

Методические рекомендации
по разработке специализированных программ профессионального обучения
инвалидов с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных
возможностей

Составитель: И.А. Армеева, методист лаборатории комплексного сопровождения РСО, доцент кафедры педагогики и психологии АОУ ВО ДПО «Вологодский институт развития образования»

Данные методические рекомендации подготовлены в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597 «О мерах по реализации государственной социальной политики».

В них содержится информация, которую необходимо учитывать при разработке специализированных программ профессионального обучения инвалидов: определения основных понятий, нормативные правовые основы, особенности психофизического развития и индивидуальные возможности детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья.

I. Введение

В настоящее время проблема инвалидности приобрела особую актуальность. Это связано как с увеличением количества инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, так и с изменением отношения к данной проблеме со стороны государства, общества и самих инвалидов.

Цель государственной политики в области социальной защиты инвалидов - обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации¹.

Одной из **приоритетных задач государства** является развитие системы комплексной социальной реабилитации инвалидов. Обеспечивая социальную защищенность инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, необходимо создавать им условия для индивидуального развития, получения общего и профессионального образования, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета реальных потребностей.

К числу основных и **неотъемлемых условий** их успешной социализации, обеспечения полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности является получение инвалидами, лицами с ограниченными возможностями здоровья качественного профессионального образования, актуального на рынке труда и перспективного для конкретного трудоустройства.

¹ Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 года (с последующими изменениями и дополнениями)

II. Основные понятия

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации².

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица³.

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Основные направления реабилитации инвалидов включают в себя:

восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;

профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;

социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;

физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание

² Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 года (с последующими изменениями и дополнениями), статья 1

³ Там же, статья 7

необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов⁴.

Профессиональная реабилитация - часть непрерывного и согласованного процесса реабилитации; подразумевает предоставление таких услуг, как помощь в приобретении профессии, профессиональное обучение и обеспечение лиц с физическими недостатками подходящей работой⁵.

Профессиональная ориентация — это система научно обоснованных мероприятий, направленных на подготовку молодёжи к выбору профессии с учётом особенностей личности и социально-экономической ситуации на рынке труда, на оказание помощи молодёжи в профессиональном самоопределении и трудоустройстве⁶.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) - разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями МСЭ, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объёмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

ИПР является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

ИПР имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объёма реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации.

Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от ИПР в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности от ответственности за ее исполнение⁷.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) - имеющее недостатки в физическом и (или) психическом развитии, для которого государство

⁴ Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 года (с последующими изменениями и дополнениями), статья 9

⁵ Вишнякова С.М. Профессиональное образование Словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика. — М. НМЦ СПО, 1999. — 538 с. [Электронный ресурс] Режим доступа <http://didacts.ru/dictionary/1057/word/profesionalnaja-reabilitacija>

⁶ <http://www.edu.ru/abitur/act.15/index.php>

⁷ Федеральный закон №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 года (с последующими изменениями и дополнениями), статья 11

создает условия для получения образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов⁸.

К лицам с ОВЗ относятся лица, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии: глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды, инвалиды⁹.

К категории детей с ограниченными возможностями здоровья относятся: глухие и слабослышащие; слепые и слабовидящие; с тяжелыми нарушениями речи; с нарушениями опорно-двигательного аппарата; умственно отсталые (с нарушением интеллекта); с задержкой психического развития¹⁰.

Недостаток - физическое или психическое отклонение от нормы, ограничивающее социальную деятельность и подтвержденное психолого-медико-педагогической комиссией (учреждением) в отношении ребенка и учреждением МСЭ в отношении взрослого¹¹.

Физический недостаток - подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в развитии и (или) функционировании органа (органов) человека либо хронические соматическое или инфекционное заболевание¹².

Психический недостаток - психическое отклонение от нормального развития, подтвержденное в установленном порядке и включающее в себя нарушение речи, эмоционально-волевой сферы, в частности аутизм как следствие повреждения мозга, а также нарушение умственного развития, в том числе умственная отсталость, задержка психического развития, создающие трудности в обучении¹³.

Сложный недостаток/дефект - совокупность физических и (или) психических недостатков, подтвержденных в установленном порядке¹⁴.

Тяжелый недостаток - подтвержденный в установленном порядке физический или психический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными образовательными стандартами (в том числе специальными) является недоступным, и возможности обучения ограничиваются получением элементарных знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания и элементарных трудовых навыков или получением элементарной профессиональной подготовки¹⁵.

⁸ Федеральный закон №3266-1 «Об образовании» от 10 июля 1992 года (с последующими изменениями и дополнениями), статья 5

⁹ Письмо Рособрнадзора от 05 марта 2010 года №02-52-3/10-ин «О направлении Методических рекомендаций по организации и проведению единого государственного экзамена (ЕГЭ) для лиц с ограниченными возможностями здоровья»

¹⁰ Закон Вологодской области № 1218-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в целях реализации права на образование» от 28 января 2005 года (с последующими изменениями и дополнениями), статья 3

¹¹ Модельный закон межпарламентской ассамблеи СНГ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» от 07 декабря 2002 г., статья 1

¹² Там же

¹³ Там же

¹⁴ Письмо Министерства образования РФ «Об организации работы с обучающимися, имеющими сложный дефект» от 3 апреля 2003 года №27/2722-6

¹⁵ Модельный закон межпарламентской ассамблеи СНГ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» от 07 декабря 2002 г., статья 1

Профессиональная ограниченность - влияние физических недостатков человека на его пригодность к профессиональной деятельности¹⁶.

Профессиональная пригодность - совокупность психических и психофизиологических особенностей человека, необходимых и достаточных для эффективной работы в рамках той или иной профессии. Профессиональная пригодность не дана человеку изначально, она формируется в процессе обучения и последующей профессиональной деятельности при наличии положительной мотивации¹⁷.

Специальное образование - дошкольное, общее и профессиональное образование всех образовательных уровней, для получения которого лицам с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные условия¹⁸.

Специальные условия для получения образования - условия обучения (воспитания), в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных и профессиональных образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья¹⁹.

Образовательные программы - документы, определяющие содержание образования определенного уровня и направленности. В Российской Федерации реализуются образовательные программы, которые подразделяются на: общеобразовательные, направленные на решение задач формирования общей культуры личности, адаптации ее к жизни в обществе, на создание основы для осознанного выбора и освоения профессиональных образовательных программ. К общеобразовательным относятся программы дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) образования; профессиональные образовательные, направленные на решение задач последовательного повышения профессионального уровня, подготовку специалистов соответствующей квалификации. К профессиональным образовательным относятся программы начального, среднего, высшего, послевузовского профессионального образования²⁰.

Профессиональные образовательные программы - документы государственного образца, определяющие содержание образования, направленного на решение задач последовательного повышения профессионального и образовательного уровня, подготовку специалистов соответствующей квалификации. Обязательный минимум содержания каждой основной профессиональной образовательной программы (по конкретной профессии, специальности) устанавливается соответствующим государственным

¹⁶ Вишнякова С.М. Профессиональное образование Словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика. — М. НМЦ СПО, 1999. — 538 с. [Электронный ресурс], режим доступа <http://didacts.ru/dictionary/1057/word/profesionalnaja-ogranichenost>

¹⁷ Там же, режим доступа <http://didacts.ru/dictionary/1057/word/profesionalnaja-prigodnost>

¹⁸ Модельный закон межпарламентской ассамблеи СНГ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» от 07 декабря 2002 г., статья 1

¹⁹ Там же

²⁰ Воронин А.С. Словарь терминов по общей и социальной педагогике, 2006 г. [Электронный ресурс] Режим доступа <http://didacts.ru/dictionary/1022/word/obrazovatelnye-programy>

образовательным стандартом. Нормативные сроки освоения основных образовательных программ в государственных и муниципальных образовательных учреждениях определяются Законом РФ «Об образовании» и/или положениями о соответствующих типах и видах образовательных учреждений²¹.

Примерные (типовые) учебные программы - документы, которые детально раскрывают обязательные (федеральные) компоненты содержания обучения и параметры качества усвоения учебного материала по конкретному предмету примерного (типового) учебного плана²².

Рабочая программа – это учебная программа, разработанная педагогом на основе Примерной для конкретного образовательного учреждения и определенного класса (группы), имеющая изменения и дополнения в содержании, последовательности изучения тем, количестве часов, использовании организационных форм обучения и т.п.²³.

Специализированные программы – документы, детально раскрывающие пути решения одной задачи или узкого круга задач.

III. Нормативно-правовые основы разработки специализированных программ профессионального обучения инвалидов

1. Федеральный закон от 10 июля 1992 года №3266-1 «Об образовании» (с последующими изменениями)

2. Федеральный закон от 24 ноября 1995 года №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с последующими изменениями)

3. Федеральный закон от 24 июля 1998 года №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (с последующими изменениями)

4. Постановление Правительства от 8 сентября 1993 года РФ №150 «О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда»

5. Постановление Правительства РФ от 12 марта 1997 года №288 «Об утверждении Типового положения о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья» (с последующими изменениями и дополнениями)

6. Приказ Министерства социальной защиты населения РФ от 3 апреля 1995 года №66 «О примерном Положении об учреждении начального профессионального образования для инвалидов системы социальной защиты населения Российской Федерации»

7. Приказ Министерства образования РФ от 10 апреля 2002 года №29/2065-п «Об утверждении учебных планов специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии»

²¹ Вишнякова С.М. Профессиональное образование Словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика. — М. НМЦ СПО, 1999. — 538 с. [Электронный ресурс], режим доступа <http://didacts.ru/dictionary/1057/word/profesionalnye-obrazovatelnye-programy>

²² Там же, режим доступа <http://didacts.ru/dictionary/1057/word/primernaja-tipovaja-uchebnaja-programa>

²³ Как составить рабочую программу учебного курса?: Методические рекомендации для работников образования / Н.Л. Солянкина – Красноярск: Изд-во КК ИПКиПП РО, 2009.– 27 с., с.7

8. Приказ Министерства образования и науки РФ от 24 марта 2009 года №95 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»

9. Письмо Министерства образования РФ от 01 октября 1993 года №169-М «Об организационном и методическом обеспечении подготовки в учреждениях начального профессионального образования Минобразования России инвалидов и подростков, имеющих недостатки в физическом или умственном развитии»

10. Инструктивное письмо Министерства общего и профессионального образования РФ от 4 сентября 1997 года №48 «О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-VIII видов» (с последующими изменениями)

11. Письмо Министерства образования РФ от 30 ноября 1999 года №27/777-6 «Об особенностях организации начального профессионального образования для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии»

12. Письмо Министерства образования РФ от 27 марта 2000 года №27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения»

13. Письмо Министерства образования РФ от 14 марта 2001 года №29/1448-6 «О Рекомендациях по порядку проведения экзаменов по трудовому обучению выпускников специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида»

14. Письмо Министерства образования РФ от 03 апреля 2003 года №27/2722-6 «Об организации работы с обучающимися, имеющими сложный дефект»

15. Письмо Министерства образования РФ от 19 июня 2003 года №27/2932-6 «Методические рекомендации о деятельности 10-12 классов в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях VIII вида с углубленной трудовой подготовкой»

16. Письмо Министерства образования РФ от 6 апреля 2004 года №26/188-би «О дополнительных мерах по соблюдению права на образование детей-инвалидов с отклонениями в умственном развитии»

17. Письмо Министерства образования и науки РФ и Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 апреля 2007 года №№ВФ-577/06, 2608-ВС «О реализации конституционного права детей-инвалидов, проживающих в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей, на образование»

18. Письмо Министерства образования и науки РФ от 12 июля 2007 года №03-1563 «Об организации образовательного процесса в учреждениях начального профессионального и среднего профессионального образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья» (слабослышащих, неслышащих, слабовидящих)

19. Письмо Министерства образования и науки РФ от 18 апреля 2008 года №АФ-150/06 «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами»

20. Письмо Министерства образования и науки РФ от 28 мая 2010 года №06-892 «О проведении Государственной (итоговой) аттестации и приема в образовательные учреждения высшего профессионального и среднего

профессионального образования граждан с ограниченными возможностями здоровья в 2010 году»

IV. Особенности психофизического развития и индивидуальные возможности детей-инвалидов, детей с ОВЗ

К лицам с ОВЗ относятся глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, умственно отсталые, с нарушением поведения и общения (с девиантным поведением, с аутизмом), со сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые с умственной отсталостью и др.), в том числе дети-инвалиды, инвалиды.

Каждая категория лиц с ОВЗ представляет собой разнородную группу, характеризующуюся степенью и характером нарушения, временем его возникновения, уровнем речевого развития и наличием/отсутствием дополнительных недостатков.

Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы (силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов и пр.). От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности зависят его способности к овладению общественным опытом, познанию действительности. То есть, биологические факторы создают предпосылки психического развития человека.

Возникающее биологическое нарушение (например, нарушение деятельности одного из анализаторов) влечет за собой ряд отклонений и создает сложную картину атипичного развития ребенка.

Таким образом, сложность структуры нарушения в развитии заключается:

- а) в наличии первичного нарушения, вызванного биологическим фактором,
- б) в возникающих под влиянием этого нарушения вторичных отклонениях в ходе последующего развития ребенка.

Так, появление глухоты при нарушении слуха является первичным нарушением. И если глухота возникла до овладения речью, то, как следствие, наступает вторичный дефект – отсутствие речи. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения с использованием сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности. У слепых детей ранее поражение органов зрения заметно влияет на их развитие. В качестве вторичных отклонений проявляется недостаточность пространственных ориентировок, ограничение конкретных предметных представлений, своеобразие походки, недостаточная выразительность мимики лица.

Но и вторичные симптомы в определенных условиях воздействуют на первичный фактор. Ребенок с частичной потерей слуха не будет использовать его сохранные функции, если не развивает устную речь. Только при условии интенсивных занятий по развитию устной речи, т.е. преодоление вторичного отклонения, оптимально используются возможности остаточного слуха. В противном случае первичное нарушение слуха усилится. Необходимо широко

использовать воздействие на вторичные отклонения в развитии проблемного ребенка, так как они в значительной степени доступны коррекции.

Источником приспособления детей с нарушениями в развитии к окружающей среде являются сохраненные функции. Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием сохраненных. Для обучения детей с нарушениями интеллекта используются сохраненные анализаторы (слух, зрение и т.д.). В учебном процессе предпочтение отдается наглядному материалу, помогающему такому ребенку осмыслить окружающую действительность. Для слепого ребенка ведущими становятся слуховой, тактильный анализаторы, осязание, обонятельная чувствительность. Более того, в процессе развития детей с ограниченными возможностями проявляются их удивительные способности. У ребенка, лишенного зрения, остро развивается чувство расстояния, так называемое шестое чувство, дистантное различение предметов при ходьбе, слуховая память, исключительная способность с помощью осязания составлять всестороннее представление о предметах.

Лица с нарушениями слуха

К категории лиц с нарушениями слуха относятся глухие и слабослышащие (тугоухие).

Глухота – стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью и разборчивое восприятие речи ушной раковиной. При этом человек может воспринимать некоторые громкие неречевые звуки (свисток, звонок, удар в бубен). Рано оглохшие являются безречевыми, у поздно оглохших речь сформирована в той или иной степени.

Тугоухость – стойкое понижение слуха, при котором возможно овладение речью с опорой на остаточный слух. Речь при этом имеет специфические нарушения. Тугоухими могут быть слабослышащие с тяжелым недоразвитием речи и слабослышащие с достаточно развитой речью.

Речь слабослышащего обычно отличается рядом существенных недостатков, которые могут затруднять учебный процесс, а также процесс усвоения сложного для понимания материала.

На процесс профессионального обучения лиц данной категории влияют следующие особенности:

1. Менее сложные и менее разнообразные реакции на внешние воздействия, затрудненное общение с окружающими людьми, что является препятствием в освоении сложных профессиональных навыков.

2. Основная нагрузка по переработке поступающей информации ложится на зрение. Восприятие словесной речи посредством считывания с губ требует полной сосредоточенности на лице говорящего человека, поэтому при организации образовательного процесса от педагогического работника требуется особая фиксация на собственной артикуляции.

3. Повышенная утомляемость, сниженная скорость выполняемой деятельности и большое количество ошибок.

4. Продуктивность внимания у обучающихся с нарушенным слухом в большей степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала. Чем они выразительнее, тем легче выделить информативные признаки предмета или явления.

5. Процесс запоминания у обучающихся с нарушенным слухом во многом опосредуется деятельностью по соотнесению нового материала с усвоенным ранее. Не достаточно эффективна их образная память - в окружающих предметах и явлениях они часто выделяют несущественные признаки. В процессе профессионального обучения некоторые основные понятия изучаемого материала должны будут объясняться особо, что требует дополнительного учебного времени.

6. Произвольное запоминание обучающихся с нарушенным слухом отличается тем, что образы запоминаемых предметов в меньшей степени организованы, чем у слышащих. Образы в их памяти сохраняются хуже (медленнее запоминаются и быстрее забываются), что в процессе профессионального обучения требует использования дополнительных приемов для повышения эффективности запоминания материала. При запоминании словесного материала у глухих и слабослышащих с тяжелой степенью поражения могут наблюдаться замены слов.

Особенности усвоения слабослышащими устной речи требуют повышенного внимания со стороны преподавателя к специальным профессиональным терминам, которыми обучающиеся должны овладеть в процессе обучения, а также к использованию профессиональной лексики - для лучшего усвоения слабослышащими специальной терминологии необходимо каждый раз писать на доске используемые термины и контролировать их усвоение обучающимися.

7. Компоненты психического развития слабослышащего человека отличаются от нормы нарушением пропорций развития. Так, письменная речь у них преобладает над разговорной и соответственно преобладает наглядно-образное мышление над словесно-логическим. Полноценное наглядно-образное мышление служит основой для формирования словесно-логического мышления. Однако, как правило, словесно-логическое мышление у обучающихся с нарушенным слухом развивается позже по сравнению с нормой. Сроки развития зависят во многом от степени тяжести поражения слуха. У глухих и слабослышащих с тяжелой степенью поражения формирование словесно-логического мышления завершается к семнадцати годам и даже позднее. Вследствие этого к моменту поступления в учреждения профессионального образования процесс формирования словесно-логического мышления, являющегося основой успешного усвоения учебного материала, может оставаться еще незавершенным. При более легких формах поражения слуха, когда психическое развитие слабослышащего не имеет дополнительных отклонений, можно говорить о том, что к моменту окончания школы и началу обучения в учреждении профессионального образования подобная особенность мышления слабослышащих проявляется в основном только при решении сложных задач.

Поэтому обучающиеся с нарушенным слухом нуждаются в большей степени в использовании разнообразного наглядного материала в процессе обучения. Сложные для понимания темы должны быть снабжены как можно большим количеством схем, диаграмм, рисунков, компьютерных презентаций и тому подобным наглядным материалом.

8. Трудности в выделении и осознании цели. В процессе трудовой деятельности и освоения профессиональных навыков они стремятся как можно скорее получить результат, однако им не хватает сосредоточенности, умения соотнести образ будущего результата с получаемым продуктом, и у них не сформировано умение анализировать причины возникающих трудностей. Проблемы, возникающие при овладении профессиональными умениями и навыками, часто связаны с тем, что обучающиеся в своем стремлении получить поскорее результат пренебрегают освоением важных трудовых операций. Кроме того, у лиц с нарушением слуха часто не сформировано осознание обязательности достижения поставленной цели. Помимо задачи обучения стоит также и задача по воспитанию ответственного отношения к труду и формированию у них соответствующей мотивации.

9. Недостаточная сформированность оценочных критериев межличностных отношений, как следствие - крайности в оценке окружающих в ситуациях профессионального обучения и производственной практики, недостаточная дифференциация личностных и деловых отношений.

10. Замедленная, по сравнению со слышащими, скорость выполнения отдельных движений и деятельности в целом.

Лица с нарушениями зрения

К категории детей с нарушениями зрения относятся слепые и слабовидящие.

Слепые (незрячие) – лица, у которых либо полностью отсутствуют зрительные ощущения, либо есть светоощущение или остаточное зрение (до 0,04 с коррекцией очками), при котором сохраняется возможность воспринимать контуры, силуэты, пальцы рук вблизи лица. При тотальной слепоте зрительные ощущения полностью отсутствуют.

Слабовидящие – лица с остротой зрения на лучше видящем глазу от 0,05 до 0,2. Зрительное слабовидение характеризуется неточностью, фрагментарностью, замедленностью. Чаще всего у слабовидящих детей выявляются косоглазие и амблиопия.

Косоглазие – это нарушение бинокулярного зрения. Бывает односторонним и двусторонним.

Амблиопия – формы нарушения зрения, не имеющие видимой анатомической или рефракционной основы, наиболее частая причина – косоглазие.

Наиболее распространенной формой аномалии рефракции, приводящей к снижению остроты зрения, является миопия (близорукость), достаточно часты гиперметропия (дальнозоркость) и астигматизм.

Астигматизм – аномалия преломляющей способности глаза, при которой в одном глазу наблюдается сочетание разных видов рефракции. Астигматизм не всегда корригируется очками, поэтому у детей возникают трудности видения объема, глубины, удаленности объектов.

Нарушения зрения, как правило, вызывают отклонения практически во всех видах познавательной деятельности. Это происходит из-за снижения количества получаемой человеком информации, сокращение зрительных ощущений ограничивает возможности формирования образов памяти. Происходят

качественные изменения системы взаимоотношений анализаторов, из-за этого возникают специфические особенности в процессах формирования образов, памяти, речи, внимания и т.п. Также происходят изменения в физическом формировании человека – нарушается точность движений, снижается их интенсивность.

В целом слабовидящие отличаются следующими особенностями, обуславливающими особенности их учебной деятельности в учреждениях профессионального образования:

1. Ограниченность внешних впечатлений оказывает отрицательное влияние на формирование качеств внимания. Замедленность процесса восприятия, которое осуществляется во многом с помощью осязания или нарушенного зрительного анализатора, сказывается на темпе переключения внимания и проявляется в снижении объема и устойчивости внимания.

Поэтому для обеспечения эффективного обучения необходимо обеспечить поступление информации по сохранным каналам восприятия. Концентрация внимания на анализе информации, полученной только по одному каналу восприятия (например, только слухового или только осязательного), не может создавать у слабовидящих полного образа предмета или образа производственной операции. Это, в свою очередь, приводит к снижению точности выполнения учебной или трудовой деятельности.

Однако такие качества внимания, как активность, направленность, интенсивность, сосредоточенность, устойчивость, хоть они и формируются под влиянием нарушений зрения, могут быть хорошо развиты, достигая, а иногда и превышая уровень развития этих качеств у нормально видящих людей. Поскольку произвольность процессов внимания напрямую связана с развитием волевых и интеллектуальных свойств личности, то преподавателям следует особое внимание уделять развитию самостоятельности и активности слабовидящих обучающихся в процессе профессионального обучения, особенно в той части учебной программы, которая касается отработки практических навыков профессиональной деятельности.

2. Обедненность и схематизм зрительного образа. Нарушение целостности восприятия (иногда в образе объекта отсутствуют не только второстепенные, но и определяющие детали), снижение его скорости. Нарушение бинокулярного зрения может приводить к трудностям восприятия перспективы и глубины пространства, что следует учитывать, если необходимым компонентом профессиональной деятельности является умение чертить и понимать чертежи.

3. В качестве механизма, компенсирующего недостатки зрительного восприятия, у слабовидящих лиц выступают слуховое и осязательное восприятия. Осязательный образ формируется как развернутый процесс, поэтому скорость приема информации здесь невелика. При этом мышечно-двигательная чувствительность является важным компонентом не только процесса собственно осязания, но и процесса ориентировки в пространстве. Использование контроля на основе двигательной и осязательной чувствительности при отсутствии зрительного контроля приводит к тому, что лица с нарушениями зрения уступают лицам с нормальным зрением в точности движений, оценке движений и степени мышечного напряжения в процессе освоения и выполнения рабочих движений и производственных операций. Однако при условиях более длительной тренировки с

включением познавательных процессов точность дифференцированности движений у лиц с нарушениями зрения в трудовой деятельности может достигать высокого уровня за счет автоматизации движений, даже превосходя по этим показателям показатели лиц с нормальным зрением.

4. Значение слуха в деятельности слабовидящих гораздо больше, чем у лиц с нормальным зрением. Как правило, необходимость пространственной ориентации и осуществления различной деятельности, которая требует дифференцировать или локализовать источники звуков (например, определять направление звука), способствует развитию слуховой чувствительности. Вместе с тем это же качество может препятствовать успешному осуществлению профессиональной деятельности у лиц с нарушениями зрения в условиях производства с повышенным уровнем шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, так как подобного рода раздражители будут способствовать развитию у слабовидящих лиц усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

5. В запоминании и сохранении информации у слабовидящего большую роль играет значимость самой информации. Поскольку значительное количество объектов и понятий не имеет для слабовидящих лиц того значения, как для лиц с нормальным зрением, то их запоминание и сохранение теряет смысл. Следовательно, большую роль в успешности усвоения информации в процессе профессионального обучения будет играть возможность практического применения тех или иных знаний и навыков.

Для успешного усвоения материала слабовидящими важно уточнение образов, показ значимости информации для последующей трудовой деятельности. Кроме того, для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок по сравнению с лицами с нормальным зрением.

6. В работе со слабовидящими возможно использование сети Интернет, подачи материала на принципах мультимедиа, использование чат-семинаров, чат-консультаций, консультаций в режиме «off-line» посредством электронной почты.

Следует использовать принцип максимального снижения зрительных нагрузок при работе на компьютере. Для этого следует обеспечить:

- подбор индивидуальных настроек экрана монитора в зависимости от диагноза зрительного заболевания и от индивидуальных особенностей восприятия визуальной информации;
- дозирование зрительных нагрузок и чередование зрительных нагрузок с другими видами деятельности;
- использование специальных программных средств для увеличения изображения на экране;
- применение программ экранного доступа для озвучивания информации;
- реализация принципа работы с помощью клавиатуры, а не с помощью мыши;
- использование «горячих» клавиш;
- освоение слепого десятипальцевого метода печати на клавиатуре;
- проведение в ходе занятий физкультминуток, включающих специальные упражнения для глаз и общие физические упражнения.

Следует учитывать, что при зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность. Поэтому необходимо проводить небольшие перерывы, на которых можно заниматься активными видами деятельности. Но при этом следует знать, что слабовидящим могут быть противопоказаны многие обычные занятия физкультурой, например наклоны, резкие прыжки, поднятие тяжестей, так как они могут способствовать ухудшению зрения.

Лица с нарушениями речи

К данной категории относятся лица с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи. От других категорий лиц с ОВЗ их отличает нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Выделение этих дифференцирующих признаков необходимо для отграничения от речевых нарушений, отмечаемых у детей с олигофренией, ЗПР, слепых и слабовидящих, слабослышащих, детей с РДА и др.

Следует различать патологические речевые нарушения и возможные речевые отклонения от нормы, вызванные возрастными особенностями формирования речи или условиями внешней среды (некоторые речевые особенности родителей, двуязычие в семье, диалектизмы, безграмотность).

Речевые нарушения могут затрагивать различные стороны речи: звуковую (произносительную), фонематическую (смыслоразличительную), лексику, грамматический строй.

В настоящее время в логопедии существуют 2 классификации – клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. Между ними нет противоречий, они дополняют друг друга и отражают определенный подход к речевым нарушениям и выбор средств коррекции.

Все виды речевых нарушений в клинико-педагогической классификации делят на 2 группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

1. Нарушения устной речи:

а) нарушения фонационного (внешнего) оформления речи:

- афония, дисфония – отсутствие или расстройство голоса;
- брадилалия – патологически замедленный темп речи;
- тахилалия – патологически ускоренный темп речи;
- заикание – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;
- дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации (обеспеченность органа или ткани нервными волокнами и нервными клетками) речевого аппарата;
- риноплалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата;
- дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата;

б) нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления речи:

- алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга;
- афазия – полная или частичная утрата речи, связанная с локальными поражениями головного мозга.

2. Нарушения письменной речи:

а) дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение чтения;

б) дисграфия (аграфия) - частичное (полное) нарушение письма.

Многие дети указанной категории характеризуются раздражительностью, повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, эмоциональной неустойчивостью, расстройствами настроения. Вследствие органической недостаточности ЦНС они быстро устают, плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте.

У большинства детей несовершенна общая, особенно мелкая моторика, недостаточно развиты такие двигательные качества, как быстрота, сила, ловкость и др. Не сформированы или недостаточно развиты коммуникативная, когнитивная, регулирующие функции речи, затруднен процесс овладения различными компонентами языковой системы. Помимо этого выявляется недостаточность когнитивной деятельности: недостатки слухоречевой и зрительной памяти, оптико-пространственных функций, низкий уровень понимания словесных инструкций, трудности в овладении обобщающими понятиями. Часто выявляется неустойчивость внимания, снижены работоспособность, познавательная и речевая активность. Замедлен темп формирования произвольной регуляции поведения и деятельности.

Вместе с тем, у детей с сохранным интеллектом обучаемость достаточно высокая.

При обучении и воспитании детей с речевыми нарушениями наиболее эффективным является коммуникативно-деятельностный подход, предполагающий ситуативно-тематическую организацию языкового материала, концентричность в его подаче и закреплении, подчиненность речевых навыков развитию коммуникативных умений. Широко применяются словесные приемы в сочетании с наглядными: речевой образец, повторное проговаривание, объяснение, вопрос, оценка речи. В программу обучения лиц данной категории включается коррекционная работа по развитию когнитивных процессов: памяти, внимания, мышления и др. Предусматривается развитие мелкой и общей моторики, зрительно-пространственной координации, слухового восприятия, познавательной активности, мотивационной сферы.

Лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА)

Термин *«нарушение опорно-двигательного аппарата»* носит собирательный характер и включает в себя различные двигательные расстройства, характеризующиеся нарушениями скоординированности, темпа движений, ограничением их объема и силы, которые приводят к невозможности или частичному нарушению осуществления движений скелетно-мышечной системой во времени и пространстве.

В зависимости от причин и времени действия вредных факторов выделяют следующие виды нарушений ОДА:

1) врожденная патология опорно-двигательного аппарата: вывих бедра, кривошея, аномалии развития позвоночника, косолапость и различные деформации стоп, недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии формирования пальцев кисти;

2) заболевания нервной системы: детский церебральный паралич, полиомиелит;

3) приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного и головного мозга, конечностей, полиартрит, заболевания скелета, в том числе рахит.

Независимо от того или иного вида нарушений ОДА у детей, страдающих ими, наблюдаются общие проблемы. Помимо двигательного дефекта, у них отмечаются речевые нарушения, которые могут со временем усугубляться из-за недостатка общения. Нередко отмечается их отставание и интеллектуальном и психическом развитии, наблюдается агрессивное поведение и повышенная эмоциональная возбудимость.

Часть детей с нарушениями ОДА не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.

Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами.

Детский церебральный паралич (ДЦП) — заболевание центральной нервной системы, характеризующееся ранним поражением двигательных и речевых зон головного мозга.

Современные российские исследователи выделили 5 основных форм ДЦП:

1) спастическая диплегия — наиболее распространенная форма, при которой поражены и верхние, и нижние конечности, тяжесть речевых, психических и двигательных симптомов варьируется в широких пределах, нарушения психики обнаруживаются у подавляющего большинства детей;

2) двойная гемиплегия — самая тяжелая форма с тотальным поражением мозга и отсутствием произвольной моторики и серьезными формами умственной отсталости, чаще всего дети с таким диагнозом не обучаемы;

3) гемипаретическая форма — повреждение конечностей тела только с одной стороны, степень интеллектуальной задержки может быть разной;

4) гиперкинетическая форма — поражение подкорковых отделов мозга с меньшим, чем при других формах, нарушением психики и развитием интеллекта в пределах нормы;

5) атонически-астатическая форма — поражается мозжечок, происходит нарушение равновесия тела и незначительные поражения интеллекта.

У некоторых детей наблюдается проявление нескольких форм ДЦП, что затрудняет диагноз.

У детей с ДЦП задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипуляций. Степень выраженности двигательных нарушений у детей с ДЦП разная: от тяжелой,

когда ребенок не может ходить и манипулировать предметами, до легкой, при которой ребенок ходит и обслуживает себя самостоятельно. Для рассматриваемой категории детей характерны различные нарушения познавательной и речевой деятельности; разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы (у одних – в виде повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, вялости), склонность к колебаниям настроения; своеобразие формирования личности (отсутствие уверенности в себе, самостоятельности; незрелость, наивность суждений; застенчивость, робость, повышенная чувствительность, обидчивость).

Коррекционная работа при ДЦП направлена на устранение разных проявлений этой болезни: нарушений в опорно-двигательной системе, серьезных расстройств речи и дисгармоничного развития психики ребенка. Одно из основных направлений коррекционной работы — это развитие речи.

Основной целью коррекционной работы при ДЦП является оказание комплексной медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи; обеспечение общего и профессионального обучения. Важное условие комплексного воздействия – согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, гомеопата, логопеда, дефектолога, психолога и педагогов.

Для получения образования детьми с ОДА необходима специально организованная среда: лифты, пандусы и др., ортопедическая обувь и ортопедические приспособления, специальная мебель, специальные приборы для обучения (ручки и др.), компьютерные классы, специальные логопедические кабинеты, кабинет для ЛФК и массажа, кабинет психолога, бассейн, ортопедическая мастерская.

На каждом уроке после 20 минут занятий проводится 5-минутная физкультпауза с включением лечебно-коррекционных мероприятий.

Обучение детей с нарушением функции ОДА осуществляется на фоне лечебно-восстановительной работы. Лечебно-воспитательная работа ведется в следующих направлениях: посильная медицинская коррекция двигательного дефекта, терапия нервно-психических отклонений. Комплекс восстановительного лечения представлен ортопедо-неврологическими мероприятиями, лечебной физкультурой, массажем, физио-, бальнео-климатотерапией, протезно-ортопедической помощью, коррекционными занятиями в бассейне и т.д. Медицинский блок должен включать помещения для этих мероприятий.

Помимо лечебно-оздоровительных мероприятий, предусматриваются также формирование и развитие навыков самообслуживания и социально-бытовой ориентации, навыков коммуникации.

Лица с задержкой психического развития (ЗПР)

Задержка психического развития (ЗПР) у детей является сложным нарушением, при котором у разных детей страдают разные компоненты их психической, психологической и физической деятельности.

ЗПР относится к «пограничной» форме нарушения развития ребенка. При ЗПР имеет место неравномерность формирования различных психических функций,

типичным является сочетание как повреждения, так и недоразвития отдельных психических функций с сохранными. При этом глубина повреждений и/или степень незрелости может быть также различной.

Частичное (парциальное) нарушение высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка.

В специальной литературе представлено несколько классификаций задержки психического развития. В последнее время выделяют 4 основных типа ЗПР:

- задержка психического развития конституционного генеза (наследственно обусловленный психический и психофизический инфантилизм);
- задержка психического развития соматогенного генеза (обусловлена инфекционными, соматическими заболеваниями ребенка или хроническими заболеваниями матери);
- задержка психического развития психогенного генеза (обусловлена неблагоприятными условиями воспитания, частыми психотравмирующими ситуациями в жизни ребенка);
- задержка психического развития церебрально-органического генеза (при этом типе сочетаются признаки незрелости нервной системы ребенка и признаки парциального нарушения ряда психических функций).

Дети с задержкой психического развития являются наиболее сложными в диагностическом отношении, особенно на ранних этапах развития.

У детей с ЗПР в соматическом состоянии наблюдаются частые признаки задержки физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса, задержка роста).

У этих детей отмечаются особенности эмоционально-волевой сферы (её незрелость) и стойкие нарушения в познавательной деятельности.

Эмоционально - волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. У детей с ЗПР отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций, характерны слабая воля и слабая заинтересованность в оценке их деятельности. У этих детей низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости.

В познавательной деятельности наблюдаются: слабая память, неустойчивость внимания, медлительность психических процессов и их пониженная переключаемость. Для ребенка с ЗПР необходим более длительный период для приёма и переработки зрительных, слуховых и прочих впечатлений.

Для детей с ЗПР характерны ограниченный (гораздо беднее, чем у нормально развивающихся детей того же возраста) запас общих сведений об окружающем, недостаточно сформированные пространственные и временные представления, бедный словарный запас, несформированность навыков интеллектуальной деятельности.

Наиболее характерная особенность этих детей – несоответствие между уровнем наглядно действенных операций и словесно-логического мышления. Все задания, которые требуют привлечения логического мышления и объяснения, выполняются ими значительно хуже, чем нормально развивающимися детьми. При выполнении того же задания по наглядному образцу качество его выполнения улучшается, и ребенок с ЗПР показывает более высокий уровень мыслительной

деятельности, чем ребенок с умственной отсталостью. Например, при выполнении задания на классификацию, правильно сгруппировав предметы по родовой принадлежности, они часто не могут назвать эту группу соответствующим понятием, не могут объяснить принцип, по которому объединили их.

В отличие от умственно отсталых детей, у детей с ЗПР выше обучаемость. Они лучше используют помощь учителя или старшего и способны применить показанный способ действия при выполнении аналогичных заданий.

При организации образовательного процесса с детьми рассматриваемой категории нужна адаптация объема и характера учебного материала к познавательным возможностям учащихся, для чего необходимо систему изучения того или иного раздела программы значительно детализировать: учебный материал преподносить небольшими порциями, усложнять его следует постепенно, необходимо изыскивать способы облегчения трудных заданий.

Для успешного усвоения учебного материала детьми с ЗПР необходима коррекционная работа по нормализации их деятельности, которая осуществляется на уроках по любому предмету. Особое место должны занять задания, способствующие развитию обобщенных приемов умственной работы.

Следует обращать внимание детей с ЗПР на необходимость проверки качества своей работы, как по ходу её выполнения, так и по конечному результату; одновременно нужно развивать потребность в самоконтроле, осознанное отношение к выполняемой работе. Для предупреждения быстрой утомляемости или снятия её, целесообразно переключать детей с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий. Интерес к занятиям и хороший эмоциональный настрой учащихся поддерживают использованием красочного дидактического материала, введением в занятия игровых моментов. Исключительно важное значение имеют мягкий доброжелательный тон педагога, внимание к ребёнку, поощрение его малейших успехов.

Лица с умственной отсталостью (нарушением интеллекта)

Нарушение интеллекта (умственная отсталость) - это стойкое, необратимое нарушение познавательной деятельности, вызванное органическим поражением головного мозга.

При умственной отсталости ведущим симптомом является также диффузное (количественное) поражение коры головного мозга. Но не исключаются и отдельные (локальные) поражения, что приводит к разнообразию нарушений в развитии психических, особенно высших познавательных, процессов (восприятия, памяти, словесно-логического мышления, речи и др.) и их эмоциональной сфере (повышенная возбудимость или, наоборот, инертность, вялость).

Нередко у умственно отсталых детей наблюдаются нарушения в физическом развитии (дисплазии, деформация формы черепа и размеров конечностей, нарушения общей, мелкой моторики).

Педагогическим критерием для диагностики детей с умственной отсталостью является их низкая обучаемость.

В настоящее время в практической работе психиатры используют международную классификацию (МКБ-10) по степени глубины интеллектуального дефекта. В соответствии с ней умственная отсталость подразделяется на формы:

- легкую (IQ в пределах 50-69);
- умеренную (IQ в пределах 35-49);
- тяжелую (IQ в пределах 20-34);
- глубокую (IQ ниже 20).

При нарушениях интеллекта ведущими неблагоприятными факторами являются слабая любознательность и замедленная обучаемость ребенка, то есть его плохая восприимчивость нового.

При умственной отсталости оказывается нарушенной уже первая ступень познания - восприятие. Темп восприятия замедлен, объем узкий. Они с трудом выделяют главное или общее на картинке, в тексте, выхватывая лишь отдельные части и не понимая внутренней связи между частями, персонажами. Часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, сходные по звучанию слова. При правильном списывании текста, они не могут писать под диктовку. Также характерны трудности восприятия пространства и времени, что мешает этим детям ориентироваться в окружающем. Часто даже в 8-9 лет они не различают правую и левую стороны, не могут найти свой класс, ошибаются в определении времени на часах, дней недели, времен года.

Все мыслительные операции (анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция) недостаточно сформированы. Отличительной чертой мышления является не критичность, невозможность самостоятельно оценить свою работу. Они, как правило, не понимают своих неудач и довольны собой.

Слабость памяти проявляется в трудностях не столько получения и сохранения информации, сколько в ее воспроизведении (особенно словесного материала). И это является главным отличием их от детей с нормальным интеллектом. Из-за непонимания логики событий воспроизведение носит бессистемный характер.

У детей с нарушением интеллекта, как правило, страдают все стороны речи.

Внимание неустойчивое, переключаемость его замедлена.

Эмоционально-волевая сфера отмечается неустойчивостью, неадекватностью эмоций. В работе они предпочитают легкий путь, не требующий волевых усилий.

Однако, тенденции развития ребенка с нарушением интеллекта те же, что и нормально развивающегося. При своевременной правильной организации воспитания, как можно более раннем начале обучения многие отклонения развития у такого ребенка могут быть скорректированы и даже предупреждены.

Возможность овладения профессией этими учащимися зависит от многих факторов, что предлагает хорошую организацию коррекционной работы. Ее основными направлениями служат:

- повышение уровня познавательной активности учащихся,
- развитие их способности к осознанной регуляции трудовой деятельности.

Для выполнения этих задач у учащихся необходимо формировать технические и технологические знания, общетрудовые умения. Только опора на имеющиеся знания дает им возможность уяснить новое трудовое задание, спланировать его

выполнение, правильно действовать при встрече с различного рода проблемами, контролировать и оценивать сделанное.

Предъявляются следующие требования к работе по формированию знаний обучающихся этой группы:

- доступность изучаемого материала по содержанию и объему для определенной группы учащихся;
- формирование готовности школьников к усвоению знаний;
- опора на предметную и изобразительную наглядность;
- связь новых сведений с ранее усвоенным материалом;
- эффективность объяснения (доступность речи учителя, выразительность, эмоциональность, доказательность, оптимальный темп и продолжительность объяснения, личность педагога);
- проведение упражнений на совершенствование устных и письменных высказываний учащихся;
- систематичность повторения, основанного на вариантности;
- контроль процесса и конечного результата усвоения знаний.

Развитие умений здесь происходит путем планомерного сокращения помощи учащимся. В начале обучения помощь учителя максимальна. Она состоит в демонстрации и объяснении конечного результата труда, условий работы, применяемых материалов, пособий. Развернутая помощь в планировании заключается в групповом обсуждении плана работы и практическом показе учителем последовательности ее выполнения, в применении демонстрационных технологических карт. Карты используются при обсуждении плана работы. Результативность самоконтроля обеспечивается за счет полноты и точности сформированного у учащихся образа конечного и промежуточных результатов работы, а также за счет формирования контрольно-измерительных умений и привычки к выполнению контрольных действий. В дальнейшем следует переходить от развернутой помощи учащимся к краткому инструктажу.

Лица с комплексными нарушениями

К множественным нарушениям детского развития относят сочетания двух или более психофизических нарушений (зрения, слуха, речи, умственного развития и др.) у одного ребенка. Например, сочетание глухоты и слабовидения, сочетание умственной отсталости и слепоты, сочетание нарушения опорно-двигательного аппарата и нарушений речи. В качестве синонимов в литературе используются и другие термины: сложный дефект, сложные аномалии развития, сочетанные нарушения, комбинированные нарушения и, все более утверждающееся в последнее время, - сложная структура дефекта, сложная структура нарушения или множественное нарушение.

Лица с детским аутизмом

Детский аутизм в настоящее время рассматривается как особый тип нарушения психического развития. У всех детей с аутизмом нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков. Общими для них являются аффективные проблемы и трудности становления активных взаимоотношений с

динамично меняющейся средой, которые определяют их установки на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность собственного поведения.

V. Рекомендации ФЦЭРИ и МГТУ им. Н.Э. Баумана для специалистов реабилитационных учреждений социальной защиты населения по актуальным вопросам организации учебного процесса интегрированного профессионального образования инвалидов в учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования

Профессиональная подготовка и профессиональное образование на различных уровнях и дополнительное образование инвалидов, как и других граждан должны осуществляться в порядке и на условиях, определяемых действующим законодательством об образовании. Виды и организационные формы образования следует формулировать в индивидуальной программе реабилитации инвалида. Для тех инвалидов, которые в соответствии с ИПР нуждаются в специальных условиях профессиональной подготовки и профобразования, в системе государственной службы реабилитации должны создаваться специальные федеральные, региональные, муниципальные образовательные учреждения различных типов и видов. Специальные образовательные учреждения для инвалидов иных организационно-правовых форм должны осуществлять свою деятельность во взаимодействии с государственной службой реабилитации инвалидов на договорных условиях с предварительным лицензированием их. Специальные условия указанных образовательных учреждений для инвалидов обеспечивают выполнение индивидуальных программ реабилитации на период их обучения и состоят в следующем: приспособлении помещений, территорий, мебели, оборудования и т.п. к возможностям инвалидов соответственно требованиям безбарьерной архитектуры; адаптации программ обучения к психофизиологическим особенностям инвалидов, педагогической коррекции учебного процесса, введении различных форм обучения, включая индивидуальные.

Профессиональную подготовку и профессиональное образование инвалидов в специальных образовательных учреждениях следует осуществлять в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов. При сохранности интеллекта недопустимо введение специальных образовательных стандартов.

Признавая значимость для отдельных категорий инвалидов централизованных специализированных форм обучения, следует признать, что в настоящее время актуальной является система интегрированного профессионального обучения лиц с дефектами здоровья. В процессе профессиональной реабилитации инвалидов необходимо наиболее полно использовать учреждения, организации общего типа. В тех случаях, когда это невозможно, следует создавать специальные условия обучения в системах специализированных образовательных учреждений.

Решающее значение для профессиональной реабилитации инвалидов имеет правовое поле, в котором она осуществляется. Упорядочение, легализация в нормативно-правовых документах различных аспектов взаимоотношений

участников процесса профессиональной реабилитации инвалидов будет способствовать реальному решению сложных проблем создания условий для активной трудовой и общественной жизни лиц с дефектами здоровья в той среде, которую они сознательно для себя выберут.

Система профессионального образования инвалидов должна разрабатываться с учетом преемственности в обучении и с учетом индивидуальных потребностей обучаемого инвалида. Одновременно быть непрерывной и открытой, ориентированной на потребности рынка труда, предлагая ему наиболее эффективные пути повышения уровня образования и различные варианты повышения квалификации.

Решение проблемы внутренней доступности образовательного пространства учебного заведения для лиц со специальными образовательными потребностями достигается специальной формой организации учебного процесса и созданием в нем безбарьерной образовательно-реабилитационной среды.

Образовательно-реабилитационная среда – это организационно, методически, технически и технологически приспособленная к специальным потребностям инвалида в образовательном учреждении среда, обеспечивающая ему условия для освоения профессиональных образовательных программ, охрану здоровья, создающая условия для реализации индивидуальной программы реабилитации, доступность информационного и социокультурного пространства учебного заведения. Эта среда должна компенсировать, полностью или частично, ограничение жизнедеятельности инвалида в получении образования, позволяя ему выступать на рынке труда на равных конкурентных началах с другими специалистами. К таким ограничениям относятся ограничения в общении, ориентации, обучении, трудоустройстве, а в некоторых аспектах самообслуживания.

Создание образовательно-реабилитационной среды предполагает:

- создание специальных технологий профессионального образования;
- формирование безбарьерной среды общения;
- обеспечение охраны здоровья инвалидов;
- обеспечение этапного реабилитационного сопровождения образовательного процесса;
- создание условий для развития потенциальных способностей личности.

Основополагающими направлениями по созданию образовательно-реабилитационной среды в образовательном учреждении являются:

- формирование образовательных технологий: организационных, структурно-функциональных, учебно-методических, педагогических по отдельным профильным специальностям, а также коррекционных;
- архитектурно-планировочное и техническое обустройство образовательно-реабилитационной среды, включая: формирование безбарьерной окружающей среды, обеспечение учащихся индивидуальными, групповыми и аудиторными вспомогательными техническими средствами, приспособлениями, способствующими компенсации имеющихся у них патологий здоровья;
- медицинская и социальная реабилитация, включая: создание условий для реализации индивидуальной программы реабилитации, своевременной медико-социальной экспертизы, психологическую поддержку, социально-правовое

консультирование, оказание содействия в трудоустройстве, решение сопутствующих образовательному процессу социально-бытовых и социокультурных вопросов.

Образовательно-реабилитационная среда не является неким застывшим пространством. Очевидно, что по мере возникновения тех или иных проблем в ходе обучения инвалидов, изменениях в правовых документах, регламентирующих различные аспекты социальной защиты, включая образование инвалидов, потребуется поиск адекватных решений актуальных вопросов совершенствования среды.

Таким образом, технология обучения инвалидов включает полное описание процесса обучения: совокупность взаимосвязанных учебно-методических, информационных, обычных и специальных технических средств; режим обучения; способы контроля знаний; регламентацию отдельных видов процесса. Технология обучения характеризуется несколькими признаками. В качестве основных можно выделить: степень ориентации на область профессиональной деятельности, жесткость учебного плана, сочетание производственного и теоретического обучения, последовательность изучаемых предметов, особенности интегрированного обучения инвалидов и их технического и специального сопровождения в процессе всего периода обучения.

Сложность и наукоёмкость профессиональной деятельности определяют требования к объему и соотношению общего и профессионального образования, необходимых для ее овладения, а, следовательно, ступень квалификации, к которой отнесена та или другая профессия.

Подготовка в системе начального профессионального образования ведется, в основном, по профессиям широкого профиля с последующей специализацией по специальностям, а в системе среднего профессионального образования – по специальности, в рамках которой устанавливается специализация.

При создании структуры непрерывного образования инвалидов необходимо учитывать тенденции развития общей системы непрерывного образования с опорой на существующие организационные формы обучения инвалидов: реабилитационные центры, образовательные учреждения начального, среднего и высшего профессионального образования.

Профессиональные образовательные программы начального, среднего и высшего профессионального образования представляют собой совокупность образовательных услуг, позволяющих реализовать требования, установленные государственными образовательными стандартами всех ступеней профессионального образования.

При организации непрерывного интегрированного профессионального обучения лиц с психофизическими особенностями по базисным учебным планам общеобразовательных учреждений необходимо использовать возможности, предоставленные вариативной частью плана, обеспечивающей индивидуальный характер развития учащихся (студентов), учитывающей их личностные особенности, интересы и склонности.

При таком учете предлагается ориентироваться на следующие 4-е возможности:

1 — психофизические особенности инвалида позволяют ему освоить профессию (специальность) в соответствии с Госстандартом общей системы образования;

2 — психофизические особенности инвалида позволяют ему освоить профессию (специальность) в соответствии с Госстандартом общей системы образования, но за больший срок обучения (или за тот же срок обучения, но с использованием специальных технологий обучения);

3 — психофизические особенности инвалида позволяют ему освоить большую часть видов деятельности (трудовых функций) по профессии (специальности), предусмотренных стандартом общей системы образования (в соответствии с профессиональной характеристикой для начального профессионального образования или требованиями к уровню подготовки выпускников для специальностей среднего или высшего профессионального образования);

4 — психофизические особенности инвалида позволяют ему освоить только определенные виды деятельности или работ по специальности.

С учетом потребностей и возможностей инвалидов учебные планы должны включать в себя целый ряд специфических дисциплин, направленных на адаптацию учебного процесса к инвалиду и внедрение его в интегрированную среду обучения, овладения им современными средствами коммуникации и необходимыми знаниями медико-технической и медико-социальной реабилитации, основами психологии и т.д.

Инвалид, закончивший профессиональное образовательное учреждение и получивший дополнительные знания по ряду специальных образовательно-реабилитационных дисциплин, должен уметь организовать свое рабочее место с использованием необходимых технических средств, знать свои права и обязанности.

Формируя технологию обучения необходимо учитывать возможности по ее реализации. Конкретный курс или элемент обучения организуется в условиях учебного заведения в соответствии с педагогической целью и реальными возможностями. В качестве основных ресурсов можно выделить материально-техническое учебное оборудование, специальное техническое оборудование, время, учебную литературу, дополнительный раздаточный материал для наиболее полного освоения и понимания сложного материала, квалификацию преподавательского и учебно-вспомогательного персонала. Оснащенность компьютерной техникой, программными средствами, лабораторными приборами, образцами машин, выходами в мировые компьютерные сети определяют возможности образовательного учреждения по реализации некоторых элементов технологии образования. Многие современные элементы технологии обучения требуют видеотехники, видеофильмов, тренажеров, подготовленных аналитических ситуаций, специального учебного оборудования.

Профессиональный состав преподавательских кадров определяет возможности по составу дисциплин и долю отдельных, прежде всего трудоемких и высокопрофессиональных элементов технологии.

Наиболее полно задачам профессионального образования лиц со специальными потребностями в интегрированных (вариативных по форме) условиях обучения и складывающимся потребностям рынка интеллектуального труда

отвечает многоуровневая (градуальная) образовательная система. В многоуровневых структурах естественным образом и наиболее эффективно воплощаются фундаментальные для реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья принципы непрерывности профессиональной траектории, доступности и беступиковости всех ступеней и уровней профессионального образования, адресности и оптимальности содержания и объема специальных образовательных и реабилитационных услуг.

Реализация вариантов систем непрерывного многоуровневого интегрированного по форме профессионального образования инвалидов возможна, прежде всего, в ведущих образовательных учреждениях для инвалидов с сохранным интеллектом.