

О.Л. АЛЕКСЕЕВ, Д.В. АЛЕКСЕЕВА

**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ
ПО ЗРЕНИЮ**

Екатеринбург 2007

Министерство социальной защиты населения
Свердловской области
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

О.Л. Алексеев
Д.В. Алексеева

**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ
ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ**

Методическое пособие

Для специалистов
по социальной работе
и студентов

Екатеринбург - 2007

УДК 157.3
ББК Ю 948.2
А 47

Печатается по заказу Министерства
социальной защиты населения
Свердловской области в рамках
государственного контракта
№ 13 от 16.04.2007

Авторы-составители:

Доктор педагогических наук, профессор,
зав. кафедрой специальной педагогики **О. Л. Алексеев**
Старший преподаватель кафедры специальной педагогики **Д. В. Алексеева**

Рецензенты:

Кандидат педагогических наук, профессор кафедры
специальной педагогики Института специального образования
Уральского государственного педагогического университета
В. В. Коркунов

Доктор педагогических наук, директор Института проблем доступности
высшего образования Челябинского государственного университета
Е. А. Мартынова

Алексеев, О. Л. Профессиональное образование инвалидов по
зрению [Текст] : метод. пособие / О. Л. Алексеев, Д. В. Алексеева. –
Екатеринбург : Издатель Калинина Г. П., 2007. – 84 с.

ISBN 5-901487-35-4

В пособии раскрываются психолого-педагогические основы профес-
сионального образования инвалидов по зрению. Особое внимание уделено
вопросам профессиональной ориентации, комплексного сопровождения обра-
зовательного процесса инвалидов по зрению. Рассматриваются также некото-
рые аспекты социальной реабилитации и социализации лиц с нарушенным
зрением, в том числе людей пожилого возраста.

Для специалистов, осуществляющих профессионального образование
лиц с нарушением зрения, специалистов по социальной работе, студентов.

ISBN 5-901487-35-4

- © Алексеев О.Л., Алексеева Д.В. [Текст], 2007.
- © ГОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет», 2007.
- © Министерство социальной защиты населения Свердловской области, 2007.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Социальные аспекты инвалидности.....	6
Характеристика основных зрительных функций.....	8
Наиболее распространенные патологии зрительного анализатора	10
Характеристика контингента лиц с нарушениями зрения.....	16
Особенности психического развития лиц с нарушениями зрения.....	21
Профессиональная ориентация инвалидов по зрению.....	26
Организация профессионального образования инвалидов по зрению.....	38
Список использованной литературы	57
<i>Приложение 1</i>	
Положение о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации.....	60
<i>Приложение 2</i>	
Подготовка первичной профконсультации (по Л. А. Головей).....	70
<i>Приложение 3</i>	
В. З. Кантор Социальная реабилитация и социализация инвалидов по зрению: к проблеме соотношения.....	76
<i>Приложение 4</i>	
В. З. Кантор, А. Ю. Гостев Надомный социально-реабилитационный патронаж как новая форма реабилитационной работы с инвалидами по зрению пожилого возраста.....	79

ВВЕДЕНИЕ

Как известно, зрение играет важнейшую роль в жизни человека. Посредством зрения человек получает наибольшее количество информации об окружающей действительности. В своих исследованиях И. М. Сеченов отмечал, что глаз человека способен различать восемь категорий признаков предметов: цвет, форму, величину, удаление, направление, телесность, покой и движение. Таким образом, благодаря зрительному восприятию (по словам С. Л. Рубинштейна, наиболее «опредмеченному», объективированному) человек может адекватно отражать реальные свойства пространства, а также объектов, его наполняющих.

Практически во всех видах деятельности (познавательной, предметно-практической, трудовой, коммуникативной, творческой и др.) нормально видящий человек пользуется зрением: воспринимает признаки предметов, идентифицирует людей и объекты, контролирует выполнение действий и т.д.

При частичной или полной потере зрения происходят существенные изменения в сфере чувственного познания. Как указывает А. Г. Литвак, «...психическое развитие аномального ребенка будет иметь свои особенности, связанные с выпадением или глубоким нарушением зрительных функций ... во-первых, ряд психических процессов (ощущения, восприятия, представления) оказывается в прямой зависимости от глубины дефекта, а некоторые психические функции (цветоощущение, скорость восприятия и др.) зависят также от характера патологии; во-вторых, имеются психические процессы и состояния, на которые нарушения зрения оказывают опосредствованное влияние (например, мышление, развитие которого до определенного момента зависит от нарушений в области восприятий и представлений), и, в-третьих, имеются такие структурные компоненты психики, которые оказываются независимыми от глубины дефекта и характера патологии зрения (мировоззрение, убеждения, темперамент, за исключением его внешних проявлений, моральные черты характера и т. д.)»¹

Однако, несмотря на столь значимую роль зрения в жизни человека, не следует думать, что его утрата или глубокое нарушение лишает человека перспектив дальнейшего развития и включения в социум в статусе равноправного члена. Среди инвалидов по зрению много примеров полноценной социальной интеграции и высокого уровня самореализации. И. Н. Зарубина приводит статистические данные от том,

¹ Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих. [Текст] / А. Г. Литвак. – СПб., 1998. – С. 23.

что на 1 января 2003 г., по статистике Всероссийского общества слепых, в области интеллектуального труда заняты 6636 незрячих специалистов, в том числе 60 аспирантов и соискателей ученой степени, 183 кандидата наук, 64 доктора наук, 5 членов-корреспондентов академий наук и 10 академиков, кроме того, 1726 студентов средних специальных учебных заведений и вузов.

Эту же тенденцию подтверждает растущее число выпускников специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждений для детей с нарушенным зрением, желающих после школы продолжить свое образование. Однако в процессе профессиональной ориентации, профессионального образования и последующего трудоустройства инвалиды по зрению сталкиваются с целым рядом существенных затруднений, проблем, которые требуют первоочередного разрешения. Рассмотрению основных аспектов и особенностей профессионального образования лиц с нарушениями зрения посвящено настоящее издание.

Вместе с тем следует учитывать и тот факт, что в России наблюдается тенденция роста доли инвалидов по зрению пожилого возраста. В связи с этим необходимо обратить внимание и на проблемы социально-реабилитационной помощи этой категории людей.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ

Проблема инвалидов и инвалидности до сих пор остается одной из наиболее актуальных и требующих глубокого изучения социальных проблем.

Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.), «Положение о признании лица инвалидом» (1996 г.) закрепляют законодательно содержание понятий «инвалид» и «инвалидность». Инвалидность понимается как социальная недостаточность, которая возникает вследствие нарушения здоровья человека и приводит к стойким расстройствам функций организма, ограничивающим жизнедеятельность, в результате чего человек нуждается в социальной защите. Таким образом, инвалиды – это особая социальная группа людей, отличная по своему социальному статусу от основной массы населения.

В рамках дефектологии понятие «инвалидность» необходимо соотносить с понятиями «норма» и «аномалия». Отношение к инвалидам – это своеобразный индикатор, отражающий уровень гуманистичности и цивилизованности общества. На современном этапе развития социума в отношении к личности культура полезности сменяется на культуру достоинства, что является позитивным признаком оценки межличностных отношений и социального статуса человека. М. А. Беляева и И. Е. Кузнецов совершенно справедливо отмечают, что в «... этой личностно ориентированной концепции человек с врожденными или приобретенными органическими поражениями, независимо от своей дееспособности и полезности для общества, рассматривается как объект особой социальной помощи и заботы, сориентированных на создание условий для максимально полной самоактуализации его личности, реализации всех имеющихся возможностей интеграции в общество»¹. Эти авторы дают следующее определение инвалидности: «инвалидность – общественное явление, результат взаимодействия личности и социума, налагающего на нее определенные запреты или ограничения в связи с несоответствием норме ее физических, психических, функциональных параметров».²

Как социально-биологическая проблема инвалидность представляет интерес в контексте соотношения биологических и социальных механизмов адаптации и компенсации, а в организационно-

¹ Беляева, М. А. Социально-педагогическая работа с семьей ребенка-инвалида [Текст] : учеб. пособие. / М. А. Беляева, И. Е. Кузнецов. – Екатеринбург, 2001. – С. 11.

² Там же.

методическом плане она должна рассматриваться во взаимосвязи с проблемой комплексной многопрофильной реабилитации. Таким образом, проблема инвалидности требует системного подхода к ее пониманию и к решению многих проблем, связанных с инвалидами.

До недавнего времени проблема обучения инвалидов была в поле зрения только в рамках общеобразовательной системы, функционировала государственная сеть специальных общеобразовательных (коррекционных) учреждений. Вопросы получения инвалидами высшего профессионального образования не находили достаточного признания. Сегодня необходимо рассматривать эту проблему с позиции *непрерывности* образования лиц с отклонениями в развитии. Не принижая роли и значимости обучения детей-инвалидов, следует помнить и об обучении взрослых инвалидов, которые стали таковыми по разным причинам.

При определении понятия «непрерывного образования» в обществе иногда используют ряд терминов: образование взрослых, продолжающееся образование, возобновляющееся образование, перманентное образование, постоянное (пожизненное) образование. Всё, в конечном итоге, сводится к идее *незавершенности* образования. Таким образом, непрерывное образование является системным компонентом социальной практики, ее неотъемлемой частью. Непременным условием непрерывного образования является процесс освоения самим инвалидом нового жизненного, социального и профессионального опыта. В этом и состоит суть психолого-педагогической основы непрерывного образования.

Обучение взрослых инвалидов по зрению следует рассматривать как двуединую проблему, связанную со стремлением продолжения обучения самим индивидом, а также с государственной политикой поддержки такого образования. Такое обучение направлено на повышение (или изначальное приобретение) профессионализма (или профессиональной компетентности).

Социальный аспект обучения инвалидов по зрению в первую очередь следует соотносить с образовательными потребностями таких социальных групп населения, которые относятся к так называемым социально незащищенным, то есть к тем, для которых социальная поддержка в решении жизненных проблем в какой-либо мере может быть обеспечена средствами образования.

Профессиональное образование инвалидов по зрению и их последующее трудоустройство по профилю полученной специальности является объективно необходимым условием успешной социализации. Само же определение будущей профессии неразрывно связано с про-

цессом профессиональной ориентации, с самоопределением, а, по сути – с выбором будущего образа жизни.

Следует отметить, что в условиях современного рынка труда инвалидам по зрению предлагается довольно ограниченный перечень доступных для них профессий. Ограничения в выборе будущей профессии в известной мере определяются состоянием зрительных функций каждого претендента на избираемую им профессию.

В связи с этим весьма важным обстоятельством в профессиональном самоопределении является способность объективно соотносить свои профессиональные притязания адекватно собственным функциональным возможностям. Учет собственных интересов и способностей сообразно со зрительными и компенсаторными возможностями позволит осознанно осуществить правильный выбор профессии.

При осуществлении профориентационной работы и организации профессионального обучения все участники этих процессов должны быть хорошо ознакомлены с контингентом обучающихся, осведомлены о состоянии их зрительных функций, что во многом будет способствовать успешности обучения, а в дальнейшем и более рациональному трудоустройству.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Принято различать следующие пять основных зрительных функций:

- центральное (или форменное) зрение;
- светоощущение;
- цветоощущение;
- периферическое зрение;
- бинокулярное, стереоскопическое (объемное) зрение.

Центральное зрение обеспечивает восприятие формы предметов, поэтому его и называют форменным.

Человек может четко видеть предметы, расположенные на разном расстоянии от его глаз. Это возможно потому, что глаз способен менять рефракцию (преломляющую способность) за счет изменения кривизны хрусталика (процесс аккомодации).

Острота зрения (*visus*) характеризуется способностью органа зрения воспринимать отдельно две точки (или какие-либо другие объекты), расположенные очень близко друг к другу (в угловой мере). Принято считать остроту зрения нормальной (т.е. равной 1,0), если глаз различает две точки, расположенные под телесным углом в одну угловую минуту.

Периферическое зрение формируется обычно к трем годам жизни, а иногда и в более поздние сроки.

Поле зрения - это та часть пространства, которая воспринимается глазом при его неподвижном состоянии. Суммарное поле зрения по горизонтали – 180°, по вертикали – 110°-120°. Границы поля зрения сужаются при уменьшении яркости и размеров объекта, при утомлении и воздействии неблагоприятных факторов внешней среды.

При рассматривании близкого предмета двумя глазами (расположенными на расстоянии 60-70 мм друг от друга) в обоих глазах на сетчатках образуются хотя и сходные, но все же чуть отличающиеся изображения этого предмета. За счет их сходства происходит процесс фузии – слияния в единый образ, а их различие обеспечивает возможность объемного восприятия наблюдаемого объекта.

Светоощущение – способность воспринимать свет и различать степени его яркости. Эта способность зависит от функционального состояния всех частей зрительного анализатора.

Зрительный анализатор приспосабливается к разным уровням освещенности, т.е. обладает способностью к адаптации. Существует световая (приспособление к высокой освещенности) и темновая (приспособление к низкой освещенности) адаптация. Световая адаптация происходит быстро (около 1-5 минут), а темновая – значительно медленнее.

Практическое значение имеет темновая адаптация. Ее исследование имеет большое значение при выявлении некоторых заболеваний органа зрения (например, заболеваний сетчатки, зрительного нерва, глаукомы), а также при профессиональном отборе лиц для работы в условиях низкого (сумеречного) освещения.

Цветоощущение является функцией центрального зрения. Нормальное цветоощущение называют нормальной трихромазией, а людей с таким зрением – нормальными трихроматами (на основании трехкомпонентной теории цветовосприятия).

Полная неспособность цветоразличения называется *ахромазией*. При этой патологии все цвета воспринимаются одинаковыми и различаются лишь яркостью (явление очень редкое).

Кроме полной цветослепоты встречается ослабленное цветоощущение, называемое *аномальной трихромазией*. Люди с таким цветовым зрением называются аномальными трихроматами, для них характерно повышенное ощущение цветовых контрастов. Как показывают исследования А. И. Каплан, аномальная трихромазия появляется и при сильном слабовидении.

Нарушение цветовосприятия носит наследственный характер. Приобретенные нарушения цветового зрения могут возникать при заболеваниях сетчатки, зрительного нерва. Нарушения цветоощущения могут быть вызваны и другими причинами, например, рядом медицинских препаратов. Чрезмерное курение и употребление алкоголя или возбуждающих средств могут также стать причиной цветоаномалий.

Бинокулярное зрение характеризуется способностью стереоскопического (объемного) восприятия пространства при одновременном участии в зрительном акте обоих глаз. Бинокулярное зрение развивается позднее других зрительных функций.

Нормальное бинокулярное зрение предполагает высокую остроту зрения на обоих глазах (не ниже 0,4), согласованную работу глазодвигательных механизмов, а также получение изображения на обеих сетчатках.

При рассматривании предметов на близком расстоянии вместе с механизмом конвергенции (сведение зрительных осей в общей точке фиксации взора) работает и механизм аккомодации, что тоже является необходимым условием нормальной бинокулярности зрения.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА

Проведенные в последнее время обследования контингента школ для детей с нарушениями зрения показывают, что статистика слепоты и слабовидения изменилась. Наблюдается относительное увеличение числа слабовидящих детей за счет сокращения численности слепых.

Рассмотрим некоторые наиболее часто встречающиеся заболевания органа зрения.

Одной из наиболее распространенных аномалий рефракции (преломляющей способности глаза) является *близорукость* (миопия, от греч. «*мио*» - шурить). Чаще всего причиной близорукости (Э. С. Аветисов) являются: ослабленная аккомодация из-за чрезмерной длительной зрительной работы на близком расстоянии, ослабленная склера, наследственная предрасположенность. В России около 15 млн. жителей страдают близорукостью.

Близорукий глаз не способен фокусировать изображение предметов на сетчатке. О степени миопии судят по оптической силе корректирующей линзы: до 3-х диоптрий – слабая, до 6-ти диоптрий – средняя, более 6-ти диоптрий – сильная.

Чаще всего близорукость является приобретенной, врожденная встречается значительно реже. Приобретенная близорукость появляет-

ся в школьном и дошкольном периоде, часто увеличивается к окончанию школы, но обычно не превышает 3-х диоптрий. Такая близорукость может даже прогрессировать, но не приводит к инвалидности.

К значительному снижению зрительной работоспособности приводит врожденная близорукость, возникающая по причине наследственной предрасположенности, патологической беременности (родов), недоношенности детей. Часто врожденная близорукость бывает высокой степени и сопровождается патологическими изменениями оптических сред глаза, глазного дна, проводящих путей. Лицам с таким заболеванием противопоказаны физические занятия, связанные с подъемом тяжестей, резкими наклонами и движениями.

Другим видом рефракционной аномалии является *дальнозоркость* (гиперметропия). При данном нарушении ухудшается способность зрительного восприятия предметов, расположенных вблизи, наблюдается утомление при длительной зрительной работе на близком расстоянии. Принято различать слабую (до 2 диоптрий), среднюю (до 5 диоптрий) и высокую (свыше 5 диоптрий) степени дальнозоркости. Дальнозоркость не сопровождается органическими изменениями глазного дна, поэтому противопоказаний к физическим нагрузкам нет. Состояние других зрительных функций у многих дальнозорких детей остается в норме.

Еще одним видом аномалии рефракции является *астигматизм*, обусловленный различной преломляющей способностью чаще всего роговицы (ее асферичностью). В большинстве случаев астигматизма кривизна роговицы больше в вертикальной плоскости, и поэтому такой астигматизм называют прямым, вертикальным. При более сильном преломлении в горизонтальной плоскости его называют обратным (тоже прямым), который даже в слабо выраженной степени сильно снижает остроту зрения. Если преломление более сильное в других плоскостях, тогда астигматизм называют косым. Если в одном меридиане (вертикальном или горизонтальном) рефракция нормальная (эметропия), а в другом – миопия или гиперметропия, то присутствует простой миопический или гиперметропический астигматизм. Если же один и тот же вид нарушенной рефракции присутствует в обоих главных меридианах, но с разной степенью проявления, то диагностируется сложный астигматизм (миопический или гиперметропический). В случае миопической рефракции в одном меридиане и гиперметропической рефракции – в другом, астигматизм называют смешанным.

Астигматичный глаз (чаще всего по причине асферичности роговицы) не может обеспечить четкого видения объектов. Астигматизм, обусловленный нарушением формы хрусталика, встречается редко.

Исправление астигматизма осуществляется с помощью асферической оптики, для чего изготавливают очковые линзы с обратно ориентированными кривизнами сферических поверхностей. Простой миопический (или гиперметропический) астигматизм исправляется цилиндрической оптикой.

Патологии роговицы довольно разные по характеру. Часто причиной снижения зрения является помутнение роговицы как следствие ее воспаления, дегенеративных процессов или травм. Такие помутнения могут быть различны по их локализации, величине. Сильные, обширные помутнения (бельма) приводят к слепоте.

Довольно распространенной патологией хрусталика является его стойкое помутнение – *катаракта*, которая может быть врожденной и приобретенной. Среди врожденных катаракт наследственные формы составляют около 30%. Врожденная катаракта сопровождается другими нарушениями зрения: у 36-77% детей присутствуют косоглазие, нистагм, микрофтальм, патология сетчатки, роговицы и др. (Л. А. Гнеушева). По данным статистики (Е. И. Ковалевский), врожденные катаракты встречаются довольно редко (около 10% от катаракт различного происхождения). Однако (по данным А. В. Хватовой) на их долю приходится 13,2–24,1% причин слепоты. Среди врожденных катаракт наиболее распространенной в детском возрасте (около 50% случаев) является слоистая (зонулярная) катаракта, когда помутнение захватывает не все тело хрусталика, а его отдельные слои.

Патология зрительного нерва, приводящая к нарушению зрения, связана с его *атрофией* и возникает при воспалениях, повреждениях этого нерва. Как правило, она является следствием других патологических процессов (инфекционные заболевания центральной нервной системы, гидроцефалия, опухоли мозга, нарушения кровообращения сетчатки и др.).

В зависимости от характера развития этого заболевания различают так называемую восходящую атрофию зрительного нерва как следствие патологических процессов в сетчатке глаза, и нисходящую, возникающую вследствие таких процессов в области зрительного нерва, хиазмы, зрительных трактов, центров.

Наследственная атрофия зрительного нерва (болезнь Лебера) проявляется у мужчин в возрасте 13-28 лет в нескольких поколениях (передается по женской линии), характеризуется резким снижением зрения на обоих глазах в течение короткого периода (до нескольких дней) при хорошем состоянии здоровья.

При полной атрофии наступает тотальная слепота, а при парциальной атрофии – частичная потеря зрения. Регламентация физической и зрительной нагрузки детям с атрофией зрительного нерва индивидуальна.

Патологические изменения сетчатки могут быть разными. *Пигментная дистрофия (дегенерация)* сетчатки может появиться в любом возрасте. У детей она проявляется после 5-7 лет, постепенно прогрессируя. Предполагается, что такая патология имеет наследственно-врожденный характер. При пигментной дистрофии сетчатки сужается поле зрения, центральное зрение обычно сохраняется дольше, но может быть нарушено при сильном сужении поля зрения.

Дистрофические процессы в сетчатке могут приводить к ее *отслойке*. Отслойка сетчатки может возникнуть при травме, при чрезмерной физической нагрузке у детей с высокой степенью близорукости. Часто отслойка сетчатки сопровождается внезапным ухудшением зрения.

Альбинизм – врожденное отсутствие красящего вещества в коже, волосах, радужной оболочке, чаще всего встречается у слабовидящих. Различают альбинизм полный, когда пигмент отсутствует во всем организме, и частичный (парциальный) – когда пигмента нет в отдельных тканях. Радужная оболочка у альбиносов практически прозрачна и не может выполнять диафрагменную (светорегулятивную) функцию, отчего возникает светобоязнь. Альбинизм часто сопровождается астигматизмом, нистагмом, острота зрения всегда снижена. При данном заболевании рекомендуется ограничение светового потока, поступающего в глаз, для чего используют светозащитные или дырчатые очки, контактные затемненные (цветные) линзы с прозрачным центром.

Глаукома – хроническое заболевание, характеризующееся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления (офтальмотонус, гипертензия), вызывающее повреждение зрительного нерва, сетчатки, сопровождающееся характерным изменением поля зрения. Глаукома занимает одно из первых мест среди причин инвалидности по зрению.

При повышенном офтальмотонусе (более 32-33 мм рт. ст.) нарушается нормальное питание зрительного нерва и возникает атрофия его волокон, что, в свою очередь, приводит к сужению поля зрения, снижению остроты зрения.

Различают первичную, вторичную и врожденную глаукому.

Первичная глаукома возникает как самостоятельное заболевание, бессистемно. Отмечается наследственная предрасположенность к

этому виду заболевания. В молодом возрасте такая глаукома встречается редко.

Вторичная глаукома возникает как осложнение после каких-либо заболеваний глаз.

Врожденная глаукома (гидрофтальм, или водянка глаза) развивается при внутриутробных воспалительных процессах или при аномальном эмбриональном развитии глаза. При врожденной глаукоме довольно часто поражение глаз у человека происходит в разной степени. Врожденная глаукома может быть как самостоятельным заболеванием, так и сочетаться с другими нарушениями зрения. Врожденный гидрофтальм в детском и юношеском возрасте встречается сравнительно редко.

Лицам с гидрофтальмом противопоказаны физические нагрузки, необходим особый режим зрительной работы. Режим возможных физических и зрительных нагрузок во всех случаях определяется индивидуально.

Частой причиной нарушения зрения является врожденный *микрофтальм* – значительное недоразвитие (в размерах) глазного яблока (одного или обоих), которое приводит к довольно сильному снижению центрального зрения, а иногда и к слепоте. Причинами могут быть наследственно-генетические факторы или внутриутробные воспалительные или дегенеративные процессы. Приобретенный микрофтальм развивается в раннем детстве по причине факторов, препятствующих росту глазного яблока (например, ретинопатия недоношенных, токсоплазмоз и др.). Микрофтальм может явиться фактором, предрасполагающим к повышению офтальмотонуса. При микрофтальме, сопровождающемся одновременным наличием глаукомы, катаракты или отслойки сетчатки необходима операция, после которой коррекция зрения чаще всего возможна только с помощью специальных телескопических очков с большим увеличением.

Наиболее частой патологией глазодвигательного аппарата является *косоглазие* (страбизм), характеризующееся отклонением косящего глаза от общей точки фиксации. Этиология косоглазия обусловлена врожденным или приобретенным заболеванием центральной нервной системы, аномалиями рефракции, резким ухудшением зрения на одном глазу и др. Это не просто косметический, но и функциональный недостаток, негативно сказывающийся на психическом развитии ребенка. В случаях наследственного косоглазия наследуются обычно те факторы, которые явились его причиной. Часто косоглазие обусловлено несколькими факторами.

Различают содружественное и паралитическое косоглазие. Возникновению содружественного косоглазия предшествует нарушение бинокулярного зрения, когда острота зрения одного глаза много ниже другого. Слияние изображений разной четкости не может происходить, т.к. изображение низкой четкости как бы подавляется, постепенно плохо видящий глаз исключается из зрительного акта. Наиболее развитая глазодвигательная мышца отклоняет его в сторону, вследствие чего и возникает косоглазие.

В зависимости от направления отклонения появляется сходящееся (внутреннее, конвергирующее) или расходящееся (наружное, дивергирующее) косоглазие. Косоглазие может быть вертикальным – вверх или вниз. Возможны случаи одновременного горизонтального и вертикального косоглазия.

Косоглазие может быть монокулярным, когда постоянно косит только один глаз, и перемежающимся (альтернирующим), когда попеременно косят оба глаза. Характерной особенностью перемежающегося косоглазия является одинаковая и довольно высокая острота зрения обоих глаз, т.к. ни один из них не исключается из зрительного акта на длительный период.

Паралитическое косоглазие – более редкая патология глазодвигательного аппарата. Оно возникает вследствие пареза или паралича глазодвигательных мышц. При парезе наблюдается явно выраженное ограничение подвижности косящего глаза, а при параличе, как правило, – полная его неподвижность.

Другим нарушением функционирования глазодвигательного аппарата является *нистагм* – произвольное быстрое и частое движение глаз, вызванное своеобразными судорогами глазных мышц. Чаще встречается горизонтальный нистагм, реже – вертикальный, диагональный или круговой (ротаторный). Нистагм развивается в раннем детстве при слабом зрении и при слабо развитом рефлекс фиксации, однако он может появиться и при некоторых заболеваниях центральной нервной системы.

Следует от патологического нистагма отличать физиологический, одним из видов которого является оптокинетический нистагм, возникающий у людей с совершенно нормальным зрением при рассматривании быстро перемещающихся объектов (он направлен в сторону, противоположную перемещению объектов).

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Изучением психического развития лиц с нарушениями зрения занимается наука *тифлопсихология*. В современной тифлопсихологии в зависимости от степени нарушения остроты зрения выделяются две основные категории лиц с нарушениями зрения: *слепые* и *слабовидящие*.

К *слепым (незрячим)* относятся лица с остротой зрения от 0 до 0,04 (включительно). Среди них принято выделять:

- *абсолютно (или тотально) слепых*, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения;
- *практически (парциально) слепых, или частичнозрячих*, имеющих либо светоощущение (т.е. способных различать свет и тьму), либо форменное зрение (т.е. возможность различения форм предметов), острота зрения у которых от 0,005 до 0,04.

Однако острота зрения является не единственным критерием слепоты и слабовидения: к категории практически слепых относятся также лица, поле зрения у которых не превышает 10°, даже при относительно высокой остроте зрения.

К *слабовидящим* относятся лица с остротой зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с оптической коррекцией. Помимо низкой остроты зрения у слабовидящих могут наблюдаться нарушения других зрительных функций, например, цветовосприятия, бинокулярности зрения, поля зрения.

В отечественной тифлологии принято разделение лиц с нарушениями зрения не столько с медицинских, сколько с педагогических позиций, т.е. с учетом ведущей системы анализаторов: для слепых характерно осуществление деятельности с опорой преимущественно на осязание, для слабовидящих – на зрение, хотя и неполноценное.

Тем не менее, не стоит преуменьшать значение остаточного зрения слепых. А. И. Каплан рассматривает его как некое интегральное свойство глубоко поврежденной зрительной системы и выделяет три формы остаточного зрения в зависимости от сложности нарушения зрительных функций:

1. Остаточное зрение, характеризующееся наиболее высокими функциональными возможностями. При этой форме отмечается несколько суженное поле зрения, сниженная цветовая чувствительность.
2. Остаточное зрение, характеризующееся наличием периферических нефункционирующих участков сетчатки (так называемых скотом), суженным полем зрения, существенным нарушением цвето-различения.

3. Остаточное зрение, характеризующееся резким концентрическим сужением поля зрения, наличием центральных или множественных локальных скотом, сильно выраженным нарушением цвето-различения. При этом возможно лишь выделение объектов из фона, без идентификации их цветовых параметров.

Использование остаточного зрения слепых в учебном процессе существенно расширяет познавательные возможности частичнозрячих и оказывает положительное влияние на развитие других сторон их психики.

Долгое время в практике обучения слепых считалось не только нежелательным, но и недопустимым использование остаточного зрения якобы вследствие негативного влияния его использования при работе по развитию осязательного восприятия.

В настоящее время экспериментально обосновано не только использование остаточного зрения, но также и его целенаправленное развитие. Л. П. Григорьевой предложена система методик развития зрительного восприятия у лиц с нарушенным зрением. Известно, что полное исключение использования остаточного зрения в учебном процессе может привести к ослаблению и без того нарушенных зрительных функций, что подтверждено исследованиями Л. А. Новиковой.

Многим лицам с остаточным зрением могут быть рекомендованы оптические средства коррекции (очки, лупы) при выполнении зрительной работы, на занятиях по развитию зрительного восприятия. Следует отметить, что обязательным условием при этом является обеспечение необходимого уровня общей освещенности (не менее 1000 люксов) при установке дополнительного освещения на рабочем месте.

Таким образом, нужно не исключать использование остаточного зрения, а создавать все возможные условия для наиболее рационального его использования.

Причины нарушения зрения могут иметь разный характер.

Различают врожденные и приобретенные нарушения зрения.

Врожденные патологии зрения могут быть следствием повреждений или заболеваний плода во внутриутробном периоде развития или обусловлены наследственными факторами.

Врожденная патология зрения может быть обусловлена перенесенными матерью во время беременности некоторыми инфекционными заболеваниями (корь, краснуха, ветряная оспа и др.), большими физическими перегрузками, ушибами при падении и т.д., недостаточностью витаминов в организме матери в период вынашивания ребенка или интоксикацией.

Одним из видов зрительных патологий является ретинопатия недоношенных (ретролентальная фиброплазия). Эта патология сетчатки возникает у 69-90% выживших глубоко недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1 кг. В 22% случаев такое заболевание протекает тяжело и прогрессирует вплоть до отслойки сетчатки, которая на последней стадии заболевания «сворачивается», как лепестки увядшей лилии (Л. И. Фильчикова, М. Э. Бернадская, О. В. Парамей).

К врожденным заболеваниям органов зрения могут привести и родовые травмы.

Приобретенные патологии зрения являются следствием заболеваний органов зрения (сетчатки, роговицы и др.), болезней центральной нервной системы (например, менингит, менингоэнцефалит, опухоль мозга), протекающими в обостренной форме инфекционными заболеваниями (грипп, дифтерия, корь и др.), некоторыми болезнями (туберкулез, ревматизм и др.), а также результатом травматических повреждений.

Часто нарушения зрения обусловлены одновременно несколькими причинами, а иногда подлинную причину установить не удается.

Следует отметить, что, по данным статистики, лишь 3-4% детей с нарушенным зрением имеют тотальную слепоту, а в большинстве случаев при глубокой зрительной патологии имеется так называемое остаточное зрение. Обычно причиной тотальной слепоты в школьном возрасте главным образом является глаукома. Врожденная катаракта также составляет довольно высокий процент (около 60%) среди всех врожденных патологий органов зрения, являясь одной из причин врожденной слепоты или амблиопии.

В зависимости от характера протекания заболеваний органов зрения принято различать три группы патологий, характеризующиеся:

- дальнейшим снижением зрения (дистрофия сетчатки, незавершенные атрофии зрительного нерва, глаукома, сильно осложненная близорукость и др.);
- стационарным состоянием (некоторые виды атрофии зрительного нерва, микрофтальм, стойкое помутнение роговицы, некоторые дефекты радужной или сосудистой оболочек глаза);
- возможным некоторым улучшением зрения (афакия, некоторые аномалии рефракции, нарушения глазодвигательного аппарата и др.).

По времени возникновения дефекта зрения различают категории *слепорожденных* и *ослепших*. Время появления патологии зрения чрезвычайно важно для психического развития человека. Чем раньше возникло нарушение зрения, тем большее влияние оно оказывает на фор-

мирование психики: так, у слепорожденных детей и ослепших в возрасте до 3 лет, отсутствуют зрительные представления, и весь процесс психического развития протекает на основе ограниченной сенсорной сферы. При более позднем возникновении слепоты человек имеет возможность использовать ранее сформировавшиеся зрительные образы, что помогает ему в процессе компенсации дефекта зрения.

Поражение органа зрения является достаточно распространенной причиной инвалидности. Анализ данных о зрительных патологиях лиц, обучающихся в школах для детей с нарушениями зрения, дает основание утверждать, что контингент этих лиц изменился. Выборочное исследование, проведенное Л. И. Кирилловой в ряде школ России, выявило существенное увеличение количества учащихся с остаточным зрением (около 90%). Только 3-4% учеников школ для слепых детей являются totalmente слепыми, 7% детей имеют светоощущения, а у 10% учащихся острота зрения выше 0,06.

По данным, приводимым Е. И. Ковалевским, среди зрительных нарушений на первом месте находятся глаукома, травмы глаз, врожденные патологии. Хотя травмы глаз в общей статистике нарушений зрения составляют небольшую долю, у детей они встречаются, по данным разных авторов, в 0,8-6,0 случаев на 1000 человек детской популяции.

В современной отечественной литературе отмечается наблюдающееся увеличение количества школьников, имеющих не одно, а два-три различных зрительных заболевания. Кроме того, возросло число лиц, у которых зрительные нарушения сопровождаются нарушениями центральной нервной системы (ЦНС). Л. И. Солнцева указывает на то, что у 77,6% учеников начальных классов школ для слепых нарушения зрительных функций сопровождаются другими нарушениями (например, остаточными явлениями детского церебрального паралича, задержками психического развития, олигофренией в степени дебильности, остаточными явлениями органических поражений ЦНС, энцефалопатиями, неврозоподобными состояниями, гидроцефалией и другими первичными нарушениями).

В высокоразвитых странах в последние годы преобладают врожденные формы детской слепоты и слабовидения. По результатам исследований А. В. Хватовой, в России врожденную патологию зрения имели 88% слепых и 92% слабовидящих детей. Из этого контингента более 30% детей имели наследственный характер заболеваний органов зрения.

Динамику роста врожденных патологий зрения отмечает Л. И. Солнцева, приводя результаты обследования детей с нарушенным зрением разными авторами (табл. 1).

Таблица 1

Динамика врожденной детской патологии зрения (в %)

Авторы исследования	Годы	% от общей патологии зрения
М. И. Земцова, Л. И. Солнцева	1964	60,9
А. И. Каплан	1979	75,0
Л. И. Кириллова	1991	91,3
А. В. Хватова	1995	92,0 (слабовидящие) 88,0 (слепые)

Данные по динамике состояния зрения контингента учащихся школы для слепых и слабовидящих детей г. Верхняя Пышма Свердловской области приведены в таблице 2.

Таблица 2

Врожденные аномалии рефракции (в %)

Годы	Количество учащихся	% от общей патологии зрения
1995	150	53,9
1996	154	56,4
1997	147	59,3
1998	154	59,5

Вместе с тем, число случаев зрительных патологий приобретенных форм за последние годы сокращается. Это происходит в связи с улучшением состояния профилактической работы по выявлению в раннем возрасте детей с нарушениями зрения, а также и по причине ликвидации таких заболеваний, как трахома, снижения количества случаев осложнений на органы зрения после многих детских инфекционных заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Известно, что слепота или тяжелые нарушения зрения сильно изменяют жизнь человека, нарушают чувственное отражение им окружающего мира, влияют на учебно-познавательную и практическую деятельность лиц со зрительной патологией.

Снижение активности этих лиц подтверждено многими исследованиями в тифлопсихологии и тифлопедагогике. Наиболее ощутимо это проявляется в ориентировочно-поисковой деятельности. А. Г. Литвак отмечает, что полное выпадение (при тотальной слепоте) или редуцирование (при различных степенях нарушений) зрительных функций негативно сказывается на формировании потребностей, особенно перцептивной. Снижение активности познавательной деятельности у лиц с нарушенным зрением обусловлено:

- недоразвитием перцептивных потребностей и познавательных интересов;
- недоразвитием навыков осязательного (у слепых) и зрительного (у слабовидящих) обследования объектов.

Наиболее заметно такая обусловленность проявляется у частичнозрячих лиц. Уровень активности отражения окружающего определяется степенью нарушения зрительных функций и времени появления зрительной патологии.

Кроме того, активность отражения снижается и из-за недостаточной стимуляции ее извне.

Таким образом, активность отражения внешней среды инвалидом по зрению зависит не только от отражаемого объекта, но и от отражающего субъекта (слепого, слабовидящего), от его готовности к восприятию, от степени овладения им формами познания, сенсорными навыками. Активность познавательной деятельности определяется как биологическими, так и социальными факторами, причем последние являются ведущими.

Л. С. Выготский обоснованно доказал, что дефект, нарушающий социальные отношения, изменяет социальный статус личности, способствуя тем самым возникновению особых социальных установок. Именно поэтому зрительная патология становится психологическим фактором, влияющим на человека только тогда, когда он вступает в общение с нормально видящими людьми.

Тифлопсихологи отмечают, что нарушение зрения не является только прямым (или однозначным) фактором влияния на психическое развитие человека. Это влияние носит системный характер.

Наибольшее влияние нарушение зрительных функций оказывает на следующие сферы жизнедеятельности человека.

- *Пространственная ориентировка и мобильность в пространстве.* Невозможность адекватного зрительного отражения свойств пространства вынуждает человека с нарушенным зрением пользоваться опосредованными путями получения недостающей информации, поступающей от сохранных анализаторных систем. При ориентировке в открытом пространстве (в частности, на улице) ведущим анализатором является слуховой (главный источник получения дистантной информации). При ориентировке в пределах непосредственной досягаемости в качестве ведущей анализаторной системы выступает осязание. Для осуществления эффективной деятельности необходимо как можно раньше начинать формирование у незрячих навыков ориентировки в макро- и микропространстве, в том числе навыка оптимальной организации рабочего места.

- Ограничение возможности свободного передвижения в пространстве, усугубленное наличием нежелательных отрицательных подкреплений (ушибы, падения, столкновения с препятствием и др.) зачастую приводит к *снижению двигательной активности*, а затем и к малоподвижному образу жизни, что, как правило, сказывается на общем состоянии здоровья.

- *Особенности перцептивной сферы.* Ограничение возможностей получения визуальной информации является причиной неточности, схематичности и фрагментарности представлений об окружающем, что приводит к так называемому вербализму: разрыву между чувственным образом объекта и словом, его обозначающим. Таким образом, нередки ситуации, когда человек с глубоко нарушенным зрением, до конца не понимая смысла некоторых понятий, речевых оборотов, неверно, неадекватно использует их в общении.

- *Неадекватность оценки своих возможностей* может приводить к конфликтам в общении или снижению потребности в нем.

Наиболее сложно складываются взаимоотношения лиц с нормальным и с нарушенным зрением. Нередко причиной осложнения коммуникации является вовсе не отрицательная позиция зрячего по отношению к инвалиду, а незнание и непонимание особенностей такого общения. Таким образом, необходимо обращать особое внимание на формирование у нормально видящих адекватных установок по отношению к инвалидам по зрению. Так, В. П. Гудонис предлагает следующие практические рекомендации по установлению адекватного взаимодействия зрячих со слепыми (приводятся выборочно).

1. Основными принципами общения должно быть уважение и доброжелательность.

2. В коллективе не изолируйтесь от слепых.

3. Суть настоящей помощи лежит в создании для незрячих бытовых условий, чтобы отсутствовала потребность в помощи зрячих. Поэтому необходимо развивать их инициативу, способность жить самостоятельно. Но во всех непредвиденных ситуациях и в тех случаях, когда слепой оказывается за пределами знакомого для него пространства, ему необходимо помогать.

4. При общении с незрячими ведите себя так, как и со зрячими, не забывая общих норм вежливости. Не следует забыть и некоторых специфических требований. Например, представляя слепого зрячему или наоборот, необходимо сделать так, чтобы незрячий знал, в какую сторону должен повернуться.

5. Общайтесь с незрячими просто, не показывая ни жалости, которая их раздражает, ни сентиментального сочувствия. Но не призывайте к инвалидности и не забывайте о ней.

6. При разговоре с незрячим не избирайте посредником его сопровождающего или родственников, а обращайтесь непосредственно к нему.

7. Своему подопечному не давайте понять и почувствовать, что он зависит от вас, ведите себя с ним на равных.

8. В разговоре с незрячими пользуйтесь словарем зрячих, не избегайте выражений, основанных на визуальных впечатлениях. В разговоре со слепым избегайте выражений «пощупайте», «я отведу Вас», «я Вас свожу». Лучше будет: «посмотрите», «я схожу с Вами» и т. п. Если даете слепому в руку что-то для ознакомления, не избегайте слова «посмотри», не удивляйтесь, если незрячий вам скажет: «Я это уже видел».

9. При необходимости не избегайте разговора с незрячим о его инвалидности, но осторожно и с сочувствием, как о уже совершенном факте. Но избегайте разговоров о слепоте из любопытства. Многие незрячие не любят рассказывать о причинах слепоты, о своих переживаниях по этому поводу.

10. Не забывайте, что хорошему настроению незрячих способствует ваше поведение и отношение к ним.

11. Встретив слепого, не проявляйте излишнего любопытства.

12. При разговоре с незрячим не старайтесь говорить громко, разговаривайте как обычно, терпеливо, спокойно, не спеша.

13. Не спешите высказать незрячему свое соболезнование, сострадание, ведите себя ровно, спокойно, проявляйте необходимую требовательность, но вместе с теми и заботу.

14. Зрячим в присутствии слепого нужно избегать объяснений только с помощью мимики и жестов. Слепой замечает это и чувствует себя исключенным из общения.

15. В шумном помещении во время разговора не отходите от слепого, не предупредив его об этом. При сильном шуме он может не заметить, что вы отошли, и продолжать говорить в пустое пространство, а затем, обнаружив, что вас нет, почувствует себя неловко.

16. Имейте в виду, что для инвалидов по зрению важен строго установленный порядок на рабочем месте, в цехе, на территории.

17. Не проявляйте сомнений, неуверенности в возможности слепых трудиться, но вместе с тем и беспечности при организации труда инвалидов по зрению. Помните, что создание условий при трудоустройстве незрячих – главный фактор в решении этой задачи.

18. Деликатно помогите незрячему советом, если это необходимо, по улучшению его осанки, внешнего вида, протезированию глаз, подбору очков и т. п.

19. Если обнаружите какой-либо дефект или погрешность в одежде незрячего, не стесняйтесь, обратите на это его внимание.

20. Не оставляйте на проходах тележки, ящики и другие предметы, которые могут помешать ориентировке и передвижению слепых. В местах передвижения слепых не оставляйте двери полуоткрытыми.

21. Старайтесь, чтобы предметы, которыми часто пользуется ваш незрячий родственник, коллега в гостинице, находились в помещении на определенных местах.

22. Необходимо информировать незрячего об изменениях в окружающей среде: переставленная мебель (на работе или дома); перекопы на территории; закрытие улиц и т. п.

23. Лица, часто общающиеся с незрячими, должны быть деликатными, последовательными, так как своим примером влияют на слепого. Опрятность должна стать потребностью незрячих. Каждая нужная вещь должна иметь свое постоянное место.

24. При чтении слепому не заменяйте чтения пересказом содержания. Это же относится к случаю слепого с документом, под которым незрячий должен поставить свою подпись. Помните, что инвалидность не освобождает слепого от ответственности, установленной законом.

25. Если слепой обратился к вам за помощью по вопросу, носящему интимный характер (посещение врача, сберкасса, чтение письма), вы обязаны хранить это в тайне.

26. Если знакомите незрячего с каким-либо предметом, не водите с силой его руку по поверхности, а слегка направьте руку на предмет, создайте такие условия, чтобы незрячий мог свободно потрогать его руками.

27. Если зрячий обнаружил, что слепому необходимо взять конкретный предмет, но сделать он этого без посторонней помощи не может, или незрячий попросил его о помощи. Зрячему не следует брать руку слепого за кисть с тыльной стороны запястья, тянуть ее к предмету и рукой слепого брать предмет. Лучше самому подать предмет или навести руку слепого на него. Из этого правила, в зависимости от обстоятельств, могут быть исключения.

28. В столовой, кафе, ресторане всегда прочтите незрячему меню.

29. В новой обстановке незрячему необходимо показать, где находится туалет. Показать кабину, сказать, как устроен унитаз (сверху или на уровне пола), показать, где спускается вода и как закрывается дверь. Показать умывальник.

30. Если вы идете с незрячим, не здоровайтесь со встречными зрячими кивком. В этой ситуации необходимо здороваться словом.

31. Провожатый должен предупредить незрячего о приближающихся к ним лицах. Может быть, незрячий захочет поздороваться первым.

32. Если вы с незрячим встретили третьего человека, то провожатому не следует отвечать на вопросы за слепого.

33. Если с незрячим зашли в помещение, провожатый должен информировать о находящихся там людях.

34. Если видите слепого, идущего по направлению, в котором двигаетесь и вы, предложите свою помощь.

35. Иногда незрячий теряет точку отчета в знакомом пространстве и не знает, в какую сторону ему нужно идти. Заметив такую ситуацию, необходимо спросить слепого, не нужна ли ему помощь.

36. Передвигаясь со слепым, не делайте рывков, резких движений, поворотов, идите плавно. Слепой, держа вас под руку, касаясь тыльной стороной ладони вашего корпуса, ощущает ваши движения, подъемы, спуски, повороты.

37. При спуске или подъеме на ступеньки ведите своего незрячего товарища перпендикулярно к ним.

38. Когда незрячему необходимо сесть, не усаживайте его, а просто легко и свободно помогите ему определить, где находится стул

или какое-нибудь сиденье, чтобы он легонько дотронулся до спинки, этого будет достаточно.

39. Сопровождать незрячего нужно тем способом, к которому он привык. Общие правила требуют, чтобы провожатый был справа, т.е. там, где встречается больше препятствий. Таким образом, зрячий пойдет по той стороне, где чаще всего бывают зеленая изгородь, столбы, ларьки и т.п. Незрячий слегка берет провожатого за локоть или под руку и идет, отставая на полшага. Придерживаясь этого правила, всегда есть возможность вовремя информировать незрячего движением локтя или шагом о препятствии.

40. В любой неординарной ситуации лучшим предупреждением об опасности является слово.

41. При рассказе не следует избегать цветовых понятий. Позднослепшие, может быть, еще сохранили представления о цвете, а для слепорожденного цветное описание будет представлять цветовые символы натуральных предметов. Например, зеленой травы, белого снега и т.п.

42. Ваше отношение к слепому будет оптимальным тогда, когда он в наименьшей степени будет испытывать чувство зависимости от вас.

Перечисленные практические рекомендации отражают далеко не все возможные коммуникативные ситуации, однако могут оказаться полезными для организации взаимодействия и взаимопонимания в процессе общения с незрячим человеком.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

В современных условиях экономического развития общества особое значение имеет свобода выбора профессии и конкуренция на рынке труда. Успешное освоение востребованной в обществе профессии обуславливает в дальнейшем материальную независимость человека, его социальную значимость, авторитет со стороны окружающих и самоуважение. Эти обстоятельства заставляют человека чрезвычайно ответственно относиться к выбору дальнейшего трудового пути.

Поэтому важным этапом в жизни любого человека является профессиональное самоопределение, т.е. процесс формирования личностью своего отношения к будущей профессиональной деятельности и его реализация. Для лиц с ограниченными физическими возможностями это еще более актуально. В современной экономической ситуации нет гарантии того, что выбранная профессия будет оставаться востребованной в условиях конкуренции на рынке труда. В связи с этим

профессиональное самоопределение не сводится лишь к выбору какой-либо профессии и трудоустройству после профессионального обучения. Напротив, этот процесс характеризуется как перманентный, сложный, многоэтапный.

В современной специальной литературе выделяются следующие этапы профессионального самоопределения:

- дошкольный возраст, когда формируются первоначальные трудовые навыки и умения; интерес ребенка к профессиям может проявляться в ролевых играх, сюжет которых связан с профессиональной деятельностью взрослых;

- младший школьный возраст, характеризующийся осознанием ребенком роли труда в жизни человека, в различных видах деятельности; началом формирования представлений о будущей профессии;

- средний школьный возраст, в период которого происходит осознание собственных интересов и способностей, связанных с выбором профессии, начинает формироваться профессиональное самосознание, зачастую на основе романтизации профессий; на данном этапе могут появляться новые профессионально ориентированные мотивы деятельности, возникают представления о перспективах будущей профессии;

- старший школьный возраст, когда избирательно осуществляется углубленное изучение необходимых для будущей профессии учебных дисциплин; на данном этапе возникает необходимость обоснованного, осознанного выбора будущей профессии;

- юношеский возраст, в период которого, как правило, происходит профессиональное обучение, самоопределение на уровне представителя конкретной профессии.

На дальнейших этапах самоопределения осуществляется непосредственная профессиональная деятельность, повышение квалификации или переориентация на освоение другой профессии.

Модель профессионального самоопределения личности¹ включает в себя:

- осознание ценности общественно-полезного труда и необходимости профессиональной подготовки;

- способность ориентироваться в социально-экономической ситуации и прогнозировать престижность выбираемого труда;

- информированность в мире профессионального труда, формирование профессиональной цели – мечты;

¹ Организация профориентационной работы высшего учебного заведения с абитуриентами-инвалидами [Текст] : метод. рекомендации. – Челябинск , 2004.

- определение ближних профессиональных целей как этапов на пути к дальней цели;
- информированность о профессиональных учебных заведениях и местах возможного трудоустройства;
- знание препятствий на пути к профессиональной цели, своих достоинств и недостатков, влияющих на реализацию намеченных планов и перспектив;
- наличие резервных вариантов выбора на случай неудачи по основному варианту самоопределения;
- способность корректировать намеченные планы в ходе их практической реализации.

В целях содействия гражданам в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости в Российской Федерации создана и функционирует система профессиональной ориентации.

«Профессиональная ориентация – информационная и организационно-практическая деятельность семьи, образовательных учреждений, государственных, общественных и коммерческих организаций, обеспечивающих помощь населению в выборе, подборе или перемене профессии с учетом индивидуальных интересов личности и потребностей рынка труда»¹.

Таким образом, профориентация представляет собой систему социальных, медицинских, психолого-педагогических и экономических мер, ориентированных на осуществление выбора индивидом профессии с учетом запросов экономики, личностных потенциальных возможностей, склонностей и интересов самой личности.

В структуре профессиональной ориентации можно выделить следующие элементы:

- профессиональная информация;
- профессиональная консультация;
- профессиональный подбор и профессиональный отбор;
- профессиональная, производственная и социальная адаптация.

Профессиональная информация (профессиональное просвещение и профессиональная пропаганда) представляет собой ознакомление оптанта (человека, выбирающего профессию) с современным состоянием и перспективами развития рынка труда (с учетом потребностей региона в квалифицированных кадрах). Профессиональная информация содержит сведения о видах труда, профессиях, условиях их освоения, о требованиях,

¹ Педагогический энциклопедический словарь [Текст] – М. : Большая Российская энциклопедия, 2003.

предъявляемых профессиями к человеку, перспективах и возможностях повышения квалификации и самосовершенствования в дальнейшей трудовой деятельности. Профессиональная информация направлена также и на решение задач профессионального воспитания: формирования уважительного и ценностного отношения к процессу и результатам труда, к коллективу, к трудовой дисциплине и пр.

Профессиональная консультация. Цель профессиональной консультации заключается в том, чтобы научно обоснованно, с учетом психологических особенностей и возможностей оптанта дать ему конкретные советы и рекомендации по выбору профессии и по перспективам дальнейшего трудоустройства. По назначению профессиональная консультация может быть психолого-педагогической и медицинской.

В проведении профориентационной консультации выделяют два этапа – первичная профессиональная консультация и углубленная индивидуальная профессиональная консультация.

Первичная профессиональная консультация – это форма консультации, проводимая с группой (5-7 человек), в процессе которой происходит обучение выбору профессии; результатом первичной профессиональной консультации является оказание помощи в формировании профессионального плана, повышение степени осознанности и ответственности выбора. Помимо этого, на основании первичной профессиональной консультации выявляются испытуемые, нуждающиеся в углубленной индивидуальной консультации.

В процессе первичной профессиональной консультации целесообразно выделить три направления: информационный, диагностический и собственно консультационный.

Информационное направление работы с оптантом включает беседу о правилах выбора профессии, анализ типичных ошибок, совершаемых при выборе профессии, знакомство с классификацией профессий.

Диагностическая работа предполагает определение профессиональной направленности, особенностей развития познавательных интересов и профессиональной мотивации, наличия и степени сформированности профессионального плана, а также выявление тех некоторых индивидуальных особенностей оптанта, которые являются наиболее значимыми для выбора профессии.

Собственно консультационное направление работы реализуется, как правило, в форме беседы, проводимой с учетом индивидуальных психологических особенностей консультируемого и ситуации выбора профессии.

Углубленная индивидуальная профессиональная консультация осуществляется на основе комплексного изучения личности оптанта: его

склонностей, интересов, уровня и структуры внимания, мышления, особенностей характера, состояния здоровья и физического развития и др. При этом учитываются мнение учителей и родителей, успешность обучения и особенности референтной группы.

Под понятием *«профессиональный подбор»* подразумевается предоставление оптанту рекомендаций о возможных направлениях профессиональной деятельности и профессиях, наиболее соответствующих его физиологическим, психофизическим особенностям и возможностям, на основе результатов психолого-педагогической и медицинской диагностики. При этом необходимо учитывать соответствие профессии индивидуальным интересам оптанта, чтобы он мог максимально эффективно реализовать свои возможности, проявить себя в дальнейшей трудовой деятельности.

В содержание понятия *«профессиональный отбор»* включается определение степени профессиональной пригодности, т.е. совокупности психических и психофизиологических особенностей человека, необходимых и достаточных для эффективного освоения конкретной профессии, выполнения определенного круга профессиональных обязанностей, в соответствии с нормативными требованиями, с учетом противопоказаний по состоянию здоровья.

Следует заметить, что профессиональная пригодность не является присущей человеку с рождения, ее возникновение осуществляется в процессе развития и обучения индивида.

Профессиональная, производственная и социальная адаптация – система мер, направленных на приспособление человека к профессии, к новым социально-производственным условиям, а также «способствующих профессиональному становлению работника, формированию у него соответствующих социальных и профессиональных качеств, установок и потребностей к активному творческому труду, достижению высшего уровня профессионализма»¹.

Перечисленные элементы структуры профессиональной ориентации на всех ее этапах реализуются при использовании так называемых профессиограмм, содержащих описание и классификацию профессий. В профессиограммах отражены требования к знаниям, умениям, навыкам, психофизиологическим качествам специалиста, применительно к какой-либо конкретной профессии и квалификации; дается описание содержания, средств и условий труда, его организации в ус-

¹ «Положение о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации» от 27 сентября 1996 г. № 1.

ловиях конкретного производства, форма и величина оплаты труда, пути освоения профессии и получения квалификации.

В профессиональной ориентации школьников чаще всего пользуются классификацией профессий по Е. А. Климову. Им обозначены четыре основных признака любой профессии и любого вида труда: основной предмет труда, основные операции, основные орудия и средства труда, условия труда. В соответствии с предметом труда Е. А. Климовым выделяются пять типов профессий:

- «человек-природа» (например, полевод, цветовод, агроном и др.);
- «человек-техника» (например, станочник, картонажник, переплетчик и др.);
- «человек-человек» (например, учитель, массажист, библиотекарь, социальный работник и др.);
- «человек-знак» (например, программист, экономист, математик и др.);
- «человек-художественный образ» (например, музыкант, писатель, актер и др.)

В системе профессиональной ориентации можно выделить следующие ее основные аспекты:

- социально-экономический;
- психолого-педагогический;
- медико-физиологический.

В связи с этим можно охарактеризовать каждый из указанных аспектов профессиональной ориентации.

С экономических позиций профессиональная ориентация рассматривается как процесс управления выбором профессий и последующих мест работы с учетом потребностей общества и возможностей оптанта. Известно, что производительность труда прямо зависит от соответствия личностных качеств работника конкретной профессии: она на 30-40% выше при наличии такого соответствия, чем без него.

Социальный аспект профориентации заключается в формировании ценностных ориентаций в профессиональном самоопределении, в организации адаптационных мероприятий.

Психологический аспект профессиональной ориентации проявляется в изучении структуры личности, оценке ее профессионально значимых качеств, типов деятельности, в определении сущности систем «человек-профессия», в формировании профессиональной направленности.

Педагогический аспект профессиональной ориентации направлен на организацию профессионального просвещения и обучения с

учетом психофизиологических особенностей личности оптанта, на основе своевременного выявления и раскрытия его профессиональных наклонностей.

Психологический и педагогический аспекты профориентации тесно взаимосвязаны.

Медико-физиологический аспект профориентации заключается в разработке критериев профессионального отбора в соответствии с состоянием здоровья. Некоторые виды трудовой деятельности, осуществляемой в сложных условиях (климатических, гигиенических, социально-психологических и др.) предъявляют повышенные требования к состоянию сенсорных и физиологических систем организма человека. Даже незначительные отклонения функционального или органического характера со временем могут усугубляться и привести к возникновению профзаболеваний. Особое значение медико-физиологический аспект приобретает также при профессиональной ориентации лиц с ограниченной трудоспособностью, в том числе инвалидов по зрению.

Профессиональной ориентации как сложная многоуровневая система может быть представлена следующим образом (Схема 1).

Схема 1



Для эффективной профессиональной ориентации педагог должен знать основные теоретические положения системы профориентационной работы, использовать ее основные формы и методы, а также владеть комплексом знаний и умений для проведения такой работы.

Примерный перечень знаний и умений, необходимых специалисту, ведущему работу по профориентации

Знания:

- понятие о профессиональной ориентации: содержание, методы (общие и специфические);
- роль общественно-полезного и производительного труда в подготовке к выбору профессии;
- тенденции и особенности развития экономики и рынка труда (на федеральном и региональном уровнях);
- основные виды промышленных и других предприятий, типы учебных заведений, осуществляющих профессиональную подготовку;
- классификации профессий, профессиограммы;
- методы изучения личности опганта для определения профессиональной пригодности;
- основные направления профориентационной работы в процессе трудового и общего обучения;
- перечень профессий и специальностей (в соответствии с нормативными документами);
- требования, предъявляемые профессией к человеку;
- противопоказания для выбора профессий;
- основы трудового законодательства;
- нормативные документы о правах лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- особенности контингента лиц с ограниченной трудоспособностью (в частности, с нарушениями зрения).

Умения:

- организация и проведение встреч, бесед, экскурсий и других форм работы по профессиональной ориентации;
- разработка и применение анкет, тестов и других диагностических материалов для изучения личностных качеств опгантов, приемы обработки диагностических материалов;
- применение профессиограмм;
- ведение профориентационной документации, планирование и контроль выполнения профориентационной работы;
- организация охранительного режима, проведение коррекционно-компенсаторных мероприятий в рамках профориентации;
- планирование, организация и проведение работы с родителями и педагогами образовательных учреждений.

В своей работе специалист по профориентации может столкнуться с ситуацией *неадекватного* выбора опгантом будущей профессии. В та-

ком случае надо быть готовым к осуществлению мер по бесконфликтной переориентации человека на другую, более соответствующую его индивидуальным возможностям, профессию, для чего следует:

- тактично обратить внимание на обстоятельства, ограничивающие возможности овладения неадекватно выбранной профессией и попытаться разъяснить суть этих ограничений;
- найти сведения о максимально подходящих для оптанта и наиболее востребованных в регионе профессиях;
- помочь оптанту расширить представления об этих профессиях, раскрыв их позитивные стороны (с использованием таких форм работы, как беседы, экскурсии на производство, просмотр видеоматериалов, встречи с представителями профессий и т.д.);
- сообщить дополнительные сведения о путях овладения предлагаемой профессией, о режиме труда, об условиях оплаты труда, о льготах (если они существуют), о системе повышения квалификации и т.д.;
- поддержать становление выбора оптанта в его профессиональном намерении освоить предложенную специальность.

В специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях для слепых и слабовидящих, как правило, руководство профориентационной работой осуществляет совет по профориентации, работа которого является неотъемлемой составляющей частью учебно-воспитательного процесса. В функции совета входит осуществление взаимосвязи с другими учреждениями, занимающимися профессиональной подготовкой и трудоустройством лиц с нарушенным зрением.

Лица с нарушенным зрением испытывают существенные затруднения в самоопределении в сфере профессиональной деятельности. Факторов, препятствующих профессиональному выбору оптантов с нарушенным зрением, достаточно много.

Главной проблемой, по мнению большинства исследователей проблемы профподготовки слепых и слабовидящих, является существенное ограничение перечня доступных для освоения профессий. Как известно, нарушение зрения (как объективная причина) значительно ограничивает сферу деятельности инвалида по зрению, в связи с тем, что во многих видах деятельности необходим зрительный контроль. В ряде случаев профессиональные трудовые операции становятся недоступными для выполнения из-за противопоказаний, связанных с неблагоприятным влиянием на сохраненные сенсорные системы (слух, осязание), на основе которых осуществляется реабилитационный процесс компенсации нарушенного зрения.

Совершенно очевидно, что трудоспособность инвалидов по зрению зависит от функционального состояния центральной нервной системы, от общего физического состояния организма, от характера и глубины зрительной патологии, от причины и времени возникновения нарушения зрения и ряда других обстоятельств.

К факторам, препятствующим профессиональному выбору лиц с нарушенным зрением могут быть отнесены не только состояние здоровья и психологические особенности, обусловленные им, но и непригодность условий для организации профессионального обучения в большинстве средних и высших профессиональных учебных заведений, недостаток специально подготовленных педагогических кадров, материально-технической базы для организации обучения и многое другое.

Помимо перечисленного, следует отметить факторы, являющиеся следствием влияния нарушения зрения на процесс самоопределения личности. В первую очередь это проявляется в недостаточности информации о реальном производстве, о профессии и требованиях к работнику, о возможностях профессиональной подготовки и трудоустройства, о наиболее конкурентных профессиях в данном регионе.

Кроме того, лица с нарушенным зрением, избирающие профессию, не всегда имеют возможность для получения достаточно объективной профессиональной консультативной помощи в планировании своей трудовой деятельности. В таких условиях у этих лиц формируются неадекватные профессиональные притязания и нереальные профессиональные намерения, возникает психологическая неготовность осуществить самостоятельный и осознанный выбор профессии. Их профессиональные намерения зачастую основываются на малоосознанных и малодифференцированных мотивах профессионального выбора, они довольно часто не знают своих реальных возможностей, степени соответствия выбираемой профессии своему медицинскому статусу.

Формирование профессиональных намерений выпускников школ для слепых и слабовидящих достаточно часто происходит спонтанно. Часто при выборе профессии они не принимают во внимание рекомендации родителей и педагогов, будучи убежденными в полной самостоятельности выбранного решения, при этом на самом деле определяющее значение могут иметь случайные источники информации о будущей специальности. Важную роль в профессиональном самоопределении для слепых и слабовидящих старшеклассников могут играть рекомендации бывших выпускников их школы как источник реальной информации о конкретных профессиях в современных условиях. С

этой целью рационально организовывать личные встречи с незрячими и слабовидящими специалистами, имеющими опыт работы по выбранной ими специальности. Такие встречи позволят оптантам более осмысленно определиться в выборе профессии, а также сделать вывод о том, что для успешного карьерного роста на производстве в современных условиях им необходимо обладать более высокой степенью профессионализма, чем зрячие конкуренты.

Существенной особенностью профессионального самоопределения лиц данной категории является формирование профессиональных планов на основе обедненного и неадекватного представления о себе. Следует особо отметить, что при этом сами слепые и слабовидящие оптанты редко осознают свою малую информированность в этих вопросах, у них снижена активность в проявлении собственной позиции, что может явиться причиной возникновения внутриличностных конфликтов.

Отмеченные обстоятельства требуют особого внимания со стороны участвующих в работе медико-социальной экспертизы педагогов, психологов и медицинских специалистов, определяющих прогноз профессиональных возможностей с учетом склонностей и интересов инвалида и формулирующих рекомендации по его профессиональной подготовке и трудоустройству.

Как отмечают М. А. Беляева и И. Е. Кузнецов, в условиях социально-экономических преобразований в современном обществе тенденция деградации одних видов производства и возникновения новых отраслей и профессий вынуждает менять профориентационную политику, в том числе в отношении инвалидов по зрению, готовя их к новым видам труда и расширяя перечень профессий, рекомендованных для данного контингента лиц.

Особое внимание в этой работе, по мнению Н. С. Зарубиной, должно уделяться организации мониторинга сферы занятости населения для выявления наиболее предпочтительных в современных условиях профессий для лиц с нарушениями зрения. Необходимо учитывать желание самих инвалидов по зрению освоить перспективные профессии, недавно появившиеся на отечественном рынке труда (например, профессии брокера, валеолога, оператора персонального компьютера и др.).

Несмотря на значимость перечисленных особенностей профессионального самоопределения, следует подчеркнуть, что только эти особенности нельзя считать определяющими в отношении всех лиц с нарушениями зрения, поскольку не менее важная роль в этом процессе

принадлежит семье, условиям воспитания и личности самого учащегося.

В. П. Ермаков отмечает, что недостатки профессионального самоопределения, обусловленные зрительной патологией, могут быть в значительной степени преодолены в процессе реализации комплекса мероприятий, обеспечивающих эффективность учебно-воспитательного процесса, к числу которых относится психологическая диагностика уровня профессионально значимых свойств и качеств личности (способностей, личностных черт, мотивов, отклонений от нормы развития и т.д.). Диагностика может осуществляться в процессе психологической консультации и завершаться формулировкой психологических рекомендаций, используемых в дальнейшем для определения оптимальных путей и средств профориентации, профессионального отбора и профессионального обучения.

С целью диагностики профессионального самоопределения лиц с нарушенным зрением используются следующие методы (В. П. Ермаков):

- изучение документации для выявления лиц с различными формами зрительной патологии;
- беседы с педагогами, родителями и с самими оппантами;
- наблюдение за лицами с нарушенным зрением в процессе различных видов деятельности;
- анализ продуктов учебной и трудовой деятельности;
- изучение интересов, способностей, склонностей, ценностных ориентаций, взаимоотношений в процессе общения с окружающими.

Одним из наиболее распространенных видов получения психодиагностической информации профориентационного характера является психологическое тестирование.

В качестве диагностического инструментария можно использовать следующие методики:

- «Определение профессиональной направленности личности» (Л. А. Головей);
- «Исследование познавательных интересов в связи с задачами профориентации» (Л. А. Головей);
- «Профессиональная мотивация учащегося» (Л. А. Верещагина);
- «Сфера профессиональных предпочтений учащихся» (Л. А. Верещагина);
- «Взаимосвязь типа личности и сферы профессиональной деятельности» (Л. А. Верещагина);

- «Оценка коммуникативных и организаторских склонностей в процессе первичной профконсультации» (Л. А. Головей);
- «Подготовка первичной профконсультации» (Л. А. Головей), а также другие методики, описанные в специальной литературе.

Подробное описание перечисленных методик не приводится в связи с тем, что их содержание опубликовано во многих специальных литературных источниках по практической психологии.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ

Право на получение профессионального образования является одним из основных прав личности и закреплено правовыми нормами. В рамках Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.) получение инвалидами профессионального образования является основой повышения их социального статуса и социальной защищенности.

В современной педагогике сложились несколько трактовок понятия «профессиональное образование». Под этим термином понимают как целенаправленный педагогический процесс профессионального обучения и воспитания, так и профессиональную подготовку и наличный уровень компетентного владения той или иной программой профессионального образования. Несмотря на различные толкования этого понятия, определяющим критерием профессионального образования является его связь с получением определенных знаний и навыков по конкретной профессии и специальности.

Организация профессионального образования для инвалидов на современном уровне должна осуществляться на основе ряда принципов, наиболее важными из которых являются следующие:

- преемственность и непрерывность многоуровневого образования;
- общедоступность;
- индивидуализация с учетом потребностей и возможностей обучающегося;
- комплексный (психолого-медико-педагогического) подход в организации сопровождения образовательного процесса обучающихся.

Кроме того, И. А. Колесникова, характеризуя основные подходы к профессиональному образованию инвалидов, обращает внимание и на такие принципы, как:

- *принцип гуманизма*, когда человек с инвалидностью признается как самоценная личность, нуждающаяся в сочувствии (но без на-

ивного сожаления, бестактного сопереживания), в социализированном сопровождении;

- *принцип развития*, когда без ссылки на неполноценность состояния здоровья, на ограниченные функциональные особенности при индивидуальном подходе обеспечивается развитие таких лиц в условиях преодоления последствий инвалидности, причем преодоление этих ограничений включает в себя коррекционно-развивающий потенциал;

- *принцип партнерства*, предполагающего взаимное сотрудничество и взаимную заинтересованность всех участников образовательного процесса - обучающего и обучаемого);

- *принцип адаптивности*, когда условия обучения наиболее оптимально приспособлены к ограниченным возможностям обучающихся, когда система коммуникативно-информационного обеспечения максимально приближена к возможностям инвалида по зрению, а также способствует адаптации его к собственному состоянию ограниченных зрительных возможностей.

Выделяется еще *принцип ангажированности*, трактуемый как активное включение инвалида в обучение, являющееся частью его жизнедеятельности. Однако такое использование понятия «ангажировать» (с франц. – предлагать) не совсем адекватно отражает суть процесса обучения. Более логично было бы говорить о *принципе вовлеченности*.

Принцип наглядности не устраняется при обучении лиц с тотальной слепотой или с сильно выраженным нарушением зрения, но приобретает иной смысл в контексте его реализации на основе использования сохранных анализаторов. Принцип доступности в большей мере соотносится в этих случаях с обеспечением обучающихся инвалидов по зрению специальными пособиями, приборами, средствами и т.п. Эти способы и средства обучения ориентированы на создание приемлемого режима работы с информацией (восприятие, переработка). При этом необходимо учитывать степень готовности инвалида по зрению к обучению, уровень его скомпенсированности, степень владения разномодальными способами получения необходимой информации, уровень социальной интеграции.

Профессиональное образование инвалидов, в сравнении со средним общим образованием, имеет следующие особенности:

- формирование знаний, умений и навыков, необходимых для практической деятельности по выбранной специальности;

- практическая ориентированность обучения;

- органичное соединение обучения с научной, общественной и производственной деятельностью.

Как показывает опыт, многие выпускники специальных (общеобразовательных) коррекционных учреждений для слепых и слабовидящих детей желают продолжать образование с целью овладения профессией. Такая возможность предусмотрена Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (№ 181-ФЗ от 24.11.1995 г.), закрепляющим обеспечение государством права инвалидов на получение начального, среднего и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

По данным, приводимым И. Н. Зарубиной, более 50% выпускников ряда учреждений III-IV вида поступают в образовательные учреждения высшего и среднего профессионального образования. Однако, как подчеркивает Б. В. Белявский, возросшая активность молодых людей с нарушениями зрения в стремлении к профессиональному образованию обуславливает необходимость решения целого ряда острых проблем, связанных с оказанием инвалидам по зрению помощи как при поступлении в профессиональные образовательные учреждения, так и в процессе обучения.

Эти проблемы находят свое отражение в мерах, предпринимаемых Министерством образования и науки Российской Федерации, которое оценивает развитие системы профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья как одну из приоритетных задач. В качестве требующих наибольшего внимания трудностей в решении этой задачи Министерство определяет следующие¹:

- отсутствуют нормативы организации учебного и реабилитационного процессов, материально-технического, психолого-педагогического, кадрового, специального методического и реабилитационного сопровождения;

- не разработаны механизмы лицензирования и сертификации образовательно-реабилитационной деятельности, не утвержден государственный стандарт профессиональной реабилитации инвалидов;

- не организована система подготовки и переподготовки специалистов для работы со студентами-инвалидами в условиях интегрированного обучения, отсутствует единый подход к реализации учебного процесса;

¹ Волосовец, Т. В. Перспективы развития профессионального образования инвалидов в России. [Текст] / Т. В. Волосовец. // Дефектология. – 2004. – № 3.

- требуется разработка специальных образовательных и реабилитационных технологий для системы непрерывного профессионального образования инвалидов.

Пути разрешения сложившейся ситуации все чаще становятся предметом обсуждения на конференциях, семинарах, встречах по обмену опытом. Прошедшая 7-9 октября 2003 года международная научно-практическая конференция «Профессиональное образование лиц с нарушениями зрения» была посвящена изучению опыта, проблем и перспектив развития данной сферы образования. В числе обсуждаемых вопросов были представлены апробированные за рубежом модели интегрированного обучения инвалидов по зрению. Признавая позитивные стороны зарубежного опыта, не следует стремиться к механическому использованию западных моделей такого обучения в отечественных условиях. Участники конференции отметили, что России предстоит еще решить целый ряд финансовых, нормативно-правовых, социальных, методических и других проблем, чтобы в новых экономических и социокультурных условиях создать собственные рациональные модели получения профессионального образования инвалидами по зрению и их трудоустройства.

И. Н. Зарубина указывает на следующие основные формы профессионального обучения инвалидов по зрению, существующие в настоящее время в Российской Федерации:

- обучение слепых и слабовидящих в специализированном высшем или среднем профессиональном образовательном учреждении (специализированный институт искусств г. Москвы, Кисловодский медицинский колледж, Курское музыкальное училище-интернат и др.);

- обучение лиц с нарушением зрения в отдельной группе в обычном высшем или среднем профессиональном образовательном учреждении (Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, Свердловский областной медицинский колледж, Томский медико-фармацевтический колледж и др.);

- организация обучения инвалидов по зрению на общих основаниях в группе зрячих с оказанием им помощи, способствующей нивелированию специфических трудностей, в специальных службах, центрах поддержки (Челябинский государственный университет, Уральский государственный педагогический университет и др.);

- обучение лиц с нарушениями зрения на общих основаниях в группе зрячих без получения инвалидами дополнительной поддержки со стороны учебного заведения или общественных организаций.

Среднее профессиональное образование инвалидов по зрению в условиях интеграции предполагает обучение их по избранной специ-

альности в полном соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта, т.е. содержание образования они осваивают наравне со зрячими обучающимися. Образовательный процесс организуется по общим для всех обучающихся (в ряде случаев – по адаптированным) учебным планам, графикам учебного процесса и рабочим программам.

Основным условием эффективного профессионального образования является реализация комплекса мероприятий по организации специального сопровождения образовательной деятельности лиц с нарушениями зрения. Именно такой принцип работы обеспечивает учет индивидуальных особенностей каждого обучающегося и способствует адаптации инвалидов по зрению к условиям учреждения среднего профессионального образования.

Структура комплексного сопровождения образования инвалидов по зрению включает в себя следующие компоненты.

- Медицинское сопровождение.
- Психологическое сопровождение.
- Педагогическое сопровождение.
- Социальное сопровождение.

Медицинское сопровождение

В целях профилактики ухудшения здоровья обучающихся необходимо регулярное проведение медицинского осмотра (не реже одного–двух раз в год). Врачом-терапевтом выявляются соматические заболевания, способствующие возникновению астенопических явлений и осложнений в течение зрительного заболевания. Поскольку у инвалидов по зрению нарушения зрительных функций нередко сопровождаются ослаблением общего физического состояния, в рамках работы по медицинскому сопровождению необходимо обеспечить проведение индивидуальных консультаций медицинских специалистов различного профиля. При выявлении учащихся, нуждающихся в лечении, рекомендуется предусмотреть возможность организации санаторно-профилактического лечения.

Особое внимание следует обращать на организацию офтальмологического наблюдения за состоянием зрительных функций обучающихся с целью профилактики ухудшения зрения. Специалистом производится уточнение диагноза основного заболевания органа зрения, установление нозологической и контингентной групп.

Педагоги, ведущие занятия с лицами, имеющими нарушения зрения, должны внимательно относиться к соблюдению обучающимися всех видов назначений офтальмолога, особенно в отношении использования средств оптической коррекции. В случае необходимости

следует организовать выполнение назначений врачами (медикаментозной терапии, физиотерапевтических процедур, лечебной гимнастики и др.).

Врач-офтальмолог определяет условия охраны зрения обучающихся во время обучения и следит за соблюдением так называемых офтальмо-гигиенических требований. Содержание офтальмо-гигиенических требований (по дозированию зрительной нагрузки, нормам освещенности, оформлению и использованию наглядных средств и др.) зависит от характера и степени зрительной патологии и описано в специальной литературе (Э. С. Аветисов, В. И. Белецкая, А. Н. Гнеушева, А. И. Каплан и др.).

Приведем пример некоторых офтальмо-гигиенических рекомендаций по организации учебного процесса лиц с нарушениями зрения.

Правильной организации рабочего места должно уделяться особое внимание как в учебное, так и во внеучебное время.

Окраска стен рабочих помещений должна быть средней светлоты и насыщенности при оптимально подходящих для нарушенного зрения цветах: зеленом и голубом.

Используемая мебель должна соответствовать росту обучающихся, чтобы сохранялась правильная осанка и не возникало стремления к чрезмерному наклону головы.

Учитывая, что для повышения зрительной работоспособности необходим достаточный уровень освещенности рабочего поля, ее необходимо устанавливать, исходя из особенностей зрительной патологии:

- при близорукости – 500-700 люксов;
- при заболеваниях оптических сред глаз: при афакии и помутнениях роговицы – 100-250 люксов, при катаракте – 250-700 люксов;
- при некоторых заболеваниях зрительно-нервного аппарата – 250-700 люксов;
- при альбинизме – не выше 250 люксов.

Учитывая, что заболевания глаз чаще всего носят комбинированный характер, наиболее приемлемой принято считать освещенность на рабочем месте в пределах 500-700 люксов.

Во избежание резких перепадов освещенности между центральной и периферической зоной рабочей поверхности рекомендуется применять комбинированное освещение. Источник света, используемый для местного освещения (настольная лампа), следует располагать

слева, на высоте 30-35 см от рабочей поверхности. Верхний источник освещения должен закрепляться на высоте около 130 см.

Применяемые источники света не должны создавать прямой и отраженной блескости.

Контраст зрительных объектов при работе должен быть не менее 0,7–0,8. Увеличение контраста при оптимальной освещенности до 0,9 улучшает условия зрительной работы, особенно при заболеваниях зрительно-нервного аппарата.

Оптимальное расстояние от объектов зрительного восприятия до глаз должно быть не менее 25-30 см. Более сильное приближение объектов ведет к утомлению, к затенению рабочей поверхности и к резким перепадам освещенности.

Предельно минимальные размеры объектов различения (букв, цифр и т.п.) зависят от остроты зрения и составляют при остроте зрения:

0,01-0,03 – 15 мм;

0,04-0,08 – 5 мм;

0,09-0,2 – 3 мм.

Буквенно-цифровая информация должна соответствовать шрифту, прямому по начертанию, нормальному по плотности, жирному по насыщенности, с одинаковой толщиной основного и соединительного штрихов, с округлыми элементами при разной толщине основного штриха и внутрибуквенных (внутрицифровых) просветов. Пропорциональность отношения ширины буквы (цифры) к ее высоте должна составлять 4 : 5. Ширина межбуквенных (межцифровых) пробелов рекомендуется не менее 3 мм.

При напряженной длительной зрительной работе рекомендуется устраивать перерывы через 15-20 минут (в зависимости от содержания зрительной работы, состояния зрительных функций и характера течения патологического процесса). Перерывы можно использовать для переключения на другой вид работ, не связанный со зрительным контролем, и для проведения зрительной гимнастики в течение 1–3 минут.

Психологическое сопровождение

Психологическое сопровождение определяется Э. Ф. Зеером (1999) как целостный процесс изучения, формирования, развития и коррекции профессионального становления личности. Как указывает Е. М. Старобина (2003), психологическое сопровождение профессиональной подготовки предполагает систему специальных мероприятий, направленных на формирование и развитие различных видов психической деятельности, психических функций, качеств и образований, которые позволяют обучающемуся успешно адаптироваться в среде и

обществе, выполнять соответствующие социальные роли, а также достигать высокого уровня самореализации.

Цель психологического сопровождения профессионального образования инвалидов по зрению – содействие обучающимся в поиске собственных ресурсов, которые помогут им обрести равновесие в трудной жизненной ситуации, научиться обращаться за помощью в случае необходимости, стать более активными в поиске своего места в жизни.

Важной задачей представляется содействие желанию самих обучающихся с нарушениями зрения участвовать в разработке и реализации программ, направленных на эффективную социализацию, поддержку и развитие.

В рамках психологического сопровождения осуществляется содействие формированию активной жизненной позиции обучающихся, развитие их творческой инициативы, работа над самооценкой, развитие коммуникативных навыков в межличностном общении, обучение навыкам стратегического планирования своей жизни, психологическая поддержка в реализации намеченных целей.

В качестве основных видов работы по психологическому сопровождению можно выделить следующие:

Психодиагностика – обследование человека в целях определения индивидуальных особенностей его психики: способностей, личностных черт, мотивов, отклонений от психической нормы развития и т.д. Психодиагностика лиц с нарушением зрения направлена на решение главной задачи – разработку рекомендаций по коррекции развития познавательной сферы и личностных качеств индивида.

Результаты психодиагностики инвалидов по зрению необходимы:

- для обеспечения контроля за динамикой и коррекцией психического состояния и развития;
- для более адекватного определения «зоны ближайшего развития» обучающихся;
- для выявления наиболее эффективного пути дальнейшего развития лиц с особыми образовательными способностями;
- для оценки эффективности проводимой психологом психопрофилактической работы, эффективности содержания, методов и условий обучения;
- для определения оптимальных путей и средств обучения.

Психокоррекция – психологическое воздействие, направленное на исправление недостатков в развитии психических процессов и свойств личности инвалида по зрению для обеспечения возможности

самореализации в различных видах деятельности и условиях социальной среды.

Психопрофилактическая работа включает следующие направления:

- контроль за соблюдением психологических условий учебно-воспитательного процесса, необходимых для полноценного психического развития и формирования личности обучающихся (предупреждение психологической, учебной перегрузки, неадекватной самооценки, повышения тревожности и др.);

- создание условий, обеспечивающих благоприятный психологический климат, психологически комфортную среду для инвалида по зрению в учебном заведении:

- право инвалидов по зрению на поддержку;
- право на реализацию своих потенциальных возможностей;
- право на уважение человеческого достоинства и др.

Психологическое консультирование, т.е. оказание квалифицированной психологической помощи в широком аспекте возникающих жизненных проблем (коммуникативных, профессиональных, личностных), позволяющей находить конструктивные решения по выходу из сложной ситуации. В отличие от психопрофилактической работы, направленной на предупреждение возникновения психологических проблем, психологическое консультирование направлено на разрешение *уже возникших* проблем. При этом значительные трудности заключаются в выявлении истинной причины возникшей проблемы и в нахождении средств для ее разрешения.

Психологический тренинг – мероприятие, направленное на восстановление, развитие, формирование отдельных утраченных или ослабленных психических функций, умений и навыков.

Психотерапия – комплексное лечебное воздействие на мотивационно-эмоциональную сферу и самосознание человека (в целях смягчения проявлений и профилактики нарушений психического здоровья) либо содействие индивиду в изменении его отношения к социальному окружению и собственной личности.

Психогигиена – изучение условий (социальных, производственных, психологических и др.), оказывающих положительное или отрицательное влияние на психическое развитие и состояние индивида, на его работоспособность, что может служить основой для оказания своевременной психологической и психотерапевтической помощи в кризисные периоды жизни инвалида.

Психологическое просвещение направлено на ликвидацию дефицита специальных психологических знаний и навыков, как у педагогов учеб-

ного заведения, так и у самих обучающихся. Осуществляется в форме лекций, бесед, семинаров, выставок и т.п.

Как указывалось ранее, одним из важнейших видов работы психолога является психодиагностика. Любые мероприятия психологического сопровождения предваряют применение психодиагностических процедур и методик. На этапе психодиагностики возможно получение сведений об особенностях актуального и возможности потенциального психического развития индивида, на основе чего определяются показания для помощи психолога, содержание и формы этой помощи. Существует значительное количество диагностических методик и диагностических материалов, используемых с этой целью. Следует обратить внимание на те некоторые стороны психики инвалида, которые являются наиболее уязвимыми в условиях ограниченных возможностей здоровья (например, самооценка, коммуникативные и организационные способности, активность и самостоятельность деятельности и т.д.). Примеры методик для диагностики состояния этих качеств личности приводятся в специальной литературе.

Необходимо учитывать особенности применения психодиагностического инструментария по отношению именно к лицам с нарушенным зрением. Приведем некоторые примеры ограничения использования диагностических методик.

1. Представляется нецелесообразным использование проективных методик, предполагающих работу с иллюстративным материалом или заданиями типа «нарисуй», «изобрази графически» и т.п., которые не могут быть адекватно выполнены испытуемыми по причинам глубокого нарушения зрения, и поэтому полученные результаты не могут служить основанием для объективной интерпретации и оценки диагностируемых признаков. Примером таких методик являются: тест Роршаха, методики «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное», «Образ мира» и некоторые другие.

2. Следует избирательно подходить к отбору и подготовке используемого психодиагностического материала, чтобы избежать ситуации, когда испытуемому задаются некорректные вопросы. Например, при определении типа личности по методике Дж. Холланда испытуемому предлагается сделать выбор одной из двух профессий, в числе которых недоступны для лиц с глубокими нарушениями зрения: наборщик, водитель троллейбуса, телеоператор, офтальмолог и др. Очевидно, что незрячий или слабовидящий испытуемый в таких случаях не сможет сделать адекватный выбор.

3. Ряд психодиагностических методик предусматривает заполнение испытуемым бланков, матриц, листов (карт) ответов и пр.

При предъявлении таких заданий лицам с нарушенным зрением следует учитывать их зрительные возможности восприятия графического материала:

- при диагностировании незрячих единственным способом выполнения задания является помощь зрячего посредника (например, самого психолога), зачитывающего вопросы и отмечающего ответы в бланке со слов незрячего;

- для слабовидящих необходима адаптация графических материалов в соответствии с офтальмо-гигиеническими требованиями (увеличение размеров тест-объектов, усиление контрастности изображения и др.).

Часто инвалиды с глубокой зрительной патологией недооценивают себя в качестве полноценных участников и потенциальных инициаторов коммуникативного взаимодействия в среде обучающихся. Исправить эту ситуацию позволяет организация групповых форм работы, направленных на обогащение позитивного опыта общения и взаимодействия, на преодоление замкнутости и психологического барьера в общении. Эффективными являются такие формы групповой деятельности, как имитационное моделирование, коллективное создание продукта творческой деятельности, групповая рефлексия и др.

Среди важнейших компонентов обеспечения адаптации инвалидов по зрению к условиям интегрированного обучения следует отметить работу по формированию адекватного отношения учащихся к своей инвалидности. Наличие собственного дефекта инвалид должен воспринимать только как качество, отличающее его от зрячего, но не более того, т.е. инвалидность не должна представляться фатальным фактором неполноценности личности и причиной отсутствия перспектив развития.

Психологу следует помнить о профессиональной этике, тщательно продумывать, кому и в какой форме можно сообщить информацию о состоянии и перспективах развития лиц с нарушенным зрением, о результатах работы с ними.

Все формы и виды психологической работы с инвалидами по зрению подчинены главному этическому принципу «Не навреди!».

Педагогическое сопровождение

Особенности жизнедеятельности, обусловленные зрительным нарушением, являются причиной ряда трудностей, с которыми инвалид сталкивается в процессе получения среднего профессионального образования. Ряд таких трудностей связан непосредственно с освоением профессиональных образовательных программ.

Е. А. Мартынова, характеризуя процесс обучения инвалидов в профессиональном образовательном учреждении, определяет следующие принципы организационно-педагогического сопровождения.

1. Сопровождение включено в структуру образовательного процесса, определяется его целями, содержанием и методами.

2. Основными сферами педагогического сопровождения являются профессиональное ориентирование, выбор профессионального маршрута, профессиональное самоопределение инвалида.

3. Успех педагогического сопровождения определяется объединением и координацией усилий различных структурных подразделений образовательного учреждения, преподавателей, родителей, а также активностью самих обучающихся.

4. Успешному сопровождению способствует взаимодействие с учреждениями и организациями, которые могут положительно повлиять на решение жизненно важных учебных и других проблем обучающихся инвалидов.

5. Система педагогического сопровождения включает в себя следующие организационные меры: изучение на основе индивидуального образовательного потенциала обучающихся; определение проблем и поиск возможных путей решения; выработку программы совместных действий заинтересованных участников образовательного процесса; контроль за их реализацией и коррекцией; индивидуальное наставничество подопечных и оказание им необходимой помощи.

6. Организационно-педагогическое сопровождение включает:

- контроль за посещаемости учебных занятий, помощь в организации самостоятельной работы в случаях заболевания;
- организацию индивидуальных консультаций для длительно отсутствующих обучающихся;
- контроль результатов сдачи зачетов и экзаменов и других отчетных мероприятий, ликвидации академических задолженностей;
- помощь в организации учебных практик и контроль за их прохождением;
- коррекцию взаимодействия преподавателей и обучающихся в учебном процессе;
- организацию и проведение периодических инструктажей и семинаров преподавателей, методистов и др.;
- привлечение волонтеров из числа обучающихся; содействие персональному обеспечению обучающихся инвалидов учебно-методическими материалами;

- перевод учебно-методических материалов на носители, доступные для восприятия инвалидами по зрению, с учетом офтальмогигиенических требований.

К сожалению, в настоящее время большинство преподавателей профессиональных образовательных учреждений, где обучаются инвалиды по зрению, не имеют необходимых знаний в области специальной психологии и специальной педагогики. В связи с этим следует обратить внимание на специфику межличностных отношений между обучающимися и обучаемыми, в том числе и между зрячими обучающимися и их незрячими однокурсниками. В большей степени это касается сферы речевой коммуникации. Как было отмечено выше, не следует употреблять в разговоре с незрячими выражений, которые могут быть незачисленными по отношению к собеседнику.

Но не следует допускать снижения требований к незрячим при их обучении (делать какие-либо скидки на зрительный дефект, «поблажки»), так как это может быть воспринято незрячим с адекватным уровнем самооценки неправильно, истолковано как неверие в его возможности. При недобросовестности некоторых незрячих они могут такое снижение требований использовать в своих целях.

Методическое сопровождение учебного процесса в современных условиях предполагает использование специализированных технических средств, предназначенных для пользователей с нарушенным зрением. Как отмечает И. Н. Зарубина, значение внедрения новых компьютерных технологий в процесс профессионального образования лиц с нарушенным зрением трудно переоценить.

1. Такие технологии открывают возможность для получения совершенно новых (до сих пор недоступных для незрячих лиц) профессий.

2. Использование компьютерной техники существенно повышает эффективность труда лиц с нарушением зрения на уже созданных рабочих местах.

3. Незрячим пользователям предоставляется возможность оперативного получения информации практически по всем областям знаний.

4. Применение компьютерной техники и современных технологий позволяет подойти к решению проблемы дистанционного обучения лиц с нарушением зрения.

К наиболее распространенным специализированным (тифлотехническим) компьютерным средствам относятся:

- компьютерный комплекс, оснащенный брайлевским дисплеем, обеспечивающим вывод текстовой информации в рельефно-

точечном исполнении, с пакетом специальных прикладных программ и звуковым синтезатором речи;

- компьютерный комплекс с русифицированным брайлевским принтером и пакетом специальных прикладных программ, позволяющий обеспечить тиражирование бумажных носителей информации в рельефно-точечном исполнении;

- компьютерный комплекс со звуковым синтезатором речи, позволяющий озвучить текстовую информацию с электронных носителей, а также предоставляющий незрячему возможность чтения любых плоскочечатных текстов;

- компьютерный комплекс с пакетом специальных прикладных программ для слабовидящих;

- телевизионное увеличивающее устройство, используемое для воспроизведения на экране монитора текстовых и графических объектов (схем, таблиц, иллюстраций) и предназначенное для слабовидящих.

Кроме того, для лиц с глубокой зрительной патологией используются специальные аудиоплееры для прослушивания «говорящих» книг. Популярностью среди слабовидящих пользуются специальные оптические средства (накладные лупы и другие увеличительные устройства).

Социальное сопровождение обучения

Целью этого направления комплексного сопровождения является социализация лиц с нарушениями зрения, создание условий для их интеграции в социум. Социальное сопровождение включает совокупность мероприятий по профилактике социального неблагополучия обучающихся – инвалидов по зрению, обеспечение содействия в решении социально-бытовых проблем (проживание, транспорт, материальное обеспечение и др.).

В качестве конкретных форм социального сопровождения можно назвать:

- организацию совместного со службами социальной защиты населения патронажа студентов;

- содействие в приобретении специальных тифлотехнических средств бытового и учебного назначения;

- помощь в оформлении документации на выделение специальных стипендий и материальной помощи;

- вовлечение студентов-инвалидов в социум образовательного учреждения, организация и проведение внеучебных культурных и досуговых мероприятий.

В качестве наиболее значимой формы социальной защиты, дающей человеку с нарушенным зрением возможность самореализации и материального самообеспечения, сами инвалиды по зрению называют содействие их трудоустройству. Поэтому особое внимание должно уделяться мониторингу рынка труда с целью выявления наиболее предпочтительных профессий для лиц с нарушенным зрением.

С. С. Лебедевой была предложена составленная на основе комплексного подхода модель образования инвалидов (таблица 3).

Образование взрослых инвалидов по зрению

Как известно, взрослые инвалиды по зрению составляют особую социальную группу лиц с ограниченной жизнедеятельностью и нуждающуюся в социальной защите. Подходы к их профессиональному обучению определяются довольно многими обстоятельствами. Если инвалиды с раннего возраста (или с рождения) уже в определенной мере адаптированы к условиям зрительной депривации, то лица, потерявшие зрение (частично или полностью) в зрелом возрасте, оказываются практически не приспособлены к самостоятельной жизни, хотя они имеют прошлый жизненный опыт с полноценным зрением. Все это, несомненно, следует учитывать при организации их обучения. Кроме того, следует иметь в виду, что зрительный дефект может сопровождаться какими-либо сопутствующими нарушениями. Не стоит оставлять без внимания и социальные условия предыдущего и настоящего проживания каждого индивида с нарушенным зрением.

Основными задачами тифлопедагога-андрагога будут являться те, которые направлены на оказание поддержки и помощи обучающимся в преодолении ряда трудностей (по И. А. Колесниковой):

- психологических (наличие комплекса неполноценности, обусловленного заниженной самооценкой, недостаточной убежденности в возможности обучения и усвоения программы);
- социальных (сомнения в возможности трудоустройства после обучения, непонимание перспектив реализации полученного профессионального образования, незнание своих прав на обучение и трудоустройство, низкий социальный статус);
- образовательных (наличие существенных пробелов в знаниях после предыдущих форм обучения, потеря учебных навыков, навыков самообразования);
- нравственно-волевых, так как инвалидам необходимо проявлять волю для достижения успешности в обучении, не допускать нравственных отклонений во взаимоотношениях, проявлять сдержанность.

Таблица 1

*Комплексная прогностическая модель образования инвалидов, обеспечивающая их адаптацию в социум
(по С. С. Лебедевой)*

Направления, требующие адаптации	Уровни адаптации		
	Модель, характеризующая личностные позиции, установки, ценности, способствующие адаптации инвалидов	Модель, характеризующая ценностные ориентации, способствующие адаптации социальной группы инвалидов в общество	Модель развития основных направлений формального и неформального образования инвалидов, способствующих их адаптации в социум
1	2	3	4
Адаптация к общецивилизационным и национально-культурным ценностям	<p>Осознание себя как индивида, своих потенциальных возможностей, природных особенностей, степени развития задатков, осознание ограничений жизнедеятельности и компенсаторных возможностей.</p> <p>Осознание себя как субъекта деятельности в ближайшем образовательном пространстве. Достижение адаптивности к воздействиям среды, стимулирование механизмов регуляции социальной активности, формирование адекватного отношения к действительности, потребности в сотрудничестве, умение вести диалог.</p> <p>Осознание ценности образования для развития себя как личности, способной к личностной самоактуализации и профессиональной самореализации</p>	<p>Принятие сообществом новых общецивилизационных ценностей, выработка путей их реализации через образовательные программы.</p> <p>Инициирование разработки и реализации программ для мини-сообщества с определенной депривацией, участие в интегральных программах (культурологических, оздоровительных, профессиональных и др.). Развитие умения вести социальный диалог. Инициирование интеграционных образовательных программ в системе непрерывного образования (общего образования, специального, профессионального: начального, среднего специального, высшего, последиplomного и т.д.) с учетом ограничения жизнедеятельности.</p>	<p>Совершенствование традиционных направлений образования инвалидов. Инициирование разработки новых институциональных форм, опирающихся на общецивилизационные ценности, учитывающие образовательные возможности инвалидов и реализующие идеи социального партнерства.</p> <p>Разработка концепции образования, направленной на реализацию всех основных видов образования человека с ограничениями жизнедеятельности в современных условиях.</p> <p>Развитие формального, неформального и информального образования для лиц с различными ограничениями жизнедеятельности.</p>

1	2	3	4
Адаптация к общесовременным и национально-культурным ценностям	<p>Развитость коммуникативного потенциала, преодоление замкнутости, ориентация на социальное партнерство в сфере образования. Развитость самосознания, неконформистской позиции, умения отстаивать собственные образовательные интересы и добиваться образовательного результата; участие в образовательных программах, соответствующих возможностям; развитие способностей прогнозирования.</p> <p>Осознание необходимости построения образовательного маршрута в контексте традиций российской культуры и образования, инициирование индивидуальных программ, связанных с национальной культурой.</p>	Участие в программах, связанных с историей и культурой родного края, традициями народного творчества, возрождением народных промыслов, ремесел, изучением народного творчества.	Инициирование разработки и реализации программ развития «малой родины», культурного наследия, центров духовной культуры народов, проживающих в конкретной местности.
Адаптация к условиям рынка	<p>Усвоение содержания образования, позволяющего инвалиду быть конкурентоспособным на рынке труда, т.е. соответствующим высокому уровню профессионализма (высокий уровень знаний, умений, гибкость в получении информации, мобильность ее использования в условиях модернизации производства). Умение вступать в контакты с целью приобретения знаний, умений и их использование в новых условиях, создание нового образовательного продукта</p>	Инициирование программ профессиональной подготовки, ориентированной на развитие конкурентоспособности определенных групп инвалидов. Ориентация на получение профессионального образования высокого уровня, ориентация на работу в той области, где низкий уровень занятости населения и не угрожает конкуренция.	<p>Создание образовательных структур для разных групп инвалидов и по разным направлениям (с учетом мер реабилитации и социальной защиты), ориентированным на развитие конкурентоспособности инвалидов на рынке труда.</p> <p>Усиление связей с другими учреждениями и ведомствами для повышения уровня профессионального образования всех видов: начального, среднего, высшего, постдипломного, а также трудоустройства и закрепления инвалидов на рабочем месте.</p>

1	2	3	4
Адаптация к условиям рынка (продолжение)	<p>Адаптация в новой социальной среде, высокий уровень притязаний, энергетический тонус.</p> <p>Развитость коммуникативных качеств, адекватного оценивания профессиональных возможностей, конструктивного мышления, ответственности за процесс и результаты деятельности</p>		<p>Развитие идеи социального партнерства в системе образовательных структур, учитывающих условия рынка.</p>
Адаптация к новым информационным технологиям	<p>Осознание личностью необходимости жить и действовать в информационном обществе. Овладение интерактивными технологиями, их использование при создании собственной образовательной программы. Использование новых технологий: дистанционное обучение, Интернет, самостоятельная разработка образовательного продукта.</p> <p>Развитость коммуникативных связей в процессе использования коммуникативных систем, создаваемых на базе персонального компьютера.</p>	<p>Инициирование программ овладения новыми информационными технологиями (для определенных групп инвалидов с учетом их депривации)</p> <p>Инициирование разработки программ, связанных с использованием интерактивных технологий с целью получения образовательного продукта, освоение программ дистанционного обучения, использование возможностей Интернета, развития коллективного творчества на базе компьютерных технологий.</p>	<p>Создание условий, подкреплённых нормативно-законодательной и материально-технической базой, для овладения инвалидами соответствующими интерактивными технологиями (с учетом депривации).</p> <p>Создание и реализация интеграционных программ в системе среднего специального, высшего и постдипломного образования.</p> <p>Привлечение социального института образования инвалидов к участию в государственно-общественных программах на основе социального партнерства.</p> <p>Создание компьютерных центров для инвалидов с различными ограничениями жизнедеятельности.</p>

Тифлопедагог призван формировать у обучающихся инвалидов по зрению установку на включение в социальную среду зрячих, на поиск возможностей самому инвалиду внести посильный полезный вклад в социум. Следует создавать условия для раскрепощения личности, организовывать групповые формы работы, вовлекать инвалидов по зрению во все виды общественно-полезной деятельности.

Социальная реабилитация и социализация инвалидов по зрению была и остается одной из актуальных и серьезных проблем современной тифлологии, на что обращает внимание В. З. Кантор, рассматривая соотношение понятий «социализация» и «социальная реабилитация».

Особого внимания заслуживает статья В. З. Кантора и А. Ю. Гостева в сборнике «Актуальные проблемы социализации инвалидов по зрению: Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной 70-летию кафедры тифлопедагогики» (СПб., 1999), рассматривающих сущность надомного социально-реабилитационного патронажа как перспективной комплексной формы организации социально-реабилитационной работы с инвалидами по зрению пожилого возраста.

Выражаем искреннюю признательность этим авторам, любезно давшим согласие на повторную публикацию своих работ в приложении к данному пособию. Полагаем, что читателям будет полезно ознакомиться с содержанием этих статей в авторской редакции (см. Приложение).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Положение о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации» от 27 сентября 1996 г. № 1.
2. Аветисов, Э. С. Близорукость [Текст] / Э. С. Аветисов. – М., 1986.
3. Актуальные проблемы социализации инвалидов по зрению [Текст] : матер. Всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной 70-летию кафедры тифлопедагогики. – СПб., 1999.
4. Белецкая, В. И. Охрана зрения слабовидящих школьников. [Текст] / В. И. Белецкая, А. Н. Гнеушева. – М., 1982.
5. Беляева, М. А. Профессиональная ориентация школьников: допрофессиональная подготовка социальных работников (из числа слепых и слабовидящих) [Текст] : учеб.-метод. пособие. / М. А. Беляева, И. Е. Кузнецов. – Екатеринбург, 2002.
6. Беляева, М. А. Социально-педагогическая работа с семьей ребенка-инвалида [Текст] : учеб. пособие. / М. А. Беляева, И. Е. Кузнецов. – Екатеринбург, 2001.
7. Волосовец, Т. В. Перспективы развития профессионального образования инвалидов в России. [Текст] / Т. В. Волосовец. //Дефектология. – 2004. – № 3.
8. Гудонис, В. П. Основы и перспективы социальной адаптации лиц с нарушенным зрением. [Текст] / В. П. Гудонис. – М., 1998.
9. Ермаков, В. П. Профессиональная ориентация учащихся с нарушениями зрения: Медицина, психология, педагогика [Текст] : пособие для учителя. / В. П. Ермаков. – М., 2002.
10. Зарубина И. Н. Профессиональное образование лиц с нарушением зрения. [Текст] //Дефектология. – 2004. – № 3.
11. Зеер, Э. Ф. Психология профессий. [Текст] / Э. Ф. Зеер. – Екатеринбург, 1999.
12. Зрительная и интеллектуальная работоспособность слепых и слабовидящих школьников младших классов [Текст] : метод. реком.- Л., 1986.
13. Кантор, В. З. Политехнические и социокультурные основы педагогической реабилитации лиц с нарушениями сенсорного развития. [Текст] / В. З. Кантор, М. И. Никитина, Н. Н. Пенин. – СПб., 2000.
14. Каплан, А. И. Детская слепота. Цветовое остаточное зрение. [Текст] / А. И. Каплан. – М., 1979.
15. Климов, Е. А. Выбор профессии. [Текст] / Е. А. Климов, С. Н. Чистяков. – М., 1988.

16. Ковалевский, Е. И. Детская офтальмология. [Текст] / Е. И. Ковалевский. – М. , 1980.
17. Ковалевский, Е. И. Профилактика слепоты и слабовидения у детей. [Текст] / Е. И. Ковалевский. – М. , 1991.
18. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих [Текст] : учеб. пособие / А. Г. Литвак. – СПб. , 1998.
19. Мартынова, Е. А. Социальные и педагогические основы построения и функционирования системы доступности высшего образования для лиц с ограниченными физическими возможностями. [Текст] / Е. А. Мартынова. – Челябинск , 2002.
20. Методические рекомендации по профессиональной ориентации школьников с дефектами зрения. [Текст] / сост. Э. С. Аветисов, Ю. З. Розенблюм. – М. , 1978.
21. Организация профессиональной работы высшего учебного заведения с абитуриентами-инвалидами [Текст] : метод. рекоменд. – Челябинск , 2004.
22. Основы андрагогики [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. / под ред. И. А. Колесниковой. – М. , 2003.
23. Педагогический энциклопедический словарь [Текст] / гл. ред. Б. М. Бим-Бад. – М. , 2003.
24. Перечень профессий, по которым организуется обучение детей и подростков с недостатками в умственном и физическом развитии (Приказ № 147 ГОСПРОФОбРа СССР от 03.10.1986; приказ № 1-III-И Мин. Соц. Обеспечения РСФСР от 11.11.1986).
25. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии. [Текст] / под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб. , 2004.
26. Проблемы социально-психологической и профессиональной адаптации студентов и аспирантов с нарушенным зрением в современном вузе [Текст] : материалы Всероссийской научно-практической конференции студентов, аспирантов и тифлопедагогов. / под ред. В. К. Рогушина. – СПб. , 2000.
27. Солнцева, Л. И. Психология детей с нарушениями зрения (детская тифлопсихология) [Текст] / Л. И. Солнцева. – М. , 2006.
28. Специальная психология [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. завед. / под ред. В. И. Лубовского. – М. , 2003.
29. Старобина, Е. М. Профессиональная подготовка лиц с умственной отсталостью [Текст] : метод. пособие. / Е. М. Старобина. – М. , 2003.
30. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24.11.1995 г.

31. Фильчикова, Л. И. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция [Текст] : метод. пособие. / Л. И. Фильчикова, М. Э. Бернадская, О. В. Парамей.– М. , 2003.

32. Хватова, А. В. Основные причины слепоты и слабовидения у детей и пути их профилактики. [Текст] / А. В. Хватова. //Профилактика слепоты и слабовидения у детей. – М. , 1986.

**Положение
о профессиональной ориентации
и психологической поддержке населения
в Российской Федерации**

I. Общие положения.

1. Понятие профессиональной ориентации, ее направления, цели и методы.

1.1. Профессиональная ориентация – это обобщенное понятие одного из компонентов общечеловеческой культуры, проявляющегося в форме заботы общества о профессиональном становлении подрастающего поколения, поддержки и развития природных дарований, а также проведения комплекса специальных мер содействия человеку в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости с учетом его потребностей и возможностей, социально-экономической ситуации на рынке труда.

Важнейшими направлениями профессиональной ориентации являются:

- профессиональная информация – ознакомление различных групп населения с современными видами производства, состоянием рынка труда, потребностями хозяйственного комплекса в квалифицированных кадрах, содержанием и перспективами развития рынка профессий, формами и условиями их освоения, требованиями, предъявляемыми профессиями к человеку, возможностями профессионально-квалификационного роста и самосовершенствования в процессе трудовой деятельности;

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

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

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

- профессиональная, производственная и социальная адаптация – система мер, способствующих профессиональному становлению работника, формированию у него соответствующих социальных и профессиональных качеств, установок и потребностей к активному творческому труду, достижению высшего уровня профессионализма.

1.2. Профессиональная ориентация осуществляется в целях:

- обеспечения социальных гарантий в сфере свободного выбора профессий, формы занятости и путей самореализации личности в условиях рыночных отношений;

- достижения сбалансированности между профессиональными интересами человека, его психофизиологическим особенностям и возможностями рынка труда;

- прогнозирования профессиональной успешности в какой-либо сфере трудовой деятельности;

- содействия непрерывному росту профессионализма личности как важнейшего условия ее удовлетворенности трудом и собственным социальным статусом, реализации индивидуального потенциала, формирования здорового образа жизни и достойного благосостояния.

1.3. Основные методы профессиональной ориентации:

- информирование – индивидуальное, групповое, массовое, непосредственное (лекция, беседа), опосредованное (средствами массовой информации);

- психологическое и медицинское консультирование;

- психологическая, психофизиологическая, медицинская диагностика;

- различные педагогические методы.

2. Понятие психологической поддержки, ее направления, цели и методы.

2.1. Психологическая поддержка – система социально-психологических способов и методов, способствующих социально-профессиональному самоопределению личности в ходе формирования ее способностей, ценностных ориентации и самосознания, повышению ее конкурентоспособности на рынке труда и адаптированности к условиям реализации собственной профессиональной карьеры. Психологическая поддержка осуществляется путем оптимизации психологического состояния человека как следствие полного разрешения или снижения актуальности психологических проблем, препятствующих трудовой, профессиональной, социальной самореализации на каждом из этапов

жизни отдельного человека, малых групп, коллективов, формальных и неформальных объединений людей.

2.2. Основными направлениями психологической поддержки являются:

- психологическая профилактика – содействие полноценному психическому развитию личности, малых групп и коллективов, предупреждение возможных личностных и межличностных проблем неблагополучия и социально-психологических конфликтов, включая разработку рекомендаций по улучшению социально-психологических условий самореализации личности, малых групп и коллективов с учетом формирующихся социально-экономических отношений;

- психологическое консультирование – оказание помощи личности в ее самопознании, адекватной самооценке и адаптации в реальных жизненных условиях; формировании ценностно-мотивационной сферы, преодолении кризисных ситуаций и достижении эмоциональной устойчивости, способствующих непрерывному личностному росту и саморазвитию, включая консультации руководителей по вопросам работы с персоналом и семейные консультации;

- психологическая коррекция – активное психолого-педагогическое воздействие, направленное на устранение отклонений в психическом и личностном развитии, гармонизацию личности и межличностных отношений.

2.3. Психологическая поддержка осуществляется в целях:

- психологического обеспечения свободного и гармоничного развития личности в современном обществе на всех этапах ее становления и самореализации;

- предупреждения развития негативных тенденций в психологии людей, преодоления трудностей личностного роста, коррекции отклоняющегося поведения, устранения конфликтных ситуаций во взаимоотношениях.

2.4. Основные методы психологической поддержки:

- психологическое просвещение;
- психологическое и психотерапевтическое консультирование;

- психологическая диагностика;
- психологический тренинг;
- психологическая коррекция;
- другие индивидуальные и групповые методы психологической работы.

3. Правовая основа профессиональной ориентации и психологической поддержки.

Профессиональная ориентация и психологическая поддержка населения в России регулируются соответствующими международными правовыми актами: Законом Российской Федерации «Об образовании», Законом Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации», основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, основными направлениями развития государственной системы профессиональной ориентации, и психологической поддержки населения в Российской Федерации, утвержденными Постановлением Министерства труда Российской Федерации от 29 августа 1995 г. № 47, другими нормативно-правовыми актами, а также настоящим Положением.

II. Государственная система профессиональной ориентации и психологической поддержки населения в Российской Федерации.

4. Понятие государственной системы профессиональной ориентации и психологической поддержки населения.

Государственная система профессиональной ориентации и психологической поддержки населения в Российской Федерации (далее именуется «государственная система») представляет собой совокупность государственных органов, организаций и учреждений, деятельность которых направлена на развитие, образования, воспитания, профессиональной ориентации, занятости, здравоохранения и социально-психологической защиты граждан.

Для достижения психолого-профориентационных целей субъекты государственной системы тесно взаимодействуют друг с другом и в пределах своих компетенций исполняют функции в области профессиональной ориентации и психологической поддержки населения.

Деятельность государственной системы подчинена целям государственной политики в данной области и направлена на организацию психолого-профориентационного обслуживания населения с учетом профессиональных интересов, потребностей возможностей и состояния здоровья человека, исходя из требований рынка труда и складывающихся социально-экономических условий.

5. Управление государственной системой профессиональной ориентации и психологической поддержки населения в российской Федерации.

5.1. Определение приоритетных направлений развития государственной системы, обеспечение согласованных действий заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области

профессиональной ориентации и психологической поддержки населения осуществляет Межведомственная комиссия по вопросам профессиональной ориентации и психологической поддержки населения, созданная в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 1995 г. № 1177.

5.2. В целях осуществления действенной координации деятельности в области профессиональной ориентации и психологической поддержки населения, содействия развитию территориальных служб психолого-профориентационной направленности по решению соответствующего органа исполнительной власти субъекты Российской Федерации на их территории могут создавать комиссии по вопросам профессиональной ориентации и психологической поддержки населения.

6. Компетенция в области профессиональной ориентации и психологической поддержки населения.

6.1. Всероссийский научно-практический центр профессиональной ориентации и психологической поддержки населения Министерства труда и социального развития Российской Федерации осуществляет работу в области профессиональной ориентации и психологической поддержки населения, координирует и обеспечивает научно-методическую, организационно-практическую деятельность всех территориальных центров профессиональной ориентации и психологической поддержки населения.

6.2. Территориальные центры профессиональной ориентации и психологической поддержки населения:

- оказывают услуги по профессиональной ориентации и психологической поддержке молодежи, другим категориям населения в условиях рынка труда, обеспечивают гарантированный минимум бесплатных психолого-профориентационных услуг;

- внедряют эффективные методы и средства профессионального информирования, профконсультирования, психофизиологического отбора (подбора), психологической поддержки;

- осуществляют психологическую поддержку молодежи, высвобождаемых и безработных граждан, других категорий населения по проблемам личностной адаптации в новых условиях труда и межличностных отношений;

- осуществляют методическое руководство и координацию деятельности в области профессиональной ориентации и психологической поддержки населения на соответствующей территории;

- организуют профессиональную ориентацию и психологическую поддержку населения на своей территории, содействуют развитию районных (городских) служб профессиональной ориентации и

психологической поддержки населения независимо от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы.

По заказам администрации, организаций всех организационно-правовых форм, по заявкам работодателей могут проводить профессиональное консультирование и психологическую поддержку учащихся, занятого и незанятого населения, а также граждан, подлежащих высвобождению с производства, вести профессиональный отбор и подбор лиц, принимаемых на профессиональное обучение и на вакантные рабочие места, осуществлять другую профориентационную деятельность на основе договоров.

6.3. Центры занятости населения, региональные центры профессиональной ориентации безработных граждан и незанятого населения предоставляют обязательные бесплатные профориентационные услуги:

- информируют и консультируют граждан, обращающихся в службу занятости в целях выбора (перемены) сферы деятельности, вида профессиональной подготовки, переподготовки и трудоустройства;

- осуществляют профессиональное консультирование безработных граждан в целях содействия выбору оптимального вида занятости с учетом их интересов, потребностей и возможностей человека, а также социально-экономической ситуации, сложившейся на рынке труда (при необходимости с использованием различных методов диагностики);

- обеспечивают психологическую поддержку безработных граждан с целью повышения их конкурентоспособности на рынке труда и адаптирования к существующим условиям реализации профессиональной карьеры путем оптимизации психологического состояния, полного разрешения или снижения актуальности психологических проблем, препятствующих их профессиональной и социальной самореализации.

Могут проводить профессиональное консультирование и психологическую поддержку учащихся, занятого населения, а также граждан, подлежащих высвобождению с производства, вести профессиональный отбор лиц, принимаемых на профессиональное обучение и по заказу работодателей – на вакантные рабочие места, на основе договоров.

Профессиональная ориентация и психологическая поддержка в органах службы занятости призвана способствовать эффективной занятости населения, формированию правовых, социально-психологи-

ческих, экономических, организационных условий и гарантий профессионального самоопределения граждан.

6.4. Образовательные учреждения (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) и специальные (коррекционные) учреждения для учащихся с отклонениями в развитии совместно с организациями здравоохранения, учитывая местные условия и интересы обучающихся, на основе государственных стандартов и нормативов:

- обеспечивают профориентационную направленность учебных программ, пособий и учебно-воспитательного процесса в целом, участие в этой работе педагогических коллективов, родительской общественности, специалистов соответствующих организаций и учреждений;

- проводят системную, квалифицированную и комплексную профориентационную работу;

- формируют у учащихся общеобразовательных учреждений сознательный подход к выбору профессии в соответствии с интересами, состоянием здоровья и особенностями каждого учащегося с учетом потребности региона в кадрах;

- привлекают учащихся во внеучебное время к техническому и художественному творчеству, повышают его роль в выборе профессии;

- организуют профессиональное просвещение и консультирование учащихся, формируют у них профессиональные намерения на основе комплексного изучения личности с учетом их индивидуальных психофизиологических особенностей, состояния здоровья, а также потребностей региона в кадрах;

- организуют дифференцированное обучение учащихся для более полного раскрытия их индивидуальных интересов, способностей и склонностей;

- обеспечивают органическое единство психолого-педагогической и медицинской консультации, профессионального отбора (подбора) молодежи, поступающей в образовательные учреждения профессионального образования;

- используют возможности психологических служб, организуемых в образовательных учреждениях, для организации и проведения профориентационной работы.

Профессиональная ориентация в соединении с подготовкой молодежи к труду в условиях рыночной экономики, формированием у подрастающего поколения соответствующих мотиваций к труду, осознанному планированию и выбору рода будущей профессиональной

деятельности и формы занятости с учетом личных интересов, состояния здоровья, индивидуальных особенностей и склонностей каждого, а также требований профессий и рынка труда - является одной из основных задач образовательных учреждений всех типов, входит в круг обязанностей их педагогических коллективов, психологических служб, органов управления образованием, а также соответствующих организаций здравоохранения и органов управления здравоохранением.

6.5. Психологические службы в образовательных учреждениях в соответствии с нормативными документами:

- активно содействуют формированию личностного и интеллектуального потенциала учащихся;
- создают психологические условия для наиболее полного развития творческих способностей, познавательной и нравственно-мотивационной сфер личности;
- оказывают психологическую помощь педагогическим коллективам и родителям в преодолении отклонений в интеллектуальном и личностном развитии учащихся, в разрешении конфликтных ситуаций;
- внедряют достижения психологии в практику образовательно-воспитательного процесса.

6.6. Образовательные учреждения профессионального образования проводят профессиональный отбор (подбор) поступающих на обучение с учетом показателей профессиональной пригодности и прогнозируемой успешности освоения профессии, специальности, усиления мотивации к выбранному профилю и адаптации к будущей профессии.

6.7. Дошкольные учреждения в процессе реализации программ воспитания осуществляют психолого-социальную ориентацию детей; проводят бесплатные учебные занятия по изучению мира труда; развивают у детей в ходе игровой деятельности трудовые навыки; формируют мотивации и интересы детей с учетом особенностей их возраста и состояния здоровья.

6.8. Организации здравоохранения в пределах своей компетенции:

- выявляют в ходе регулярно проводимых профилактических осмотров детей и подростков (учащихся образовательных учреждений), имеющих отклонения в состоянии здоровья, их профессиональную пригодность;
- проводят оздоровительные мероприятия, врачебно-профессиональное консультирование с учетом медицинских противопоказа-

ний к занятию тем или иным видом деятельности, дают соответствующие рекомендации;

- осуществляют врачебный контроль за трудовым воспитанием и обучением детей и подростков, их профессиональной подготовкой и трудовым использованием;

- обеспечивают организацию мер профилактического характера, прежде всего по отношению к лицам из групп повышенного риска, контроль за их выполнением;

- создают совместно с территориальными центрами профессиональной ориентации и психологической поддержки населения, службами занятости, психологическими службами постоянно действующие или временные пункты медицинского консультирования.

6.9. Организации оказывают содействие работникам в свободном выборе или перемене профессии, места работы, повышении квалификации и переподготовке кадров с учетом профессиональных интересов работающих и потребностей производства, работодателей.

7. Общественные объединения психолого-профориентационной направленности.

Общественным объединениям психолого-профориентационной направленности методическую и организационную помощь оказывает Межведомственная комиссия по вопросам профессиональной ориентации и психологической поддержки населения в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 1995 г. № 1177, а также Всероссийский научно-практический центр профессиональной ориентации и психологической поддержки населения.

8. Профессиональная деятельность в области профессиональной ориентации и психологической поддержки населения.

К работе в области профессионального консультирования, профессионального отбора (подбора), психодиагностики и коррекции допускаются только лица, имеющие соответствующее образование и прошедшие аттестацию в установленном порядке.

III. Социальные гарантии в области профессиональной ориентации.

9. Гарантированный минимум психолого-профориентационных услуг.

9.1. Гарантированный минимум бесплатных психолого-профориентационных услуг включает в себя:

- предоставление профессиональной информации всем обратившимся за таковой независимо от места проживания, работы или учебы; проведение для учащихся общеобразовательных учреждений

групповых профконсультаций и занятий по психологическому консультированию и сопровождению профессионального выбора;

- оказание индивидуальной психолого-профоригинационной помощи учащимся общеобразовательных учреждений, воспитанникам школ-интернатов и детских домов, инвалидам, учащимся образовательных учреждений профессионального образования, работающей молодежи в первые три года трудовой деятельности, лицам с ограниченной трудоспособностью, гражданам, имеющим статус безработного, вынужденного переселенца или беженца.

9.2. Дополнительный перечень психолого-профоригинационных услуг, предоставляемых бесплатно или на льготных условиях, может устанавливаться органами государственной власти субъектов Российской Федерации с учетом местных условий и возможностей.

10. Заключительные положения.

Иностранцы граждане и лица без гражданства, проживающие на территории Российской Федерации, пользуются психолого-профоригинационными услугами в полном объеме, предусмотренном настоящим Положением.

ПОДГОТОВКА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФКОНСУЛЬТАЦИИ (по Л. А. Головей)

Цель занятия: Заполнение и анализ «Карты первичной профконсультации» и составление плана профконсультации.

Оснащение: «Анкета оптанта», «Карта первичной индивидуально-психологической профконсультации».

Порядок работы: После обработки «Анкеты оптанта» (см. ниже), «Дифференциально-диагностического опросника», и «Карты интересов»¹ заполняется «Карта первичной профконсультации». Далее сопоставляются и анализируются все имеющиеся в ней данные.

В результате *анализа* «Карты первичной профконсультации» может быть выявлено несколько ситуаций выбора профессий, в каждой из которых тактика профконсультанта должна быть особой. Разберем некоторые из этих ситуаций.

1. У испытуемого хорошая информированность о мире профессий, сформирован профессиональный план, мотивы адекватны, план соответствует познавательным интересам, профессиональной направленности, индивидуально-психологическим особенностям. В этом случае профконсультация строится на психотерапевтической и информационной основе. Оптанта поддерживают в своих намерениях, они одобряются, дополняются справочной информацией об учебных заведениях, правилах приема, указывается на необходимость и условия развития некоторых профессионально важных качеств — это составляет содержание домашнего задания. Уточняется путь профессионализации, вырабатываются запасные варианты на случай, если получение выбранной специальности связано с преодолением трудностей (например, конкурсные специальности). Определяется область профессиональных противопоказаний.

2. У испытуемого имеется профессиональный план, но он не обоснован: не совпадает с областью профессиональной направленности и познавательных интересов, мотивы не адекватны, либо его индивидуальные свойства не соответствуют выбранной профессии. Следовательно, он нуждается в углубленной профконсультации и коррекции на ее основе профессионального плана.

¹ Процедура определения профессиональной направленности («Дифференциально-диагностический опросник – ДДО») и исследования познавательных интересов («Карта интересов») описана во многих специальных изданиях по психодиагностике.

3. Профессионального плана у испытуемого нет, интересы и склонности не выражены. Задача первого этапа консультационной работы с ним – формирование познавательных интересов и склонностей. На основании первичной профконсультации составляется система домашних заданий с привлечением к этой работе родителей, учителей, референтной для испытуемого группы. С целью облегчения поиска сферы предпочтений профконсультант может использовать метод проективной беседы, профориентационные игры. На первом этапе работы, чтобы сузить круг поиска, желательно определить психологически противопоказанную сферу деятельности. С таким испытуемым проводят углубленную профконсультацию.

4. Профессионального плана и профессиональной направленности у испытуемого нет, однако имеются хорошо выраженные интересы, склонности. Суть профконсультации в этом случае заключается в углублении самопознания, в выработке умения понимать себя, свои интересы и способности. Необходимо также расширение знаний о разнообразии профессий. Ему предлагается поработать с картотекой профессий, рекомендуется специальная литература, обсуждается план посещения им учебных заведений и предприятий – все это составляет суть домашнего задания. После этого он приглашается на углубленную профконсультацию.

Конечно, все многообразие профконсультационных ситуаций не исчерпывается этими четырьмя типами. Их можно рассматривать только как наиболее часто встречающиеся.

Анкета оптанта

Фамилия, имя, отчество.....

Возраст Дата

Школа Класс

1. Назовите ваши любимые учебные предметы.
2. Назовите ваши нелюбимые учебные предметы.
3. Назовите профессии, которые вам нравятся.
4. Назовите профессии, которые вам не нравятся.
5. Чем вы любите заниматься в свободное время?
6. Какие кружки, секции, факультативы посещаете или посещали?
7. В какой работе класса или школы принимаете участие?
8. Сколько времени обычно у вас уходит на приготовление уроков?
 9. Какая область деятельности или знаний из приведенного ниже вас больше всего интересует:
 - естественнонаучная (химия, биология, медицина, геология, сельское хозяйство);
 - точные науки (математика, физика);
 - общественно-научная (история, философия, экономика, право);
 - гуманитарная (литература, журналистика, лингвистика, педагогика, психология);
 - искусство (музыкальное, театральное, изобразительное) или же определенные интересы отсутствуют?
 10. Какую профессию вы решили избрать?
 11. Наметили ли вы пути ее получения?
 12. Есть ли у вас родственники или друзья, которые работают по избранной вами профессии?
 13. Есть ли у вас друзья, которые намерены избрать ту же профессию, что и вы?
 14. Что привлекает вас в избранной профессии:
 - условия труда;
 - сам процесс трудовой деятельности;

- высокая материальная обеспеченность;
- подвижная работа и возможность получения новых впечатлений;
- спокойная работа;
- высокая степень ответственности;
- самостоятельное принятие решений;
- возникновение сложных или даже опасных ситуаций;
- контакты с людьми;
- возможность творческой деятельности;
- частые командировки;
- возможность создавать что-либо своими руками;
- работа на свежем воздухе;
- романтичность;
- полезность результатов;
- независимость;
- перспективность (профессиональный рост, продвижение по служебной лестнице);
- близость к месту жительства;
- другое.....

**Карта первичной индивидуально- психологической
профконсультации**

Фамилия, имя, отчество.....

Возраст Дата

Школа Класс

1. Состояние здоровья:
 - а) здоров;
 - б) функциональные отклонения;
 - в) хронические заболевания.

Заключение подросткового врача:.....

2. Информированность о мире профессий:
 - а) полная;
 - б) недостаточная;
 - в) отсутствует.

3. Наличие профессионального плана:
профессия.....
учебное заведение

4. Сформированность профессионального плана:
 - а) сформирован;
 - б) частично сформирован;
 - в) не сформирован.

5. Осознанность выбора профессии.

6. Ведущие мотивы.

7. Сведения из «Анкеты оптанта»:
профессия.....
учебное заведение

любимые занятия

предпочитаемые профессии

опыт работы

успешность обучения по дисциплинам:
естественным точным

гуманитарным труду

8. Интересы и склонности:
ДДО: П Т Ч З Х

9. Карта интересов:

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	

10. Коммуникативные и организаторские склонности:

К_к – 1, 2, 3, 4, 5;

К_о – 1, 2, 3, 4, 5.

11. Выраженность профессиональных интересов и склонностей:

а) ярко выражены (в какой области деятельности?)

б) не выражены

12. Особенности поведения

13. Заключение профконсультанта:

а) оптант не нуждается в углубленной профконсультации (профплан обоснован, профплан сформирован в процессе консультации)

б) оптант нуждается в углубленной профконсультации

Рекомендации профконсультанта: область деятельности, профессия

Пути профессионализации

Запасной вариант профессионального выбора

Домашнее задание

Противопоказанные сферы деятельности

Психолог-профконсультант:

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ: К ПРОБЛЕМЕ СООТНОШЕНИЯ

Одной из серьезных проблем, ощущаемых современной отечественной тифлологией и, в частности, реабилитационной тифлопедагогикой, является известная неупорядоченность категориального аппарата в сфере социальной реабилитации инвалидов по зрению. Вопрос об этом совершенно справедливо поднимался уже давно (А. М. Кондратов, 1991), но сколько-нибудь существенных изменений в ситуации до сих пор фактически не произошло.

Разрешение этой проблемы не может ограничиваться лишь устранением «внутренних» противоречий в понятийной системе, используемой собственно в теории и практике социальной реабилитации слепых и слабовидящих, о чем преимущественно ведется речь. Оно требует и соотнесения категории «социальная реабилитация» с фундаментальными общенаучными категориями, характеризующими социальное развитие и динамику социального статуса человека, и, прежде всего – с категорией «социализация». Это является обязательным не только и не столько в формально-терминологическом плане, т. е. для «технического» согласования категориального аппарата социальной реабилитации инвалидов по зрению с общенаучным – социологическим, психологическим, педагогическим, сколько в методологическом плане – с позиций реализации в сфере социальной реабилитации слепых и слабовидящих базовой для тифлологии идеи о диалектическом единстве общего и специфического в развитии человека в условиях зрительной деривации.

Между тем, подобное упорядочение категориального аппарата социальной реабилитации инвалидов по зрению возможно лишь в русле адекватного концептуального подхода к ней.

В основе такого подхода должно лежать социально-политическое понимание социальной реабилитации инвалидов по зрению, позволяющее дефилировать ее как специфическую деятельность в области социальной политики, предполагающую повышение социальной дееспособности слепых и слабовидящих в сферах труда, быта и культуры за счет комплексного осуществления применительно к ним специальных медицинских, инженерных, психологических и педагогических технологий и имеющую своей целью обеспечение готовности лиц

с глубоким нарушением зрения к реализации нормативного для данных общественно-исторических условий образа жизни.

С этих позиций становится возможным сделать ряд важных выводов, касающихся соотношения социальной реабилитации инвалидов по зрению и их социализации.

Прежде всего, определение цели социальной реабилитации в опоре на категорию «образ жизни», обозначающую устоявшиеся и типичные для конкретного общества формы индивидуальной и групповой жизнедеятельности людей (В. И. Толстых, 1975) фиксирует тот факт, что в качестве объекта социальной реабилитации инвалиды по зрению выступают на трех уровнях социальной организации – на индивидуальном уровне – как личности, на уровне малой социальной группы – именно такие объекты реабилитации являют собой трудовые коллективы, семьи инвалидов по зрению, культурно-досуговые коллективы со слепыми и слабовидящими участниками, и, наконец, на уровне большой социальной группы – как специфическая социальная общность, объединяющая в некое социальное целое всех инвалидов по зрению как представителей особой группы населения страны.

Процесс социализации имеет исключительно индивидуальную сущность, которая раскрывается в контексте становления человека как личности (М. С. Коган, 1974; С. Н. Иконникова, Э. В. Соколов, 1980 и др.). Следовательно, вопрос о соотношении социальной реабилитации и социализации инвалидов по зрению может и должен решаться только в индивидуальном разрезе, применительно к инвалиду по зрению как личности.

Что же касается самого этого соотношения, то понимание социальной реабилитации как специфического направления социальной политики позволяет сделать важный вывод, корректирующий выработанное ранее представление о социальной реабилитации как особой форме социализации личности в условиях глубокой зрительной недостаточности (В. З. Кантор, 1989). Он состоит в том, что в реальности социальная реабилитация и социализация инвалидов по зрению не сводимы друг к другу – они являются процессами, протекающими во взаимопересекающихся плоскостях, и социальная реабилитация слепого или слабовидящего выступает в качестве фактора его социализации, причем действие данного фактора носит целенаправленный характер.

Этот вывод приобретает принципиальное значение, фиксируя важное в теоретико-методологическом плане обстоятельство: если иметь в виду целенаправленное социализирующее влияние на человека, то в норме, как известно, оно осуществляется в рамках системы воспитания; в условиях же зрительной депривации оно должно парал-

тельно оказываться еще и в рамках специфической системы – системы социальной реабилитации. Более того, способствуя социализации при глубоком нарушении зрения, система социальной реабилитации, не отождествляясь с системой воспитания, словно бы «проникает» в нее, в значительной степени опосредует ее, порождая особенности в характере и содержании деятельности соответствующих институтов социализации – дошкольных учреждений, школ, культурно-просветительных учреждений и др. Вместе с тем, в сфере социальной реабилитации инвалидов по зрению закономерно возникают и сугубо специальные институты, выступающие в качестве институтов социализации, в частности, школы восстановления трудоспособности слепых, учебно-производственные предприятия, комплексы социально-трудовой реабилитации и т. п.

При этом система социальной реабилитации инвалидов по зрению категорически неравнозначна системе институтов, на базе которых реализуется данный процесс. В основе понимания системы социальной реабилитации должна лежать концептуальная модель, отражающая сложную – трехмерную – структуру последней, и предполагающая ее рассмотрение, во-первых, в морфологическом (видовом) измерении, в результате чего определяются ее основные направления – социально-трудовая, социально-бытовая и социально-культурная реабилитация, во-вторых, – в стадийно-уровневом (динамическом) измерении, что позволяет разграничить в качестве этапов социальной интеграции первоначальную, элементарную и полную реабилитацию, и, наконец, в-третьих, – в инструментальном (технологическом) измерении, с чем связано различие медицинской, инженерной, психологической и педагогической реабилитации (В. З. Кантор, 1998).

Вместе с тем, в свете сформированного представления о социальной реабилитации как специфическом факторе социализации при глубоком нарушении зрительных функций четко обнаруживается еще одно принципиально важное и в теоретическом, и в прикладном плане обстоятельство. В процессе социализации, – и это является общепризнанным и в социологии, и в социальной психологии, – выделяются три стадии – игровая, охватывающая период жизни человека до начала трудовой деятельности и включающая раннее детство и период обучения, трудовая, связанная с периодом зрелости человека и его активного участия в трудовой деятельности, и послетрудовая, относящаяся к периоду жизни человека, совпадающему с пенсионным возрастом; следовательно, социализирующее воздействие на слепого или слабовидящего в рамках системы социальной реабилитации должно оказываться и на допродуктивной, и на продуктивной, и, наконец, на пост-

продуктивной фазе его жизнедеятельности. Тем самым, с этих позиций становится возможным, с одной стороны, выдвинуть принцип непрерывности социально-реабилитационного сопровождения инвалидов по зрению в качестве ведущего принципа социальной реабилитации и, с другой стороны, методологически обоснованно рассматривать в качестве ее объекта и ребенка, и человека зрелого возраста, и человека пожилого или преклонного возраста, имеющих глубокое нарушение зрения. В то же время, в данном контексте очевидно, что если речь идет о поздноослепшем, то его социально-реабилитационное сопровождение, осуществляемое с момента потери зрения и на всем протяжении его дальнейшей жизни, выступает в качестве фактора ресоциализации.

Таким образом, разрешение вопроса о соотношении социальной реабилитации и социализации инвалидов по зрению и, тем самым, определенное упорядочение категориального аппарата тифтологии в соответствующей его части имеет существенное значение и для теории, и для практики реабилитационной работы со слепыми и слабовидящими.

Приложение 4

В. З. Кантор, А. Ю. Гостев

НАДОМНЫЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПАТРОНАЖ КАК НОВАЯ ФОРМА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ ПО ЗРЕНИЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Важнейшая тенденция, характеризующая в социально-демографическом плане контингент инвалидов по зрению в России, состоит в его старении. О выраженности этой тенденции, неоднократно отмечавшейся в специальной литературе (Справочник активиста ВОС, 1985, 1989; В. З. Кантор, 1988), говорит тот факт, что если в 1965 году в Российской Федерации, как показывает анализ официальных статистических данных (форма 5-ВОС), доля инвалидов по зрению в возрасте старше 60 лет составляла в общем их количестве лишь 32,26%, то к 1995 году устойчиво увеличиваясь, она составила 62,75%.

Преобладание среди инвалидов по зрению лиц пожилого и преклонного возраста весьма типично и для Санкт-Петербурга и Ленинградской области. В 1994-1997 годах, например, их удельный вес в общем массиве проживающих здесь слепых и слабовидящих составлял 69,26% – 70,40%, и лишь в 1998 году произошло некоторое, впрочем, отнюдь не глобальное, снижение показателя – до 60,73%, причем еще предстоит понять, означает ли это снижение начало постепенного из-

менения социально-демографической ситуации внутри контингента инвалидов по зрению Петербурга и области, или, что вероятнее, имеет место некий незакономерный случай.

В подобной ситуации особую актуальность как на федеральном, так и на региональном и местном уровне приобретает проблема эффективного социально-реабилитационного сопровождения инвалидов по зрению пожилого возраста, тем более, что оно является принципиально необходимым и в контексте идеи непрерывного социально-реабилитационного сопровождения слепых и слабовидящих. (Подробнее об этом: см. материал В. З. Кантора в наст. сб.).

Между тем, и в зарубежной, и в отечественной тифлологии, вопросы социальной реабилитации инвалидов по зрению пожилого возраста разработаны по состоянию на сегодня крайне слабо, и должная теоретико-методическая основа для развертывания соответствующей специализированной и целенаправленной социально-реабилитационной деятельности в настоящее время фактически отсутствует.

В связи с этим важное в научно-практическом плане значение имеет определение оптимальных форм такой деятельности.

Как показывает опыт Санкт-Петербургского Комплекса социально-трудовой реабилитации инвалидов (КСТР) «Контакт» Всероссийского общества слепых, одной из таких форм может служить надомный социально-реабилитационный патронаж.

Выбор именно данной формы был обусловлен несколькими принципиальными соображениями.

Первое из них связано с тем, что социальная и предметная среда жизнедеятельности инвалидов по зрению пожилого возраста, и, в частности, ток называемая зона самостоятельности, имеет тенденцию к свертыванию и нередко «сжимается» в конечном итоге до рамок квартиры. Следовательно, именно на базе этого – едва ли не единственно доступного и значимого для инвалида по зрению пожилого возраста – социального и предметного «пространства» и должно, прежде всего, осуществляться его социально-реабилитационное сопровождение.

При этом, во-вторых, совершенно очевидно, что у себя дома, на своей «территории», незрячий пожилой человек чувствует себя максимально уверенно, спокойно и комфортно, и, значит, домашние условия являются наиболее благоприятными в психологическом плане для проведения в отношении него социально-реабилитационной работы.

Наконец, в-третьих, – и данное обстоятельство играет едва ли не определяющую роль – форма надомного социально-реабилитационного патронажа оказывается оптимальной с учетом важного противоречия, характерного для пожилого возраста как фазы социальной ре-

билитации: с одной стороны, здесь закономерно редуцируется (у лиц с большим стажем инвалидности по зрению) или не возникает (у лиц, ставших инвалидами по зрению уже в старости) соответствующая мотивация, ибо пожилому человеку больше не нужно завоевывать или восстанавливать свое место в жизни; с другой стороны, однако, старость и слепота взаимно усиливают, и притом многократно, объективные проблемы, порождаемые друг другом, словно бы «перемножают» их, по причине чего, – что также закономерно, – человек испытывает резко возрастающую потребность в социально-реабилитационной поддержке. Форма же надомного социально-реабилитационного патронажа в значительной мере нейтрализует это противоречие: социально-реабилитационная сущность деятельности, реализуемой в отношении инвалида, в данном случае завуалирована, скрыта от последнего, ибо посещения его реабилитологом воспринимаются им не как мероприятия в рамках некоего реабилитационного курса или цикла, а как акты человеческой помощи, и сам реабилитолог предстает для него в качестве социального работника.

Соответствующая «философия» и определила главный реабилитационно-педагогический принцип надомного социально-реабилитационного патронажа, проводимого в отношении одиноких инвалидов по зрению 1-й и 2-й групп из числа ветеранов КСТР «Контакт». Согласно данному принципу помощь, оказываемая инвалиду социальным работником-реабилитологом, служит формой осуществления реабилитационно-педагогического процесса, что в методическом плане предполагает такую педагогическую инструментовку этой помощи, когда инвалид не просто пассивно принимает ее, а сам посылно включается в совместную с реабилитологом деятельность для реализации своих специфических нужд и потребностей, в ходе и результате чего и становятся возможными – в той или иной степени – преодоление у него установки зависимости и восстановление или совершенствование у него соответствующих практических навыков и умений.

В содержательном аспекте работа строится в русле представлений о морфологической структуре социальной реабилитации (В. З. Кантор, 1998), охватывая в целом все ее направления – социально-трудовую, социально-бытовую и социально-культурную реабилитацию.

Ядром этой работы, однако, закономерно является социально-бытовая реабилитация, ибо именно сфера быта представляет собой наиболее значимую и актуальную для инвалидов по зрению пожилого возраста сферу социальной практики, а возникающие здесь проблемы ощущаются ими непосредственно и особенно остро. Более того, – и

данное обстоятельство, обнаруживающееся изначально на теоретическом уровне, четко фиксирует практика, – применительно к инвалидам по зрению пожилого возраста вообще происходит своего рода «сжатие» видового «поля» социальной реабилитации вокруг социально-бытовой реабилитации, которая «стягивает» на себя и социально-трудовую, социально-культурную реабилитацию, и последние в значительной мере отождествляются с ней.

Что касается социально-трудовой реабилитации, то в своем чистом выражении, т. е. в приложении к некоей профессионально-трудовой деятельности инвалида по зрению, она на онтогенетическом этапе старости уже утрачивает свою актуальность, и потому соответствующая практическая работа реабилитолога, осуществляющего надомный патронаж, здесь носит косвенный характер, заключаясь в информировании ветерана о жизни Комплекса, о проблемах и достижениях бывших коллег и т. п. Это позволяет решить, бесспорно, важную реабилитационную задачу – сохранить или восстановить связь инвалида, пусть и опосредованную, с его трудовым коллективом, но все же очевидно, что социально-трудовая реабилитация инвалидов по зрению пожилого возраста переходит преимущественно в плоскость, связанную с бытовым трудом – домоводством и самообслуживанием.

Аналогичную трансформацию претерпевает и социально-культурная реабилитация. Практические функции социального работника-реабилитолога здесь достаточно многообразны – это и доставка инвалиду книг из спецбиблиотеки, и ознакомление его с наиболее интересными публикациями свежих плоскочечатных журналов, газет, а при необходимости – их переписка рельефно-точечным шрифтом, это, наконец, что принципиально важно, и осуществляемая на данной основе и в данном русле работа по формированию или совершенствованию у инвалида навыков чтения и письма по Брайлю. Особое и весьма примечательное место в подобном ряду занимает тот случай, когда по отношению к одной из подопечных, ранее в течение долгого времени занимавшейся в клубном коллективе художественным словом, реабилитолог выступает в качестве зрителя и слушателя, предоставляя ей тем самым возможность, пусть лишь отчасти и только в таком варианте, восстановить утраченную ею активную социально-ролевую позицию в сфере культуры. Однако как во всех других, так даже и в этом случае речь все же идет лишь о домашних культурных занятиях, относящихся к так называемой повседневной культурной жизни, которая в свою очередь является одним из видов деятельности в сфере быта, и, следовательно, применительно к инвалидам по зрению пожилого возраста социально-культурная реабилитация также по существу сливает-

ся с социально-бытовой. Сама же практическая работа в области собственно социально-бытовой реабилитации инвалидов по зрению пожилого возраста с опорой на форму надомного социально-реабилитационного патронажа основывается на понимании быта и в узком смысле – как домашнего быта, и в более широком смысле, т. е. с учетом всего комплекса социально-бытовых услуг, в пользовании которыми инвалид может испытывать потребность.

Что касается первого, то патронаж предполагает оказание инвалидам индивидуальной помощи в приготовлении пищи, мытье посуды, уборке квартиры и – через это – формирование или совершенствование и закрепление у них соответствующих навыков, – естественно, в доступных для каждого конкретного пожилого слепого или слабовидящего масштабах.

Второй же аспект работы связан с сопровождением инвалида при его передвижении по маршрутам «дом-магазин (аптека)-дом», «дом-поликлиника-дом», «дом-райсобес-дом» и т. п., а также по маршруту «квартира-двор-квартира» для осуществления прогулок. На базе и в процессе этого – опять-таки в реально возможной для каждого конкретного случая степени – корректируются представления инвалида об объектах окружающей предметной среды и их взаиморасположении, актуализируются и оптимизируются его навыки пространственной ориентировки, складывается или восстанавливается умение адекватно и рационально организовывать свое поведение среди других людей в сфере общественного быта.

Таким образом, надомный социально-реабилитационный патронаж является перспективной комплексной формой социально-реабилитационной работы с инвалидами по зрению пожилого возраста.

Учебное издание

Алексеев Олег Леонидович
Алексеева Дина Вячеславовна

**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ**

Компьютерный набор	Д.В. Алексеева
Редактирование	О.Л. Алексеев
Корректурa	Г.П. Калинина
Макетирование	Г.П. Калинина

ОГРНИП 304665927500015

Подписано в печать 04.06.07 Формат 60 x 84 1/16 Бумага для множ. ап.
Гарнитура Times New Roman. Печать на ризографе. Усл. печ. л. 5,9 п.л.
Тираж 250 экз. Заказ 786.

ИП Калинина Галина Павловна
620026, г. Екатеринбург, а/я 728
E-mail: unicum @ sky. ru

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии АМБ
Адрес: 620144, г. Екатеринбург, ул. Фрунзе, д. 96.