, мастер по ремонту приборов и аппаратуры, мастер пошивочной мастерской, мастер производственного обучения (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), математик, менеджер, методист, методист образовательного учреждения, методического, учебно-методического кабинета (центра), фильмотеки, методист по физической культуре, методист по составлению кинопрограмм, методист по экологическому просвещению, младший воспитатель (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), модельер, модельер-конструктор,

– научный сотрудник (в области математики), научный сотрудник (в области статистики), научный сотрудник (в области информатики и вычислительной техники), научный сотрудник (в области медицины), научный сотрудник (в области образования), научный сотрудник (в области права), научный сотрудник (в области экономики), научный сотрудник (в области социологии), научный сотрудник (в области философии, истории и политологии), научный сотрудник (в области филологии), научный сотрудник (в области психологии),

– оператор видеозаписи, оценщик, оценщик интеллектуальной собственности, оценщик (эксперт по оценке имущества),

– педагог дополнительного образования (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), педагог-организатор (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), педагог-психолог (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху) педагог социальный (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), переводчик, переводчик технической литературы, переписчик нот, переписчик нот по брайлю, почвовед, преподаватель (в колледжах, университетах и других вузах) (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), провизор, провизор (средней квалификации), программист, профконсультант (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), психолог (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху),

– ревизор, редактор, редактор карт, редактор-переводчик, референт,

– секретарь-машинистка, синоптик, скульптор, советник, социальный работник (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), социолог, специалист гражданской обороны, специалист по защите информации, специалист<sup>75</sup> по кадрам, специалист по маркетингу, специалист по социальной работе (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), специалист по профессиональной ориентации инвалидов (в сфере обучения и реабилитации инвалидов

по слуху), специалист по реабилитации инвалидов (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), специалист по физиологии труда, специалист по экологическому просвещению, специалист по эргономике, статистик, счетовод, смотритель зданий и сооружений, – табельщик, тарификатор, техник вычислительного (информационно-вычислительного) центра, техник по техническим средствам реабилитации инвалидов (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), техник-программист, техник-проектировщик, техник-протезист, техник-смотритель, товаровед, тренер-преподаватель по адаптивной физической культуре (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), техник по нормированию труда, – учетчик, учитель (средней квалификации) (в сфере обучения и реабилитации инвалидов по слуху), учитель-дефектолог, учитель-дефектолог (средней квалификации), – фасовщица, фельдшер-лаборант, физиолог, – хранитель фондов, хранитель экспонатов, художник, художник-декоратор, художник компьютерной графики, художник-конструктор (дизайнер), художник лаковой миниатюры, художник народных художественных промыслов, художник-оформитель, художник-реставратор, чертежник-конструктор, экономист, юрисконсульт, юрисконсульт (средней квалификации).

Представленный перечень не имеет градации по степени ограничения к трудовой деятельности.

Согласно данному документу для инвалидов с нарушением функций верхних конечностей могут быть рекомендованы следующие виды труда:

а) по характеру рабочей нагрузки на инвалида и его усилий по реализации трудовых задач – умственный и легкий физический труд;

б) по характеристикам цели трудовой и профессиональной деятельности, рабочей нагрузки, организации трудового процесса – оперативный (управляющий), операторский (информационное взаимодействие с техникой), творческий

(стандартный – преподавание, лечебная работа и др., нестандартный – научная

работа, сочинение музыкальных, литературных произведений и др.), эвристический (изобретательство); динамический и статический;

однообразный (монотонный) и разнообразный (по содержанию, темпу и т. п.); труд по подготовке

информации, оформлению документации, учету;

в) по форме организации трудовой и профессиональной деятельности –

- регламентированный (с определенным распорядком работы), нерегламентированный (со свободным распорядком работы);
- г) по предмету труда – «Человек – природа», «Человек – техника», «Человек – человек», «Человек – знаковые системы», «Человек – художественный образ»;
- д) по признаку основных орудий (средств) труда – труд, связанный с применением автоматических и автоматизированных систем, труд, связанный с преобладанием функциональных средств;
- е) по уровню квалификации – труд любого уровня квалификации, неквалифицированный труд;
- ж) по сфере производства – преимущественно на мелких промышленных предприятиях, в сфере обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства на транспорте, в связи.

Для инвалидов с умеренными нарушениями функций нижних конечностей могут быть рекомендованы следующие виды труда:

- а) по характеру рабочей нагрузки на инвалида и его усилий по реализации трудовых задач – умственный и легкий физический труд;
- б) по характеристикам цели трудовой и профессиональной деятельности, рабочей нагрузки, организации трудового процесса – оперативный (управляющий), операторский (информационное взаимодействие с техникой), творческий (стандартный – преподавание, лечебная работа и др., нестандартный – научная работа, сочинение музыкальных, литературных произведений и др.), эвристический (изобретательство); статический; однообразный (монотонный) и разнообразный (по содержанию, темпу и т. п.); труд по подготовке информации, оформлению документации, учету; операторский труд (операторы, аппаратчики);
- в) по форме организации трудовой и профессиональной деятельности – регламентированный (с определенным распорядком работы), нерегламентированный (со свободным распорядком работы);
- г) по предмету труда: «Человек – природа», «Человек – техника», «Человек – человек», «Человек – знаковые системы», «Человек – художественный образ»;
- д) по признаку основных орудий (средств) труда – ручной труд, машинноручной труд, труд, связанный с применением автоматических и автоматизированных систем, труд, связанный с применением функциональных средств;
- е) по уровню квалификации – труд любого уровня квалификации, неквалифицированный труд;
- ж) по сфере производства – труд на крупных и мелких промышленных предприятиях, труд в сфере обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности, в художественных промыслах, в связи.

Для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, могут быть рекомендованы следующие виды труда:

- а) по характеру рабочей нагрузки на инвалида и его усилий по реализации трудовых задач – умственный и легкий физический труд;
- б) по характеристикам цели трудовой и профессиональной деятельности рабочей нагрузки, организации трудового процесса – оперативный (управляющий), операторский (информационное взаимодействие с техникой), творческий (нестандартный – научная работа, сочинение музыкальных, литературных произведений и др.), эвристический (изобретательство), труд по подготовке информации, оформлению документации, учету;
- в) по форме организации трудовой и профессиональной деятельности – нерегламентированный (со свободным распорядком работы);
- г) по предмету труда – «Человек – техника», «Человек – человек», «Человек – знаковые системы», «Человек – художественный образ»;
- д) по признаку основных орудий (средств) труда – профессии ручного труда, профессии, связанные с преобладанием функциональных средств труда;
- е) по уровню квалификации – труд любого уровня квалификации, неквалифицированный труд;
- ж) по сфере производства – труд преимущественно на мелких промышленных предприятиях, в сфере обслуживания, в художественных промыслах, в связи.

Противопоказанными факторами производственной среды и трудового процесса является работа, требующая полноценной функции обеих верхних конечностей, полной амплитуды движений в крупных суставах, заданного ритма выполнения производственных операций, поднятия и перемещения тяжестей на высоту.

Работа с длительным пребыванием на ногах, требующая полной сохранности объема движений в суставах, подъемом и спуском по лестнице, подъемом и переноской тяжестей. Работа, связанная с повышенной опасностью травматизма, в контакте с токсическими веществами сосудосуживающего действия. Длительное фиксированное положение тела с отсутствием возможности смены положения, заданный темп работы. Работа, выполняемая в неблагоприятных микроклиматических условиях, таких как холод и сырость. Шумы, продолжительная вибрация.

Традиционно рекомендуемые профессии и специальности, реализуемые в системе профессионального образования в Российской Федерации для лиц, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата: профессии рабочих, общие для всех отраслей народного хозяйства, механическая обработка металлов

и других материалов, слесарные и слесарно-сборочные работы, строительные, монтажные и ремонтно-строительные работы, эксплуатация оборудования

электростанций и сетей, обслуживание потребителей энергии, производство часов и технических камней, ремонт часов, электротехническое производство, общие профессии деревообрабатывающих производств, производство мебели, местная промышленность – народные художественные промыслы. Ручное ткачество, производство кожаной обуви, кожгалантерейное производство, швейное производство, связь, брошюровочно-переплетные и отделочные процессы, производство музыкальных инструментов, производство игрушек, общие профессии производства художественных изделий, производство медицинского инструмента, приборов и оборудования сельское хозяйство, животноводство, растениеводство, производство консервов, крахмально-паточное производство, профессии рабочих, которым устанавливаются должностные оклады. Профессии рабочих, общие для всех отраслей народного хозяйства, торговля. Перечень абсолютных противопоказаний для трудоустройства лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Разнообразие профессий, в которых заняты инвалиды, и производств, которые обуславливают характер и условия труда для конкретной профессии, а также разнообразие нарушений и ограничений жизнедеятельности инвалидов требуют индивидуального подхода к рациональному трудоустройству каждого инвалида. Рациональное трудоустройство инвалида должно обеспечивать исключение тех производственных операций, физических, интеллектуальных, психоэмоциональных и сенсорных нагрузок, режимов и условий труда, которые ему недоступны или вредны. Многообразие производств, рабочих мест создает и соответствующее количество комбинаций факторов трудового процесса. Так, например, слесарь-сборщик в судостроении, общем машиностроении, радиоэлектронной промышленности, на транспорте и т. д. имеют различные характеристики факторов трудового процесса и производственной среды. Подбор профессии для трудового устройства лиц с инвалидностью в соответствии с профессионально-квалификационной характеристикой еще не гарантирует рациональное и эффективное трудоустройство без учета условий и характера труда, данных об аттестации рабочих мест, правильного подбора оптимальной производственной нагрузки. Поэтому при трудоустройстве инвалидов на конкретную профессию на конкретное рабочее место необходимо учитывать абсолютные

противопоказания для трудоустройства инвалидов и противопоказания в работе при конкретных нарушениях функций организма и конкретном заболевании. Противопоказанными для трудоустройства инвалидов являются условия труда (совокупность трудового процесса и рабочей среды, в которой осуществляется деятельность человека), характеризующиеся наличием вредных производственных факторов, превышающих гигиенические нормативы и оказывающих неблагоприятное воздействие на организм работающего и/или его потомство (3-й класс – 3.1, 3.2, 3.3, 3.4), а также условия труда, воздействие которых в течение рабочей смены (или ее части) создают угрозу для жизни, высокий риск возникновения тяжелых форм острых профессиональных поражений (4-й класс опасный согласно Р2.2.2006-05. «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда»).

Противопоказанные для трудоустройства инвалидов условия труда характеризуются повышенными уровнями:

- физических динамических и статических нагрузок при подъеме и перемещении, удержании груза, стереотипных рабочих движений, наклонов корпуса,<sup>79</sup> работой в вынужденных, фиксированных и неудобных позах, преимущественно стоя, стоя-сидя, сидя без смены рабочего положения тела, длительной ходьбой;
- нервно-психических нагрузок – сенсорные, эмоциональные, интеллектуальные нагрузки, монотонность, работа в ночную смену, с удлинённым рабочим днем;
- биологических факторов – микроорганизмы – продуценты, живые клетки и споры, содержащиеся в бактериальных препаратах, патогенные микроорганизмы – возбудители инфекционных заболеваний;
- химических факторов – химические вещества, соединения, смеси, в том числе аллергены, канцерогены, химические вещества, обладающие токсическим, раздражающим, остронаправленным действием, а также вещества биологической природы (антибиотики, витамины, гормоны, ферменты, белковые препараты), получаемые химическим синтезом и/или для контроля которых используют методы химического анализа;
- физических факторов – производственный шум, ультразвук, инфразвук, вибрация (локальная и общая), неионизирующие электромагнитные поля и излучения, в том числе лазерное и ультрафиолетовое, ионизирующие излучения, пыль преимущественно фиброгенного действия, а также повышенная или пониженная

температура, влажность и подвижность воздуха; отсутствие или недостаточность естественного освещения, недостаточность искусственного освещения (недостаточная освещенность, пульсация освещенности, избыточная яркость, высокая неравномерность распределение яркости, прямая и отраженная слепящая блескость).

Условия труда на рабочих местах инвалидов должны соответствовать действующим санитарным правилам и нормам (СанПиН), санитарноэпидемиологическим правилам (СП), санитарным нормам (СН), гигиеническим нормативам (ГН), стандартам системы безопасности труда (ГОСТ ССБТ), строительным нормам и правилам (СНиП). Показанными условиями труда для трудоустройства инвалидов являются: оптимальные (1-й класс) и допустимые (2-й класс) условия труда. Оптимальные условия труда (1-й класс) – условия, при которых сохраняется здоровье работника и создаются предпосылки для поддержания высокого уровня его работоспособности. Оптимальные нормативы факторов рабочей среды установлены для микроклиматических параметров и факторов трудовой нагрузки (тяжести и напряженности труда). Для других факторов: физических (шум, вибрация, инфразвук, ультразвук, электромагнитные излучения, пыль и т. д.), химических (химические вещества, сложные химические смеси, в том числе аллергены, канцерогены, вещества, обладающие токсическим и остронаправленным действием и т. д.), биологических (патогенные микроорганизмы, микроорганизмы продуценты, живые клетки, споры, содержащиеся в бактериальных препаратах) за оптимальные условно принимаются такие условия труда, при которых вредные факторы отсутствуют либо не превышают уровни, принятые в качестве безопасных<sup>80</sup> для населения. Допустимые условия труда (2-й класс) – условия, характеризующиеся такими уровнями факторов среды (физических, химических, биологических) и трудового процесса (тяжесть и напряженность труда), которые не превышают установленных гигиенических нормативов (ПДУ, ПДК) для рабочих мест, а возможные изменения функционального состояния организма восстанавливаются во время регламентированного отдыха или к началу следующей смены и не оказывают неблагоприятного действия в ближайшем и отдаленном периоде на состояние здоровья работников и их потомство. Допустимые условия труда условно относят к безопасным. Противопоказания к работе и профессии (специальности), рекомендуемые при умеренных нарушениях двигательных функций нижних конечностей Культи голени, бедра, стопы (Q72.2, Q72.3, Q73, S88, S98, T05.3, T05.4). Противопоказаны работы: – со значительным физическим напряжением;

- связанные с вынужденным положением тела;
- с частым подъемом и спуском по лестнице, с длительным пребыванием на ногах;
- связанные со значительным физическим напряжением;
- с длительным пребыванием на ногах, вынужденным положением тела.

Рекомендуемые профессии (специальности):

«Человек – человек» – врач-физиотерапевт, приемщик заказов, продавец книжного магазина, медсестра, воспитатель, секретарь руководителя, диспетчер

в ЖКХ, консультант, врач-специалист, учитель, специалист по социальной работе, преподаватель, заведующий хозяйством, начальник отдела, фельдшер, инспектор по кадрам, педагог дополнительного образования, психолог, методист,

медицинский регистратор, педагог социальный, врач педиатр, помощник воспитателя, мастер производственного обучения, андеррайтер, гувернер, конфекционер, менеджер по внешнеэкономической деятельности, менеджер по оказанию

визовой поддержки, менеджер по персоналу, менеджер по туризму, мерчендайзер, офис-менеджер, промоутер, стендист, тренинг-менеджер, фандрайзер и др.

«Человек – техника» – слесарь по ремонту бытовых изделий, телерадиомеханик, часовщик, переплетчик, телефонист справочной и междугородной

связи, инженер по охране труда и технике безопасности, инженер-технолог, лаборант, врач-лаборант, мастер участка, ремонта обуви, фельдшер-лаборант, оператор связи, телефонист, радиотелеграфист, регулировщик радиоэлектронной аппаратуры и приборов, сборщик некрупных изделий, препаратер, провизор, раскройщик, рентгенолаборант, клипмейкер, логистик, менеджер по оптовым продажам, online-продавец, online-редактор, пробирер и др.<sup>81</sup>

«Человек – знаковая система» – инженер-программист, инженерпроектировщик, бухгалтер, экономист, машинистка, стенографистка, оператор

пульта управления, табельщик, корректор, оператор ЭВМ, статистик, делопроизводитель, юрисконсульт, заведующий складом, программист, библиотекарь,

документовед, учетчик, регистратор, аналитик фондового рынка, брендменеджер, брокер, бухгалтер-эксперт, Web-дизайнер, девелопер, дилер, дистрибьютор, копирайтер, маркетолог, медиа-планнер, менеджер по франчайзингу,

сейлзменеджер, супервайзер, трейдер, экаунт-менеджер и др.

«Человек – художественный образ» – швея, художник, фотограф, ретушер, разрисовщик игрушек, резчик по дереву и камню, сборщик елочных украшений, вышивальщица, кружевница, ювелир, музыкальный руководитель, архитектор, аниматор, визажист (визажист-стилист-



косметолог), декоратор, дизайнер, имиджмейкер, колорист, косметик, фитодизайнер, ландшафтист и др.

Варикозное расширение вен нижних конечностей (I83), коксартроз (M16), гонартроз (M17).

Противопоказаны работы:

- со значительным физическим напряжением;
- связанные с вынужденным положением тела;
- с частым подъемом и спуском по лестнице, с длительным пребыванием на ногах.

Рекомендуемые профессии (специальности):

«Человек – человек» – приемщик заказов, продавец книжного магазина, медсестра, воспитатель детского сада, воспитатель, секретарь руководителя, диспетчер в жилконторе, консультант, врач специалист, учитель, специалист по социальной работе, преподаватель, заведующий хозяйством, начальник отдела, фельдшер, инспектор по кадрам, педагог дополнительного образования, психолог, методист, медицинский регистратор, педагог социальный, врач-педиатр, секретарь, помощник воспитателя, мастер производственного обучения, библиотекарь и др.

«Человек – техника» – слесарь по ремонту бытовых изделий, телерадиомеханик, часовщик, переплетчик, телефонист справочной и междугородной

связи, инженер по охране труда и технике безопасности, инженер-технолог, лаборант, врач-лаборант, мастер участка ремонта обуви, фельдшер-лаборант, оператор связи, телефонист, радиотелеграфист, регулировщик

радиоэлектронной аппаратуры и приборов, сборщик некрупных изделий, препаратер, раскройщик, рентгенолаборант, швея и др.

«Человек – знаковая система» – инженер-программист, инженерпроектировщик, бухгалтер, экономист, машинистка, стенографистка, оператор

пульта управления, табельщик, корректор, оператор ЭВМ, копировальщик рисунков, статистик, делопроизводитель, юрисконсульт, брокер, заведующий складом, программист, документовед, учетчик, регистратор и др.<sup>82</sup>

«Человек – художественный образ» – художник, фотограф, ретушер, разрисовщик игрушек, резчик по дереву и камню, сборщик елочных украшений, вышивальщица, кружевница, ювелир, музыкальный руководитель, архитектор и др.

При умеренных нарушениях двигательных функций верхних конечностей (функции схвата)

Культи пальцев кисти (отсутствие всех пальцев); отсутствие всех фаланг 4-х пальцев кисти, включая первый; отсутствие 1-го и 2-го пальцев с соответствующими пястными костями (Q71.2, S68.0, S68.1, S68.2, S68.3).

Противопоказаны работы:

- связанные с необходимостью схватывания и удержания;
- с мелкими координированными движениями пальцев.

Рекомендуемые профессии (специальности):

«Человек – человек» – врач-терапевт, учитель, распределитель работ, раздатчик инструментов, специалист СЭС, администратор, агент страховой, консультант, специалист по социальной работе, агент торговый, преподаватель, педагог дополнительного образования, психолог, педагог социальный, менеджер по персоналу, заведующий торгового предприятия, торговый представитель, агент по продажам недвижимости, инструктор, менеджер по рекламе, контролер контрольно-пропускного пункта, помощник воспитателя, курьер, врач-физиотерапевт, агент по снабжению, аквизитор, андеррайтер, гувернер, импресарио, конфекционер, медиабайер, маклер, менеджер по внешнеэкономической деятельности, менеджер по оказанию визовой поддержки, мерчендайзер, менеджер по персоналу, менеджер по туризму, офис-менеджер, промоутер, рекрутер, стендист, тренинг-менеджер, фандрайзер и др.

«Человек – техника» – технолог пищевой промышленности, контролер ОТК, радиооператор, инженер-технолог, инженер по нормированию труда, начальник цеха, курьер, лифтер, клипмейкер, логистик, online-продавец, online-редактор и др.

«Человек – знаковая система» – плановик, оператор ЭВМ, бухгалтер, статист, экономист, юрисконсульт, брокер, товаровед, программист, учетчик, инженер-проектировщик, инженер-программист, аналитик фондового рынка, бренд-менеджер, брокер, бухгалтер-эксперт, Web-дизайнер, девелопер, дилер, дистрибьютор, копирайтер, маркер, маркетолог, медиа-планнер, менеджер по франчайзингу, менеджер по оптовым продажам, сейлзменеджер, супервайзер, трейдер, экаунтменеджер и др.

«Человек – художественный образ» – аниматор, декоратор, дизайнер, имиджмейкер, колорист, фитодизайнер, накатчик рисунка, ландшафтист, художник и др.<sup>83</sup>

Перечень видов профессиональной деятельности лиц с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

Выбор профессий и сфер трудовой деятельности лиц с нарушениями интеллектуального развития должен осуществляться на основании следующих

нормативных документов:

1. «Перечень медицинских противопоказаний к работе и производственному обучению подростков по профессиям, общим для всех отраслей народного хозяйства, машиностроения, судостроения, приборостроения и других связанных с ними производств».
2. «Перечень профессий, по которым организуется обучение детей и подростков с недостатками в умственном и физическом развитии».

3. «Перечень приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда».

4. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 4 августа 2014 г. № 515 «Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности».

Для профотбора по доступным профессиям также можно использовать:

1. «Перечень профессий и специальностей, рекомендуемых для профессиональной подготовки и трудоустройства лиц с умственной отсталостью»

(Приложение 1).

2. «Профессиональные характеристики для подготовки в профессиональных училищах лиц с умственной отсталостью» («Маляр строительный», «Облицовщик-плиточник», «Обувщик по ремонту обуви», «Овощевод защищенного грунта», «Переплетчик ручного переплета», «Рабочий зеленого хозяйства»,

«Рабочий по уходу за животными», «Швея»).

3. «Адаптированное содержание профессиональной подготовки для лиц с легкой умственной отсталостью» («Маляр строительный», «Облицовщик-плиточник»,

«Обувщик по ремонту обуви», «Овощевод защищенного грунта»,

«Переплетчик

ручного переплета», «Рабочий по уходу за животными», «Швея») и др.

Согласно Методическим рекомендациям по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности, утвержденным

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации (Приказ от 4 августа

2014 г. № 515) для инвалидов с интеллектуальными нарушениями могут быть рекомендованы следующие виды труда:

а) по характеру рабочей нагрузки на инвалида и его усилий по реализации трудовых задач – физический труд;

б) по форме организации трудовой и профессиональной деятельности – регламентированный (с определенным распорядком работы);<sup>84</sup>

в) по предмету труда – «Человек – природа», «Человек – техника», «Человек – художественный образ»;

г) по признаку основных орудий (средств) труда – ручной труд, машинноручной труд;

д) по уровню квалификации – неквалифицированный труд (уборка, ремонт, доставка, подсобные работы, сортировка, упаковка, маркировка, комплектование, погрузо-разгрузочные работы);

ж) по сфере производства – преимущественно на мелких промышленных

предприятиях, в сфере обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли, в сельском хозяйстве, лесном хозяйстве, в художественных промыслах, в строительстве.

Согласно данным Методическим рекомендациям для лиц с нарушениями интеллектуального развития рекомендованы только профессии рабочих:

- бондарь, брошюровщик,
- выжигальщик по дереву, выжигальщик рисунков, вышивальщик по коже и меху, вышивальщица, вязальщик,
- гардеробщик, гладильщик, грузчик,
- дворник,
- заготовщик, заготовщик бумажных пакетов,
- изготовитель шаблонов, исполнитель художественно-оформительских работ,
- комплектовщик белья, комплектовщик деталей игрушек, комплектовщик деталей и изделий из бумаги, комплектовщик изделий, комплектовщик изделий и инструмента, комплектовщик карандашей и стержней, комплектовщик материалов, кроя и изделий, комплектовщик моделей, комплектовщик пряжи, ткани и изделий, комплектовщик товаров, комплектовщик фарфоровых и фаянсовых изделий, конюх, копировщик, кроликовод, кружевница, курьер, кухонный рабочий,
- маляр, маляр по отделке декораций, маркировщик, машинист по стирке и ремонту спецодежды, мозаичник, мойщик посуды, муляжист,
- обойщик мебели, овощевод, оператор машинного доения, оформитель игрушек, оформитель табло, виньеток и альбомов,
- переплетчик, печатник брайлевской печати, плетельщик мебели, подготовитель белья для глажения, подсобный рабочий, пошивщик кожгалантерейных изделий,
- рабочий бюро бытовых услуг, рабочий зеленого строительства, рабочий по обслуживанию бани, рабочий плодоовощного хранилища, рабочий по благоустройству населенных пунктов, рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий, рабочий по уходу за животными, рабочий ритуальных услуг, разрисовщик игрушек, раскрасчик изделий, ретушер,
- садовник, садовод, санитар ветеринарный, санитарка (мойщица), сборщик, сборщик бумажных изделий, сборщик верха обуви, сборщик игрушек, сборщик изделий из кожи и меха, сборщик изделий из пластмасс, сборщик низа обуви, сборщик обуви, сортировщик, сортировщик бумажного производства,<sup>85</sup>
- сортировщик в производстве карандашей, сортировщик изделий, полуфабрикатов и материалов, сортировщик сырья, материалов и изделий,
- уборщик мусоропроводов, уборщик производственных и служебных

помещений, уборщик территорий, укладчик изделий, укладчик-упаковщик,  
– цветовод,  
– чистильщик обуви.

Перечень видов профессиональной деятельности,

рекомендованных для лиц с соматическими нарушениями

В связи с многообразием проявлений и спецификой протекания различных соматических нарушений не представляется возможным составить единый список

рекомендованных профессий и должностей для лиц с данным вариантом психофизиологического развития. Ниже представлен перечень профессий, имеющих

медицинские противопоказания для отдельных соматических заболеваний.

Перечень профессий