

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ БГУ

Кафедра реабилитологии

**Л. П. Васильева,
К. Э. Зборовский**

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

**ПРОФОРИЕНТАЦИЯ И ОТБОР
НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ
ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

Минск
ГИУСТ БГУ
2012

УДК 364-786

ББК 65.272

В19

Рекомендовано кафедрой реабилитологии Государственного
института управления и социальных технологий БГУ

Рецензенты:

кандидат медицинских наук, доцент *О. В. Лисковский*;

кандидат медицинских наук, доцент *Е. В. Шиверская*

Васильева, Л. П.

В19 Профессиональная реабилитация: профориентация и отбор на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями / Л. П. Васильева, К. Э. Зборовский. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2012. – 124 с.

ISBN 978-985-491-078-9.

В монографии рассмотрена структура профессиональной реабилитации инвалидов. Приведены критерии и технология оценки профессиональной пригодности лиц с ограниченными возможностями. Используются результаты многолетних исследований в области медико-профессиональной и профессиональной реабилитации, профориентации, профподбора и профотбора инвалидов, проведенных в рамках ГНТП «Реабилитация» на базе НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации, спецшкол, центров реабилитации и школ-интернатов для детей-инвалидов.

Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности «Социальная работа», а также социальных работников, психологов, дефектологов, педагогов, врачей-реабилитологов.

УДК 364-786

ББК 65.272

ISBN 978-985-491-078-9

© Васильева Л. П., Зборовский К. Э., 2012

© ГИУСТ БГУ, 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1. Профессиональная реабилитация инвалидов: правовые и организационные основы	7
1.1. Понятие, цель и сущность профессиональной реабилитации	7
1.2. Профессиональная ориентация инвалидов.....	12
1.3. Профессиональное обучение инвалидов.....	15
ГЛАВА 2. Медико-профессиональный аспект профессиональной реабилитации инвалидов. Основные концептуальные положения.	27
2.1. Правовые и организационные основы медико- профессионального аспекта профессиональной реабилитации инвалидов	35
2.2. Цели и задачи, основные принципы медико- профессионального аспекта профессиональной реабилитации инвалидов	37
2.3. Организационная структура медико- профессионального аспекта профессиональной реабилитации инвалидов	42
2.4. Структурные элементы медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации	43
2.5. Законодательное регулирование и организация специального образования в Республике Беларусь... ..	46
2.6. Приоритетные направления развития и совершенствования медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации инвалидов	47
ГЛАВА 3. Медико-профессиональный аспект профессиональной реабилитации детей-инвалидов и детей с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья: статистика, основные принципы и важные направления работы	49

ГЛАВА 4. Эффективная технология медико-профессиональной реабилитации детей-инвалидов как мера их социальной защиты в современных условиях	57
4.1. Разработка и апробация технологии комплексной МПР детей-инвалидов	57
4.2. Оценка эффективности технологии комплексной МПР детей-инвалидов	63
ГЛАВА 5. Профориентационное направление в профессиональной реабилитации подростков-инвалидов	67
5.1. Медико-профессиональное консультирование школьников с нарушениями здоровья на этапе выбора профессии	69
5.2. Критерии оценки профпригодности и подбора профессии для профессионального обучения подростков-инвалидов	73
5.3. Рекомендации по методике профессионального отбора инвалидов на профессиональное обучение	76
5.4. Профессиональная диагностика на этапе профотбора	79
5.5. Анализ результатов профориентационных исследований	83
ГЛАВА 6. Социально значимые критерии и технологический инструментарий, используемые при оценке ограничений жизнедеятельности, профотборе и подборе профессий для профессионального обучения инвалидов	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	91
ЛИТЕРАТУРА	95
ПРИЛОЖЕНИЯ	103

ПРЕДИСЛОВИЕ

«Патологическая пораженность большей части молодого населения республики функционально связана с действующими социально-гигиеническими, медико-биологическими, психологическими факторами, которые могут способствовать хронизации заболеваний, распространенности морфо-функциональных расстройств, ограничивающих профессиональную пригодность молодых людей и снижающих годность юношей к прохождению воинской службы. В то время как именно эта часть населения определяет экономический потенциал республики и прогностический показатель воспроизводства населения на ближайшее время, формирует будущие трудовые и интеллектуальные ресурсы народного хозяйства» [19, с. 174]. В этой связи своевременной и актуальной является разработка и организация новых структур, форм, направлений, технологий профессиональной и социальной реабилитации, направленных на оказание квалифицированной социо-медико-психологической, профориентационной и социальной помощи молодежи, имеющей стойкие нарушения здоровья, которые привели или могут привести к инвалидности в будущем.

Целью настоящего исследования является изучение феномена профессиональной реабилитации лиц с ограничениями здоровья, научно-методической и технологической обеспеченности его важных направлений и организационных форм для использования их на практике.

Объектом данного исследования являются подростки-инвалиды, лица молодого возраста с ограниченными возможностями.

Предмет исследования – профессиональная реабилитация лиц с ограниченными возможностями и ее основные направления: профессиональная ориентация, профессиональный отбор и профессиональный подбор.

В последние годы в Республике Беларусь и на постсоветском пространстве проблема медико-социальной реабилитации инвалидов и ее основных аспектов достаточно широко изучается [17, 34, 36, 42, 51, 55, 57, 66, 69]. Однако в реализации такого важного ее направления, как профессиональная реабилитация подростков и лиц молодого возраста с нарушениями функционирования, много нерешенных проблем. В частности, нет четко обозначенных критериев оценки профпригодности данной категории молодежи, единой методики проведения профподбора, установленных стандартов профессионального диагностического обследования и т. д. В данной монографии представлены основные концептуальные положения, во-

шедшие в фундамент Концепции медико-социальной реабилитации (ее медицинского, медико-профессионального и профессионального аспектов), в разработке которой принимали активное участие авторы монографии. В книге излагаются современные подходы к профессиональному консультированию лиц с ограниченными возможностями. Сформулированы медико-социальные критерии оценки профессиональной пригодности подростков и лиц молодого возраста с ограничениями здоровья, включающие медицинский, физиологический, психологический, профессиографический и социальный блоки. Представлена методика проведения профподбора, профотбора, профессиональной и социальной диагностики данной категории лиц. Результаты научных исследований и методических разработок авторов, представленные в монографии, посвящены актуальным аспектам проблемы профессиональной реабилитации, профориентации, оценки и формирования профпригодности подростков-инвалидов и молодых лиц с ограниченными возможностями. Обозначена важность данного направления как одного из значимых в системе социальной работы с гражданами, имеющими стойкие нарушения здоровья. Определены роль, алгоритм действий, диагностическая база специалистов по социальной работе в структурах, реализующих разные аспекты медико-социальной и профессиональной реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности.

Монографическое исследование является результатом многолетней научно-исследовательской работы авторов, проведенной в лаборатории медико-социальных проблем детей-инвалидов БелНИИЭТИН. В этой лаборатории также работали и внесли значительный вклад в развитие данного направления многие известные специалисты (Т.С. Шуплецова, Е.В. Шульга, А.Л. Пушкарев, Ю.И. Гарус, А.П. Потеенко, Т.Н. Бузенкова, А.М. Бокач, Ю.Н. Молотков и др.). Авторы выражают им благодарность за результаты труда, которые нашли свое применение в некоторых разделах данной работы. Данное исследование призвано внести свой вклад в разработку теоретических и практических аспектов комплексной и сложной проблемы профессиональной реабилитации молодых лиц с ограниченными возможностями в сфере профобучения и труда. Подбор и освоение современной, востребованной на рынке труда профессии, соответствующей интересам и возможностям молодых людей с ограничениями жизнедеятельности, открывает им путь к активной жизни, профессиональной карьере. Именно это является социально значимым результатом реабилитационных мероприятий и эффективной мерой профилактики, способной предотвратить усугубление признаков социальной недостаточности инвалидов и больных.

ГЛАВА 1. Профессиональная реабилитация инвалидов: правовые и организационные основы

1.1. Понятие, цель и сущность профессиональной реабилитации

Успешное включение инвалида в нормальную жизнь и социальную среду во многом зависит от возможностей его профессионально-трудовой интеграции.

Профессиональная ориентация и профессиональный подбор профессий для профессионального обучения и последующего трудоустройства молодежи с ограниченными возможностями являются важной частью профессиональной реабилитации.

Профессиональная реабилитация инвалидов реализуется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. № 422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» [1] (далее – *Закон*). Данный Закон направлен на определение правовых и организационных основ предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов в целях предотвращения случаев возникновения инвалидности, улучшения качества жизни инвалидов, их социальной адаптации и интеграции в общество, а также восстановления или компенсации нарушенных или утраченных функций организма и имеющихся ограничений жизнедеятельности инвалидов в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями.

Как определено в Законе, *профессиональная реабилитация* инвалидов – комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление трудоспособности, включающий профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации инвалидов.

Следующий за профессиональным этап *трудовой реабилитации* инвалидов предполагает осуществление комплекса мероприятий, направленных на предоставление инвалидам возможностей получения и (или) сохранения подходящей для них работы, включающих адаптацию к трудовой деятельности и трудоустройство инвалидов.

Таким образом, под *профессиональной реабилитацией* понимается система комплексных, разноплановых мер, предоставляющих инвалиду возможность получить доступную для него профессию и рабочее место, продвигаться по служебной и карьерной

лестнице, способствуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции [1, 2]. Данный комплекс реабилитационных воздействий направлен на обеспечение конкурентоспособности инвалида на современном рынке труда и предусматривает полное или частичное восстановление сниженной или потерянной профессиональной трудоспособности посредством системы мероприятий по профессиональной ориентации, профобучению, переобучению [1].

Важное значение профессиональной реабилитации определяется тем, что она призвана закрепить и упрочить достижения медицинской реабилитации и тем, что, готовя инвалида к этапу трудовой реабилитации, она способствует его наиболее полноценному вхождению инвалида в пространство современного рынка труда.

Целью профессиональной реабилитации является приобретение инвалидом профессии и такого уровня профессиональной подготовки, которые позволили бы ему быть конкурентоспособным на свободном рынке труда и обеспечили рациональное трудоустройство в соответствии с приобретенными профессиональными навыками и психофизиологическими возможностями.

По отношению к детям-инвалидам профессиональную реабилитацию можно рассматривать как процесс поэтапного формирования у них будущей профессиональной успешности, сущность которого заключается в *формировании профессиональной пригодности*.

«Профессиональная пригодность определяется совокупностью особенностей человека, влияющих на успешность освоения определенной трудовой деятельности и эффективность ее выполнения» [44, с. 12]. Профессиональная пригодность человека к тому или иному виду труда зависит от степени соответствия требований профессии состоянию здоровья, психофизиологическим возможностям, психологическим особенностям человека, структуре и качеству сформированных профессиональных знаний, навыков, умений.

Осуществление процесса *формирования профпригодности* начинается в дошкольном возрасте и продолжается на протяжении всего периода обучения в школе, в учреждениях профессионального образования, на рабочем месте. Для успешного, целенаправленного и поступательного осуществления этого процесса необходимо в каждом конкретном случае выявлять уровень развития (и отставания в развитии) профессионально важных функ-

ций и качеств учащегося, подбирать методы и средства, интенсифицирующие их развитие путем целенаправленной тренировки, а также проводить психолого-педагогические и профориентационные мероприятия для осуществления ими адекватного профессионального выбора. Следует помнить, что процесс формирования профессиональной пригодности продолжается в течение всей жизни человека – на этапе обучения в школе, в ходе профессионального обучения, профессиональной адаптации, профессиональной деятельности [43, с. 47; 44, с. 14–15; 54, с. 100–156]. Своевременное и адекватное возможностям формирование профессиональной пригодности молодых инвалидов, базирующееся на их активной жизненной позиции, существенно повышает их шансы в конкурентной борьбе за современную и востребованную профессию и достойное место на рынке труда.

Весьма плодотворной является идея о развитии системы непрерывного профессионального образования инвалидов: школа – колледж – вуз – послевузовская подготовка и переподготовка [73].

Значимость профессиональной реабилитации (во всех ее видах и формах) для детей-инвалидов иллюстрируют следующие статистические данные [19, с. 175; 20, с. 9].

Как видно из рис. 1, важными базовыми составляющими профессиональной реабилитации являются *экспертиза профессиональной пригодности, профессиональная ориентация и профессиональное обучение*.

Экспертиза профессиональной пригодности представляет собой специализированную процедуру определения реальных и потенциальных профессиональных возможностей инвалида выполнять определенную трудовую деятельность должного уровня эффективности с возможностью квалификационного роста.

Профессиональное обучение инвалидов является неотъемлемой составной частью системы образования Республики Беларусь. В то же время, своевременно и грамотно проведенная профессиональная ориентация, включая все ее виды и формы (профессиональная информация, профессиональная диагностика, профессиональное консультирование, экспертиза профпригодности, профессиональный подбор и/или отбор) позволят сделать профессиональное обучение для молодых инвалидов более доступным, эффективным, что будет способствовать вовлечению людей с ограничениями в трудовую жизнь и в общество в целом.

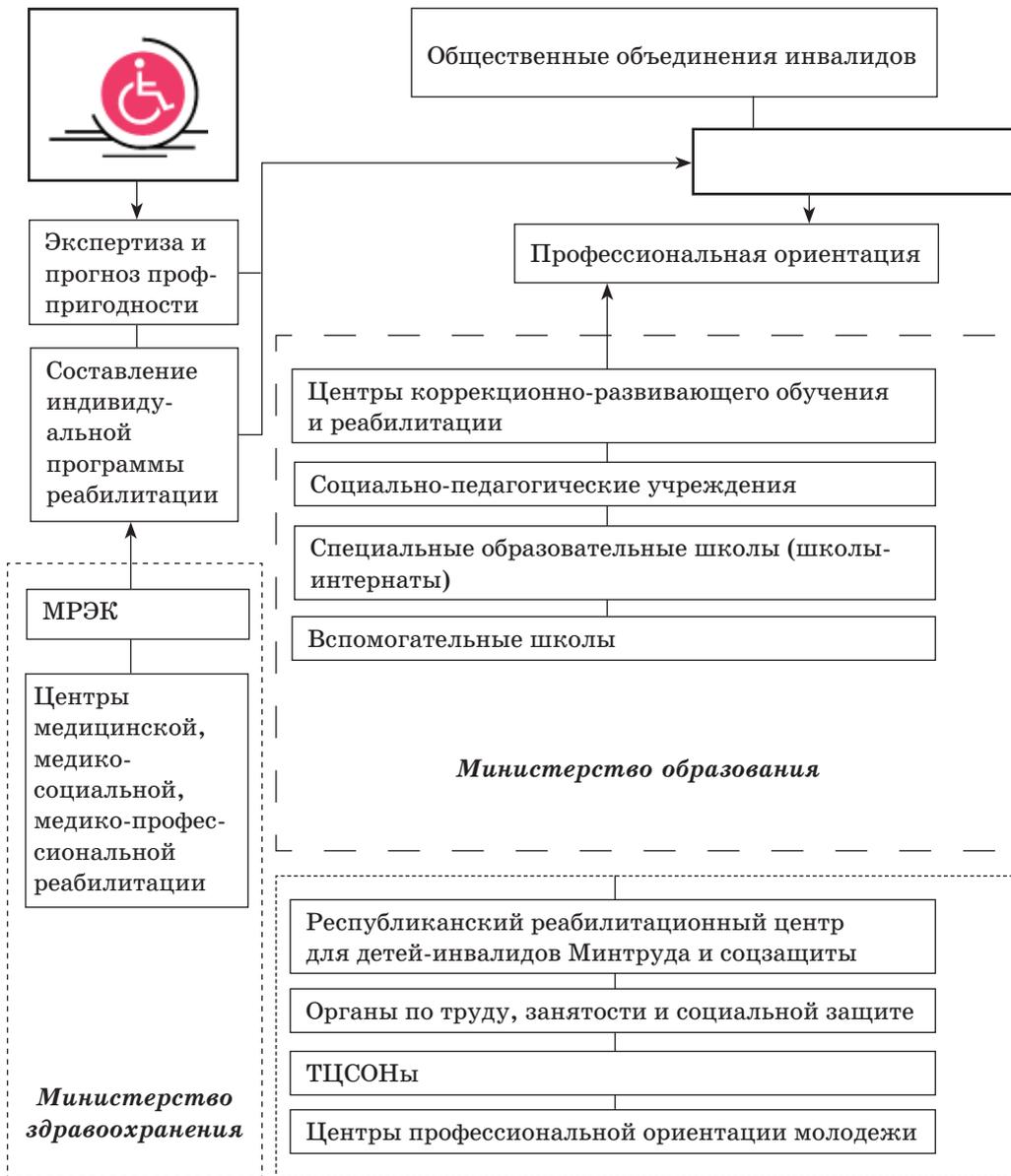


Рис. 1. Схема организации профессиональной реабилитации инвалидов в Республике Беларусь

Организации
(учреждения)

Наниматели

УПП, УПК,
учебные курсы

Профессиональная реабилитация

Профессиональное образование, профессиональная подготовка,
переподготовка, повышение квалификации

Центры коррекционно-развивающего обучения
и реабилитации

Пункты коррекционно-педагогической помощи

Специальные образовательные школы (школы-интернаты)

Вспомогательные школы

Специальные интегрированные группы

Центры профессиональной и социальной реабилитации
в учреждениях профтехобразования

Средние специальные и высшие учебные заведения

Дома-интернаты Минтруда и соцзащиты

Республиканский институт повышения квалификации
Минтруда и соцзащиты

Учебный центр РУП БелПОВЦ

Министерство труда и социальной защиты

Трудоустройство и профессиональная адаптация

1.2. Профессиональная ориентация инвалидов

Профессиональная ориентация – комплекс научно обоснованных медико-физиологических, психолого-педагогических, социально-экономических, организационных мероприятий, направленных на формирование профессиональной пригодности, профессионального самоопределения, соответствующего индивидуальным возможностям, особенностям каждой личности и запросам общества и рынка труда.

Профессиональная ориентация призвана решать следующие задачи:

- *информационную* (профинформация, профпросвещение, профреклама);
- *диагностическую* (профессиональная диагностика состояния профессионально значимых функций и профессионально важных психологических качеств, профессиональных интересов, склонностей и т. д.);
- *консультативную* (профессиональное консультирование по всему кругу профориентационных вопросов);
- *реабилитационного сопровождения* (обеспечение медико-социально-психологического и профориентационного сопровождения всех этапов профессионального становления инвалида).

Профессиональная ориентация инвалидов включает в себя:

- анализ медицинского, психологического, образовательного, профессионального и социального уровней инвалидов и их возможного развития;
- профессиональную информацию и консультацию;
- профессиональный подбор.

Комитет по труду, занятости и социальной защите Минского городского исполнительного комитета, управления (отделы) по труду, занятости и социальной защите городских, районных исполнительных комитетов в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида обеспечивают инвалидам оказание услуг по профессиональной ориентации в целях определения их возможностей для профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации и последующей занятости с учетом их склонностей, а также потребностей рынка труда (ст. 28 Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов»).

Профессиональная ориентация проводится с целью определения способности инвалида к профессиональному обучению с

учетом состояния его здоровья, психофизиологических возможностей, психологических особенностей, способностей, интересов и склонностей, оказания содействия в профессиональном самоопределении, практической помощи в подборе доступной профессии для профессионального обучения и трудоустройства. Кроме того, профориентация включает и коррекционно-развивающее направление – оказание медико-социально-психологической помощи оптанту (реабилитанту) в преодолении трудностей в обучении (в том числе профессиональном). Эти трудности могут быть связаны со сложностями социально-психологической адаптации в социуме, приспособлении, привыкании к учебному режиму и учебным нагрузкам. Коррекционные мероприятия должны быть направлены на оптимизацию субъективных, личностных факторов, препятствующих эффективному профессиональному обучению, формированию профессиональной и социальной компетентности.

В ходе проведения профессиональной ориентации предусматривается вынесение рекомендаций (в случае необходимости) по оснащению процесса обучения специальными техническими реабилитационными средствами, созданию специального рабочего места (приспособление рабочего места в соответствии с анатомическими и функциональными особенностями организма конкретного индивида), возможному оснащению рабочего места вспомогательными приспособлениями, инструментарием и оборудованием. Кроме того выносятся рекомендации по режиму обучения и труда, перечню противопоказанных факторов производственной среды и трудового процесса, определение доступных и показанных условий обучения и труда, включая надомные условия.

Основными причинами, затрудняющими профессиональное самоопределение инвалидов, являются [33, с. 58]:

- недостаточная активность реабилитанта, отсутствие у него активной жизненной позиции;
- несформированность общесоциальных мотивов к трудовой деятельности;
- недостаточная информированность об имеющихся профессиях и соответствующих им условиях труда;
- незнание требований профессии к здоровью, психофизиологическим возможностям и психологическим особенностям человека;
- ошибочные представления о собственных профессиональных возможностях, завышенная или заниженная самооценка.

В современных социально-экономических условиях постоянно возрастает роль *информационного сопровождения* профориентационной работы. Всем инвалидам, а также их близкому окружению (родственникам или опекунам), должна быть доступна информация, касающаяся учреждений профессионального образования, специального профессионального образования, о перечне профессий и специальностей для профессионального обучения инвалидов на базе птузов, ссузов, вузов, о наличии в них спецгрупп для обучения инвалидов, нуждающихся в спецусловиях для профессионального обучения; о перечнях вакантных должностей. Для них важна и должна быть доступна информация об условиях и содержании труда по конкретной профессии (профессиограммах); о режиме и формах организации работы на том или ином предприятии; о необходимом уровне образования и профессиональной подготовленности; о зарплате; об имеющихся услугах и программах обеспечения занятости. При этом информация должна быть представлена в форме, доступной для каждой категории лиц, имеющих психические и (или) соматические нарушения.

Научно обоснованный, адекватный возможностям оптанта подбор профессий для профессионального обучения должен учитывать ряд *аспектов*:

- *медицинский* (определение медицинских показаний и противопоказаний к предстоящей профессиональной деятельности, доступных инвалиду характера, условий, режима и формы организации труда);

- *психофизиологический* (психофизиологическая оценка пригодности инвалида к выполнению работ по профессии, уровень развития профессионально значимых функций и их соответствие требованиям профессии, степень и возможности участия дефектной функции в труде);

- *психологический* (соответствие психологических особенностей и профессионально важных качеств оптанта, его профессиональных интересов и склонностей требованиям профессии, мотивационная готовность к приобретению данной профессии);

- *профессиографический* (профессиографический анализ подбираемых профессий, состав работ в рамках профессии, условия труда, противопоказания, место и востребованность профессии на современном рынке труда, возможность трудоустройства);

- *технический* (определение показаний к обеспечению инвалида необходимым техническими реабилитационными средствами к профессиональному обучению и профессиональной дея-

тельности, а также эргономически грамотной организации рабочего места);

- *социальный* (учет факторов, характеризующих образовательный уровень, семейно-средовое окружение, экономическое положение семьи, жилищные условия, способ передвижения);

- *этический* [75].

При проведении профподбора должны соблюдаться следующие *основные требования*:

- безвредность и безопасность профессий и условий труда для здоровья, по возможности способствование восстановлению или компенсации нарушенных функций ;

- пригодность инвалида к труду в рамках рекомендуемых профессий (способность инвалида качественно, эффективно, в возможно полном объеме без ущерба для здоровья выполнять должностные и функциональные обязанности, иметь перспективы для квалификационного роста, а также быть конкурентоспособным в данных профессиях на рынке труда);

- соответствие профессии профессиональным интересам, склонностям и притязаниям инвалида;

- наиболее полное соответствие рекомендуемых профессий уровню и качеству общеобразовательной и профессиональной подготовки инвалида, его профессиональному опыту и знаниям (если таковые имеются), сформировавшемуся рабочему динамическому стереотипу;

- наличие реальной возможности трудоустройства инвалида по данной профессии.

1.3. Профессиональное обучение инвалидов

Образование инвалидов является частью системы общего (массового) и профессионального образования республики, которое за последнее десятилетие претерпело значительные изменения в силу новых социально-экономических и социально-политических условий, приобретая новые формы и наполнившись новым содержанием. Современные правовые, экономические, организационные и социальные основы образования лиц с ограниченными возможностями (специального образования) закреплены Законом Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического здоровья (специальном образовании)», принятом в мае 2004 г. [13].

Профессиональное обучение может осуществляться путем получения *профессионального образования* и путем *профессио-*

нальной подготовки, которая (в отличие от профессионального образования) является более кратковременным процессом и обеспечивает приобретение специальных знаний, умений и навыков, позволяющих выполнять работу в определенной области деятельности.

В силу предписаний ст. 30 Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» [1] профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации инвалидов, в том числе зарегистрированных в качестве безработных в комитете по труду, занятости и социальной защите Минского городского исполнительного комитета, управлениях (отделах) по труду, занятости и социальной защите городских, районных исполнительных комитетов, могут осуществляться в учреждениях образования и иных организациях в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь. Переподготовка и повышение квалификации специалистов со средним специальным и высшим образованием, имеющих инвалидность, могут осуществляться в учреждениях, обеспечивающих получение среднего специального и высшего образования, а также в учреждениях (их подразделениях), обеспечивающих повышение квалификации и переподготовку кадров.

1.3.1. Право инвалидов на получение образования

Право инвалидов на получение базового и профессионального образования, выбор ими или их опекунами или представителями учебного заведения и создание необходимых условий (включая бесплатную специализированную медицинскую, дефектологическую и психологическую помощь) для получения образования и профессиональной подготовки *гарантируется государством* [1, 13]. При этом во внимание принимаются состояние здоровья и познавательные возможности инвалидов, а также адекватность среды обучения состоянию здоровья [13].

Получение образования инвалидами регулируется законодательными и нормативными документами (в том числе образовательными программами, учебными планами и т. п.), с одной стороны, и индивидуальной программой реабилитации инвалида (ИПРИ), с другой.

В соответствии со ст. 23 Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» ИПРИ состоит из 3 разделов:

- программы медицинской реабилитации;
- программы профессиональной и трудовой реабилитации;
- программы социальной реабилитации.

ИПРИ заполняется по форме, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 февраля 2009 г. № 10 «Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида» [56, с. 77], в соответствии с которой в п. 2 «Профессиональная и трудовая реабилитация» в качестве обязательных установлены:

- нуждаемость в трудоустройстве по трудовым рекомендациям МРЭК в профессии;
- нуждаемость в профессиональном обучении, переобучении и (или) переподготовке, в том числе по направлению органов по труду, занятости и социальной защите (в учебном заведении, по месту работы);
 - нуждаемость в организации режима работы;
 - нуждаемость в адаптации к трудовой деятельности;
 - нуждаемость в исключении воздействий неблагоприятных производственных факторов;
 - нуждаемость инвалида в оснащении рабочего места специальными приспособлениями для осуществления работы по трудовым рекомендациям МРЭК.

Таким образом, в данном документе должны быть обозначены все индивидуальные потребности инвалида, связанные с получением профессионального образования и последующим трудоустройством, а также показания и противопоказания к обучению и труду.

1.3.2. Виды и формы образования, предоставляемые инвалидам

Право инвалидов на получение образования заключается в предоставлении им следующих *видов образования бесплатно*:

дошкольное воспитание и образование; общее базовое образование; общее среднее образование; профессионально-техническое образование; внешкольное воспитание и образование; дополнительное образование детей и молодежи; дополнительное образование взрослых (за исключением переподготовки руководящих работников и специалистов);

предоставляемых *на конкурсной основе*: бесплатное среднее специальное образование; бесплатное высшее образование; послевузовское образование; дополнительное образование взрослых в сфере переподготовки руководящих работников и специалистов.

Допускается сочетание различных форм получения образования и профессиональной подготовки, а также обучение по адаптированным индивидуальным учебным планам и программам.

Обучение и воспитание инвалидов может осуществляться:

- 1) в учреждениях образования общего типа;
- 2) в учреждениях, обеспечивающих получение специального образования:

- а) в специальных учреждениях образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью (вспомогательные школы), нарушением слуха, нарушениями речи, зрения, психического развития (трудностями в обучении), нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, тяжёлыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями;

- б) в учреждениях образования общего типа, создавших условия для получения образования инвалидами;

- в) на дому;

- 3) в условиях организаций здравоохранения (стационарные лечебно-профилактические или реабилитационные учреждения, санаторно-курортные или оздоровительные организации);

- 4) в условиях учреждений социального обслуживания.

Ниже приведена табл. 1 с перечнем учреждений, предоставляющих образовательные услуги разного уровня образования детям-инвалидам и детям с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья.

В образовательном процессе лиц с ограниченными возможностями используются следующие *формы организации* обучения:

- а) индивидуальное обучение;

- б) групповое обучение: в интегрированных (совместных) группах; в специальных группах.

Сроки обучения и воспитания детей-инвалидов зависят от возраста, состояния здоровья, психофизических особенностей (характера и степени выраженности, физических и /или психических нарушений), возможностей освоения ими учебной программы, уровня получаемого образования и регламентируются учебными планами Министерства образования Республики Беларусь [13]. При необходимости такие учащиеся могут переводиться на облегченный (щадящий) режим обучения – дополнительный выходной день, освобождение от занятий по некоторым предметам, сокращение сроков обучения [9].

Особую роль в формировании профессиональной пригодности и в успешной интеграции детей-инвалидов в общество, развития у них интереса к труду и творчеству, коррекции отстающих в развитии функций играет внешкольное воспитание и образование.

Таблица 1

Организации (учреждения), предоставляющие образовательные услуги (в зависимости от уровня образования) детям с ограничениями жизнедеятельности

Уровень образования	Организации (учреждения), предоставляющие образовательные услуги
Дошкольное образование	Республиканский центр реабилитации детей дошкольного возраста с нарушением слуха Специальные дошкольные учреждения Специальные детские дома Специальные группы детских дошкольных учреждений Интегрированные группы детских дошкольных учреждений Пункты коррекционно-педагогической помощи
Общее среднее образование	Специальные школы-интернаты Специальные школы Центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРО) Специальные классы на базе общеобразовательных школ Классы интегрированного обучения на базе общеобразовательных школ Пункты коррекционно-педагогической помощи
Профессионально-техническое образование	Специальные отделения, группы учреждений профессионально-технического образования Интегрированные группы учреждений профессионально-технического образования

Общей тенденцией является *смещение акцентов со специального образования к образованию интегрированному* (совместному). Количество специальных групп (классов) в республике сократилось, а интегрированных – увеличилось, особенно интенсивно происходит сокращение числа специальных классов и, соответственно, рост числа интегрированных классов при дневных общеобразовательных школах.

1.3.3. Обучение на дому

С целью максимально возможного преодоления изоляции обучающихся, их социализации, формирования навыков общения, расширения социальных контактов обучение на дому может организовываться в *следующих формах*:

- индивидуальное обучение в условиях семьи;
- индивидуальное обучение в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР);
- комбинированное обучение в условиях семьи и учреждения образования [5].

Перечень медицинских показаний для обучения и воспитания учащихся на дому приведен в Приложении к постановлению «О порядке организации образовательного процесса для больных детей, детей-инвалидов и детей с особенностями психофизического развития на дому, в условиях стационарного лечебного учреждения» [4] и в Приложении к Инструкции «О порядке организации обучения на дому и в условиях организаций здравоохранения лиц с особенностями психофизического развития» [3].

Учреждение образования, осуществляющее обучение на дому, должно организовать *психолого-педагогическое сопровождение* процесса обучения на дому, которое предполагает [3]:

- оценку социальной ситуации развития;
- разработку рекомендаций по максимальному приспособлению среды жизнедеятельности к особенностям развития обучающегося;
- анализ эффективности и, в случае необходимости, внесение изменений в индивидуальные программы сопровождения;
- мониторинг успешности протекания процессов обучения и развития;
- организацию социального взаимодействия обучающихся.

При организации образования на дому учреждение образования обязано обеспечить обучающихся детей учебниками, учебными пособиями и иными учебными изданиями и по возможности необходимыми приспособлениями для обучения.

1.3.4. Специальное образование

Специальное образование детей-инвалидов и детей с особенностями психофизического развития осуществляется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 18 мая 2004 г. № 285-З «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» [13].

Как обозначено в вышеназванном Законе, *цели специального образования* реализуются по трем направлениям:

- образование (обеспечение доступности образования и создание для этого специальных условий);
- коррекционная помощь;
- социальная адаптация и интеграция в общество (в том числе приобретение навыков самообслуживания, подготовка к трудовой и профессиональной деятельности, семейной жизни).

Структура специального образования определяется структурой основного образования и включает следующие *уровни*: дошкольное образование; общее базовое и общее среднее образование; профессионально-техническое образование; среднее специальное, высшее и послевузовское образование. Специальное образование может также осуществляться при получении дополнительного образования, в том числе внешкольного воспитания и обучения, повышения квалификации и переподготовки кадров [13].

В качестве *специальных условий* квалифицируются:

- а) дистанционное обучение с использованием информационных и коммуникационных технологий;
- б) дополнительная коррекционно-педагогическая помощь, направленная на исправление либо преодоление физических и (или) психических нарушений;
- в) использование вспомогательных средств и оборудования:
 - тифлотехнических средств (например, аудиосредств, рельефно-точечной системы Брайля для незрячих (слепых) и пособий, изданных увеличенным шрифтом для лиц с нарушениями зрения);
 - звукоусиливающей аппаратуры коллективного и индивидуального пользования, сурдоперевода, визуальных средств для лиц с нарушениями слуха;
 - системы обучения легкому пониманию языка для лиц с интеллектуальными недостатками;
 - современных технических средств общения для лиц с дефектами речи.

К специальным учреждениям образования относятся: специальные дошкольные учреждения; специальные общеобразовательные школы (школы-интернаты); вспомогательные школы (школы-интернаты); центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРО и Р); иные специальные учреждения образования.

В зависимости от физических и (или) психических нарушений специальные учреждения образования создаются для лиц: с

интеллектуальной недостаточностью; с нарушениями речи; с нарушением слуха; с нарушениями зрения; с нарушениями психического развития (трудностями в обучении); с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Специальные учреждения образования могут быть государственными и частными.

На современном этапе развития специального образования особый акцент в обучении инвалидов сделан на предоставление им возможности получения *профессионально-технического образования*. На сегодняшний день из всех видов учреждений образования, позволяющих приобрести профессиональные знания, умения, навыки и квалификацию, именно птузы являются наиболее доступными и востребованными для инвалидов. Именно на базе птузов создаются центры профессиональной и социальной реабилитации инвалидов. Например, при помощи кафедры реабилитологии ГИУСТ БГУ такой центр профессиональной и социальной реабилитации инвалидов создан на базе Минского государственного профессионально-технического колледжа электроники.

За последние годы увеличилось число детей-инвалидов, обучающихся в профессионально-технических учреждениях, и возросло число детей-инвалидов, обучающихся на дневных отделениях учреждений, обеспечивающих получение среднего специального образования. При этом преимущественное число детей-инвалидов обучается в учреждениях образования государственной формы собственности.

Большое значение в системе специального образования имеет организация профессионального обучения лиц с нарушениями интеллекта, так как их доля среди подростков с ограниченными возможностями стабильно высока [20, с. 9; 22, с 13].

Прием в учреждение, обеспечивающее получение профессионально-технического образования по конкретной учебной специальности (профессии), осуществляется при отсутствии медицинских противопоказаний и противопоказаний к работе по соответствующей специальности (профессии) [6].

По итогам реализации Государственной программы развития профессионально-технического образования, рассчитанной на 2006–2010 гг. [7] в учебных учреждениях профобразования должны быть созданы *центры профессиональной и социальной реабилитации*, специальные отделения (группы) для обучения лиц с особенностями психофизического развития и инвалидов.

Профессиональное образование инвалидов осуществляется в интегрированных группах среди здоровых сверстников в учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического образования, и в спецгруппах для лиц, имеющих выраженные функциональные нарушения, требующие специальной организации образовательного процесса. В соответствии с Законом «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» для отдельных категорий инвалидов с выраженными нарушениями жизнедеятельности возможна организация профессионально-технического образования или профессиональной подготовки в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания. По отдельным учебным специальностям (профессиям) профессионально-техническое образование или профессиональная подготовка инвалидов могут осуществляться на дому [13].

Образовательный и коррекционно-реабилитационный процесс в учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического образования, осуществляются в соответствии с рабочими планами, учебными программами и индивидуальными программами реабилитации. В соответствии с особенностями развития разных категорий учащихся в систему коррекционно-воспитательной работы вводятся специальные занятия по воспитанию необходимого уровня жизненной компетентности и физической подготовленности к профессиональной деятельности. Учебные заведения профтехобразования также обеспечивают патронаж лиц с особенностями психофизического развития в течение двух лет после его окончания для оказания помощи и поддержки выпускников учебных заведений профтехобразования на начальном этапе их трудовой деятельности.

Профессионально-техническое образование или профессиональная подготовка на дому организуется по учебным специальностям (профессиям), осуществляются в соответствии с перечнем учебных специальностей (профессий), определяемым совместно Министерством образования Республики Беларусь, Министерством здравоохранения Республики Беларусь, Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь [13]. Профессионально-техническое образование или профессиональная подготовка на дому осуществляется при возможности обеспечения обучающегося необходимыми средствами обучения (материалами, инструментами, оборудованием, механическими и электронно-вычислительными машинами и др.).

1.3.5. Льготы, предоставляемые инвалидам в сфере образования

В нормативных правовых документах также определен ряд льгот и преференций в сфере образования, призванных содействовать реализации прав инвалидов на образование и профессиональную подготовку.

Так, в учреждения, обеспечивающие получение профессионально-технического образования по конкретным учебным специальностям (профессиям), вне конкурса (а при проведении вступительных испытаний – при получении положительных оценок) зачисляются дети-инвалиды, инвалиды I и II группы. Преимущественное право (при иных равных условиях) при зачислении в учреждения, обеспечивающие получение профессионально-технического образования, имеют инвалиды III группы.

Инвалиды имеют преимущественное право на зачисление в средние специальные и высшие учебные заведения при равном общем количестве баллов.

Инвалиды I и II группы, имеющие общее среднее образование, профессионально-техническое образование с общим средним образованием либо среднее специальное образование, при отсутствии медицинских противопоказаний для обучения по выбранной специальности имеют право участвовать в конкурсе на заочную или вечернюю форму получения высшего образования за счет средств государственного бюджета.

Детям-инвалидам в возрасте до 18 лет и инвалидам с детства учебники и учебные пособия предоставляются бесплатно.

Обучающиеся и воспитанники с особенностями психофизического развития и инвалиды имеют право доставки в учреждения образования на специально оборудованных транспортных средствах. На время обучения они обеспечиваются стипендиями [18, 10, 11].

Органами по труду, занятости и социальной защите проводится работа по профессиональной подготовке и переподготовке инвалидов, зарегистрированных безработными, с использованием средств фонда социальной защиты населения. При этом органами по труду, занятости и социальной защите финансируются расходы, связанные с организацией и осуществлением процесса обучения безработных непосредственно в учебных заведениях, расходы по оплате проживания, проезда. Кроме того, в период обучения безработным выплачивается стипендия [8, 9].

1.3.6. Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации инвалидов

Государство также гарантирует инвалидам профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации и связанное с этим обслуживание в соответствии с индивидуальной программой реабилитации [13].

Профессиональная подготовка, повышение квалификации осуществляются на специальных отделениях по переподготовке и повышению квалификации профессионально-технических и средних специальных учебных заведений (специальных и общего типа), институтов и факультетов повышения квалификации, перечень которых определяется Министерством образования Республики Беларусь, а также в сети учебно-курсовых комбинатов и на производстве.

Современная социально-экономическая ситуация и требования рынка труда диктуют необходимость повышения требований к уровню профессиональной подготовки инвалидов и, следовательно, реформирование и развитие системы специального профессионального образования, так как для лиц с ограниченными возможностями необходимы определенные условия, обеспечивающие их образовательные потребности. Эти условия включают: особое содержание, методы и средства обучения, наличие медицинского, психолого-педагогического, социально-психологического, профориентационного реабилитационного сопровождения, которое должно обеспечить повышение эффективности обучения инвалидов.

Реализация полноценного обучения лиц с ограничениями жизнедеятельности возможна только в том случае, если при образовательном учреждении созданы *специальные образовательные условия* (учитывающие специфику коммуникативной и когнитивной деятельности у глухих, слабослышащих, слепых и слабовидящих, возможности передвижения, обучения и т. д.).

Для лиц с выраженной степенью умственных и физических нарушений доступно лишь овладение отдельными навыками трудовых операций, самообслуживания, ориентации, социального функционирования. Для них наиболее оптимальными условиями и формами обучения и воспитания являются воспитания спецгруппы в системе профессионально-технического образования и служб занятости, специально созданные мастерские. Такими организационными формами профессионального обучения и профессиональной занятости инвалидов могут быть также центры/отде-

ления дневного пребывания для детей с III и IV степенью утраты здоровья (ссуз) и взрослых инвалидов с тяжелыми умственными и физическими ограничениями в территориальных центрах социального обслуживания населения – ТЦСОНах и другие учреждения системы социальной защиты, а также различные трудовые мастерские, организованные при церковных приходах, как, например, при храме «Всех скорбящих Радость» в г. Минске и др.

Для лиц с ограниченными возможностями, имеющих профессию, но не нашедших подходящую работу, особое значение приобретают мероприятия по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации, предоставляемые органами государственной службы занятости. Для этого указанным гражданам необходимо зарегистрироваться в качестве безработных в государственных органах занятости Министерства труда и социальной защиты. С целью организации профессиональной подготовки и переподготовки безработных инвалидов данными учреждениями заключаются договоры с учебными центрами, предприятиями, учреждениями и организациями, в соответствии которыми обучение и переобучение указанной категории граждан может происходить в обычных и специально созданных условиях.

ГЛАВА 2. Медико-профессиональный аспект профессиональной реабилитации инвалидов. Основные концептуальные положения

В настоящее время решение проблем инвалидности и инвалидов является одним из приоритетных направлений социальной политики государства, что является показателем благополучия общества. Актуальность проблемы определяется наличием в социальной структуре общества значительного числа лиц, имеющих признаки инвалидности, что подтверждается данными официальной статистики. По оценке экспертов ООН, инвалиды составляют в среднем 10 % всего населения планеты. В Республике Беларусь инвалиды составляют 5,3 % от общей численности населения. Так, только в 2009 г. в Республике Беларусь число лиц, впервые признанных инвалидами среди взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), составило 42098 человек, из них 18947 – лица трудоспособного возраста. Впервые признанными детьми-инвалидами явились 2870 человек [22]. Приведенные данные свидетельствуют о достаточно большом в нашей стране числе больных ежегодно признаваемых инвалидами. Показатели первичной и накопленной инвалидности указывают на необходимость мер комплексной, медико-социальной реабилитации не только в отношении инвалидов, но и больных с риском инвалидности, разработку новых и модернизацию имеющихся подходов, методов и технологий как реабилитации, так и предупреждения инвалидности. Масштабность распространения инвалидности среди населения как в нашей стране, так и за рубежом – одна из важнейших медико-социальных и социально-политических проблем [20, 21, 22]. Включение указанной категории граждан в профессионально-трудовую среду через медико-профессиональную и профессиональную реабилитацию – задача самих инвалидов, общества и государства [18].

Основные концептуальные положения

2.1. В последние годы во мнении международного сообщества, направлениях реабилитационной работы, приоритетах социальной политики ряда государств с традиционно высоко развитой системой реабилитации лиц с ограниченными возможностями наблюдаются определенные изменения, отражающие новую расстановку акцентов в определении понятий «инвалид» и «инвалидность». Указанные изменения в системе понятий и представлений

о лицах с ограничениями зафиксированы в «Конвенции о правах инвалидов», принятой Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. [16].

Согласно Конвенции, к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни. Таким образом, устранение барьеров для нормального функционирования данной социальной категории является приоритетной задачей государства. Государства, ратифицировавшие указанную Конвенцию, берут на себя обязательства по разработке и организации системы действенных мер, которые позволят инвалидам максимально полноценно включиться в профессиональную, культурную, социальную жизнь общества.

2.2. Постоянно увеличивающаяся в населении доля людей с ограниченными возможностями и новые международные тенденции и стандарты в области реабилитации инвалидов свидетельствуют о необходимости интерпретации понятия «социальная норма» как широкого спектра интересов всех групп населения независимо от их биологических возможностей и социального положения. В настоящее время, существующее понятие «социальная норма» представляется как совокупность нормативов жизнедеятельности «здоровой» части населения [17].

2.3. Социальная политика в отношении социально уязвимых групп населения, какими являются инвалиды, должна быть «превентивной» по своему содержанию и смыслу, иметь профилактическое направление, тогда как сейчас – это политика реагирования на возникшую ситуацию [17].

2.4. Качество и результативность социальной политики государства значительно повысится, если она будет оцениваться совокупностью задаваемых показателей социально-биологической эффективности деятельности системы социальной безопасности населения (через систему социально-биологического мониторинга населения).

Определение и использование указанных показателей сделает возможным дифференцирование социально уязвимых категорий населения, какими являются инвалиды, по уровням необходимой, требуемой социальной безопасности (социальная защита, социальная помощь, социальная поддержка). Это позволит обеспечить адресность мер практической помощи каждого уровня со-

циальной безопасности и нацелить их на достижение прогнозируемого для данного инвалида социально-биологического результата.

2.5. Одним из факторов, снижающих эффективность социальной политики по отношению к инвалидам, является нечеткое понимание со стороны ученых и специалистов практических служб самого феномена инвалидности и приоритетных направлений реабилитации инвалидов. До сих пор достаточно частым является доминирующий подход к отождествлению инвалидности со степенью патологических изменений в организме человека, отраженным в клинико-экспертном диагнозе, который иногда является полным аналогом клинического. При этом ошибочным является недостаточное учитывание социально-биологической сущности человека, биологическая зрелость которого наступает к 25 годам, а социальное и профессиональное развитие продолжается практически в течение всей жизни. При хронизации патологии роль биологических механизмов компенсации и адаптации снижается (часто исчерпывается), а использование социальных и профессиональных механизмов должно оставаться приоритетным.

Семантический смысл самого термина «инвалидность» заключается в отсутствии («ин») адекватных связей («валидность») между человеком и обществом, в том числе и профессиональной средой, в силу тех или иных обстоятельств, это и определяет смысл и значимость имеющихся проблем. Только с относительно недавнего времени в методологических подходах, концепциях здоровья и инвалидности стал прослеживаться переход к социальной модели. Так инвалидность в настоящее время рассматривается как социальная недостаточность вследствие нарушений здоровья. В этой связи приведем определение понятия «здоровья», принятое в 1946 году ВОЗ. Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов [34].

Это определение содержит единство морфологических, физиологических, психологических и социальных констант в подходах к оценке как здоровья, так и инвалидности.

В данном контексте методология реабилитации инвалидов должна рассматриваться как соотношение и единство социального, биологического, психологического, профессионального аспектов, характеризующих также структуру отношений личности и общества. Каждому из таких элементов (аспектов) соответствует инвариантная часть реабилитации.

2.6. Указанная интерпретация понятия инвалидности означает, что комплексный подход к реабилитации включает принципиально важный аспект – сосредоточение внимания не только и не столько на том, чего не может инвалид, сколько на том, что он может.

Исходя из этих позиций, сутью и смыслом медико-социальной экспертизы и мероприятий по реабилитации, а также основой для составления индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПРИ) должна стать объективная оценка «реабилитационного потенциала» (далее – *РП*) инвалида как совокупности биологических возможностей, социальных, профессиональных способностей и мотивационных устремлений человека.

Реабилитационно-экспертный диагноз должен быть нацелен на констатацию сохранного, учет пораженного (или утраченного), и включать в себя *биологическую, социально-психологическую, профессиональную и социально-средовую составляющие*. При этом *биологическая* составляющая характеризуется уровнем физического развития и физической работоспособности, физиологических возможностей и психофизиологических особенностей, эмоциональной устойчивости, социально-психологической зрелости инвалида, что в комплексе с другими составляющими выводит на объективную оценку возможностей к труду (*трудоспособность*). Только такой подход позволит индивидуальной программе реабилитации инвалида стать эффективно действующим инструментом реабилитации, способствующим интеграции инвалида в максимально возможную полноценную жизнь.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПРИ) – документ, содержащий разработанный на основе решений государственной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации (МРЭК) комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий [68, с. 12]. Данные мероприятия включают в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации *медицинских, профессиональных и социальных* мер реабилитации, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, способностей к выполнению определенных видов деятельности, а также ответственных за их проведение исполнителей.

Следовательно, *реабилитационно-экспертный диагноз* – отправная точка медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации – должен содержать оценку актуальных и потенциальных способностей инвалида, в том числе способностей к профессиональному обучению и труду (трудоспособности).

Социально-средовый диагноз должен отражать статусную и социально-ролевую составляющие человека в контексте его взаимодействия с обществом и включать следующие характеристики: социально-бытовое положение, социально-экономическое положение (материальное обеспечение и профессионально-производственный статус), культурологический статус. То есть обозначить содержательные направления *социальной реабилитации* – *социально-трудовая, социально-бытовая, социо-культурная*.

2.7. К концептуальным основам реабилитации инвалидов и выделения ее этапов (в том числе медико-профессионального аспекта этапа профессиональной реабилитации) следует также отнести основные положения, содержащиеся в международных документах. Такими документами являются: 1) «Международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» (далее – МКН) с ее классификацией болезней на трех уровнях: органном (нарушение функции), организменном (ограничения жизнедеятельности) и социальном (социальная недостаточность); 2) «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (далее – МКФ). В МКФ, утвержденной 54 сессией Ассамблеи ВОЗ 22 мая 2001 г. [58, 59], основная проблема инвалидности сводится к наличию барьеров между инвалидом и обществом, поэтому, согласно МКФ, необходимо изменять общество, а не человека. При этом ограничение жизнедеятельности характеризуется как следствие или результат сложных взаимоотношений между изменениями здоровья индивида, личностными факторами и внешними факторами, представляющими условия, в которых он живет.

В процессе реабилитации как в научном, так и в прикладном преломлении выделяют следующие ключевые позиции: выздоровление (восстановление биомедицинского статуса), ресоциализация (восстановление личностного статуса и профессиональной пригодности) и социальная реинтеграция (восстановления социального статуса, в том числе профессионального).

2.8. Методологически корректное выполнение теоретических, концептуальных задач на этапе решения медико-профессиональных (как составной части профессиональных) проблем инвалидов должно также опираться на теорию способностей и проходить с использованием указанных ниже подходов [35, 36, 44].

Антропоцентрический подход, основой которого является тезис о том, что у каждого человека есть набор тех или иных

качеств, необходимых для выполнения определенного/определенных видов профессиональной деятельности. При этом особое внимание при оценке профессиональной пригодности инвалида и подборе профессии для него следует уделять человеку, его индивидуальным, психологическим особенностям, психофизиологическим возможностям, реальным способностям, склонностям, мотивации. В контексте данного подхода проблема профессиональной пригодности человека к труду, по своей сущности, является проблемой взаимной адаптации к деятельности (ее средствам, содержанию, условиям, организации), то есть обеспечения пригодности самой деятельности для работника. Этот подход предполагает эргономическое решение оптимальной организации деятельности.

Профессиоцентрический подход рассматривает человека как субъекта труда с оценкой и формированием пригодности человека для конкретной деятельности или видов деятельности. Этот подход предусматривает психологическое, физиологическое, медицинское и другое обеспечение процесса формирования профессионала в определенной деятельности.

2.9. *Оценка профессиональной пригодности* инвалида и определение перечня доступных профессий и специальностей для его профессионального обучения и последующего трудоустройства, следующая за реализацией комплексных мероприятий по восстановлению трудоспособности и развитию *профессионально значимых функций* и *профессионально важных качеств* (далее – ПЗФ и ПВК), по своей сути является центральной частью медико-социальной экспертизы (экспертизы профпригодности) и отправной точкой для этапа профессиональной реабилитации.

Профессиональная пригодность – совокупность качеств и особенностей личности и организма человека, его психофизиологических особенностей, предопределяющая возможность его успешной профессиональной деятельности.

Особое значение при оценке профессиональной пригодности инвалида к тем или иным профессиям и видам труда принадлежит процедурам выделения и диагностики (профессиональной диагностики) профессионально значимых функций и профессионально важных качеств человека. Отождествление профпригодности только с оценкой способностей некорректно [43, 44, 46].

Профессионально значимые функции и профессионально важные качества – свойства личности и организма человека, совокупность которых обеспечивает его высокую эффективность в профессиональной деятельности.

Должный уровень развития ПЗФ и ПВК во многом определяют успешность профессионального обучения и трудовой деятельности, так как именно к ним профессиональный труд предъявляет повышенные требования. Совокупность ПЗФ и ПВК у индивида являются показателями актуальных и потенциальных способностей к данной деятельности, одни из них имеют врожденный характер, другие – приобретенный. Их отсутствие (или утрата), несоответствующий требованиям профессии уровень развития приводят к стойким ошибочным профессиональным действиям.

Таким образом, профессиональная диагностика (в том числе определение уровня развития ПЗФ и ПВК) является важной частью экспертизы профпригодности, ее доказательной базой.

Профессиональная экспертиза – часть медико-социальной экспертизы, представляющая собой специализированную процедуру изучения и вероятностной оценки пригодности индивида к овладению определенной профессией и достижению определенного уровня мастерства.

Комплексные реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление, тренировку и развитие профессионально значимых функций и качеств, профессиональная диагностика, экспертиза профпригодности инвалида с подбором профессий и специальностей для профессионального обучения и трудоустройства, обозначением противопоказанных факторов производственной среды и трудового процесса, тесно примыкают к собственно профессиональному этапу реабилитации. Они являются важной составной частью профессиональной реабилитации, ее *медико-профессиональным аспектом*, связующим звеном между медицинским и профессиональным этапами реабилитации.

2.10. В контексте решения вопросов по медико-профессиональному аспекту реабилитации инвалидов (проблем профессиональной пригодности) весьма продуктивно использование *концепции системного подхода* (Б.Ф. Ломов) и *деятельностного подхода* (А.Н. Леонтьев).

Использование *системного подхода* позволяет рассматривать профессиональную пригодность человека как его системное свойство, которое формируется в результате включения человека в деятельность, проявляется и оценивается в процессе выполнения функций организации, контроля, планирования, корректировки, достижения заданного результата деятельности [44, 60].

Деятельностный подход позволяет объединить в рамках единой теоретической концепции представления о свойствах индивидуальности и критерии успешной профессиональной деятельности [35, 44].

Характер и особенности профессиональной деятельности определяются во многом *потребностями* и *мотивами* человека, ее структура обеспечивается определенными *действиями* и *операциями*. Таким образом, в профессиональной деятельности рассматриваются две стороны: *мотивационно-потребностная* и *операционально-техническая*. *Мотивационно-потребностная* сторона деятельности описывается через систему потребностей и мотивов, основных стержневых и дополнительных мотивов-стимулов. Именно в этой иерархии наиболее ярко обнаруживается индивидуальность человека, субъекта мотивационной сферы. То, что займет место стержневых, ведущих мотивов, должно приобрести для человека личностный смысл. Таким образом, любая задача или деятельность мотивирует человека лишь в той степени, в какой она приобретает для него личностный смысл [35, 36, 37]. Эти позиции должны учитываться при целенаправленном формировании у инвалида в процессе медико-профессиональной реабилитации устойчивых мотивационных установок на приобретение доступной и достойной профессии и продуктивную профессиональную деятельность.

2.11. Прохождение инвалида через все этапы восстановления и формирования профпригодности, профессионального становления должно быть обеспечено *адекватным реабилитационным сопровождением (медико-социально-психологическим, профориентационным)*. Полноценное реабилитационное сопровождение важно на этапе школьного и профессионального обучения, профессиональной адаптации, профессионализации, профессиональной деятельности и ее угасания. На каждом этапе оно призвано решать свои задачи.

2.12. В достижении максимально возможного реабилитационного эффекта медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации *важным является формирование:*

- единого реабилитационного-образовательного пространства на различных уровнях организации;
- прогрессивных реабилитационно-образовательных технологий;
- многообразия услуг и технических средств реабилитации, предоставляемых для удовлетворения потребностей инвалидов;
- взаимосвязи, партнерства и преемственности в деятельности медицинских, образовательных, социальных, культурных и

других реабилитационных учреждений различных уровней и типов, обеспечивающих наиболее полную интеграцию инвалидов в общество и трудовую жизнь.

Приведенные выше концептуальные положения являются содержательной основой современных подходов к различным направлениям в реабилитации, такой ее важной части, как профессиональная реабилитация и ее медико-профессиональный аспект. Именно они являются наиболее важными на пути интеграции и реинтеграции инвалидов в профессиональную среду и социум.

2.1. Правовые и организационные основы медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации инвалидов

Обозначенные позиции подтверждают значимость медико-профессионального аспекта в общей структуре реабилитационных мероприятий для инвалидов и обуславливают основные его точки приложения и задачи. В становлении службы реабилитации Республики Беларусь, в том числе ее медико-профессионального направления, большую роль сыграли Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХП «О социальной защите инвалидов» [12] и Закон Республики Беларусь от 17 октября 1994 г. № 3317-ХП «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» [2].

Во Всемирной программе действий в отношении инвалидов, а также в Стандартных правилах обеспечения равных возможностей инвалидов, сформированных в ООН (СПОИ) и в Законе Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» термин «реабилитация» означает процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и (или) социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и их независимости [38].

Вышеназванные законы [2, 12] предусматривали реализацию соответствующих этим позициям этапов реабилитации: медицинского, медико-профессионального, профессионального и социального, отражающих ее комплексный характер и закрепленных за учреждениями разного ведомственного подчинения. Важная роль в получении эффективного и значимого результата реабилитации отводилась ее медико-профессиональному этапу.

Определение медико-профессиональной реабилитации (далее – МПР) как отдельного этапа, что подчеркивало его важность,

данно в Законе Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994 г.). Это определение постулирует, что МПР – процесс восстановления трудоспособности, сочетающий медицинскую реабилитацию с определением и тренировкой профессионально значимых функций, подбором профессии и адаптации к ней [2].

Тесно примыкает к этапу МПР профессиональная реабилитация, которая представляет собой систему мер, обеспечивающих инвалиду возможность получить профессиональное образование, подходящую работу или сохранить прежнюю и продвигаться по службе (работе), способствуя тем самым его социальной интеграции и реинтеграции [2].

Как видно, данные формулировки указывают на относительную условность разделения этапов, так как процесс профессионального обучения, относящийся к профессиональному этапу реабилитации, предусматривает для инвалида предварительное проведение ряда реабилитационных мероприятий. Это – мероприятия по восстановлению трудоспособности, проведение экспертизы профпригодности с подбором доступных профессий для профессионального обучения и трудоустройства (в рамках медико-социальной экспертизы), осуществление должного реабилитационного сопровождения инвалида.

В новой редакции Закона Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. № 422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» реабилитация инвалидов обозначена как состоящая из медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации [1]. Как видно, этап медико-профессиональной реабилитации в новой редакции Закона отдельно не выделяют, но от этого его важность, специфика и значение не исчезли. В вышеназванном Законе МПР частично растворился в медицинском и профессиональном этапах. Следует его обозначить как медико-профессиональный аспект реабилитации (далее – МПАР), находящийся на стыке медицинского и профессионального этапов и являющийся составной частью последнего.

В самом определении МПР заложены исключительная важность данного этапа реабилитации, основные точки приложения, цель и задачи МПАР.

2.2. Цели и задачи, основные принципы медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации инвалидов

Целью медико-профессионального аспекта реабилитации является: восстановление трудоспособности инвалида в рамках доступных возможностям профессий и видов труда через сочетание мер комплексного воздействия (медицинских, психофизиологических, психолого-педагогических, социальных), направленных на оздоровление инвалида, тренировку профессионально значимых функций, адекватный возможностям профподбор, профобучение (или переобучение).

У детей-инвалидов целью МПАР является: формирование профессиональной пригодности в процессе индивидуального развития, воспитания, обучения (в том числе профессионального) на базе биологических задатков способностей с последующим подбором профессий для профобучения и трудоустройства, доступных по состоянию здоровья и психофизическим возможностям [39, 40, 51].

В Республике Беларусь данное направление успешно развивалось и разрабатывалось на базе Белорусского НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов [27–32, 38, 39–42]. В рамках выполнения заданий государственных научно-технических программ по проблемам реабилитации инвалидов были разработаны, апробированы и внедрены в практическую деятельность реабилитационных служб научно обоснованные критерияльные оценочные показатели, позволяющие объективизировать экспертизу профпригодности как взрослых инвалидов, так и детей-инвалидов, разработаны новые методы коррекции нарушенных профзначимых функций, программы комплексной медико-профессиональной реабилитации для разных категорий инвалидов (и том числе детей-инвалидов) и т. д.

В новой редакции Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (2008 г.) профориентационное направление обозначено как часть профессиональной реабилитации и предворяет профессиональное обучение, трудовую деятельность. *Профориентация инвалидов* включает такие формы и виды работ, как *профессиональная информация, профессиональное просвещение, профессиональная диагностика, профессиональное консультирование, профессиональный подбор, профессиональный отбор.*

При оценке пригодности инвалида к той или иной профессии или виду труда необходимо использовать следующие *группы критериальных показателей: медицинские, психофизиологические, психологические, психолого-педагогические, социальные, социально-экономические*. Необходимым условием при вынесении заключения является обозначение противопоказанных факторов производственной среды и трудового процесса, указание о необходимости обеспечения инвалида техническими средствами для профобучения и трудовой деятельности, о необходимости создания специальных условий для профессионального обучения и труда.

Таким образом, профессиональная реабилитация и ее медико-профессиональный аспект являются динамичным процессом, развернутым во времени и насыщенным мерами комплексного реабилитационного воздействия.

Основными *направлениями* деятельности в области профессиональной реабилитации и ее медико-профессионального аспекта, обеспечивающими их эффективность, являются:

- обеспечение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, всеми необходимыми видами и объемами реабилитационных услуг: медицинских, медико-профессиональных, профориентационных, профессиональных, социальных;

- обеспечение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, необходимыми техническими реабилитационными средствами для осуществления бытовой активности, обучения (в том числе профессионального), трудовой деятельности;

- обеспечение детей-инвалидов всесторонним развитием, воспитанием, обучением, способствующими формированию их профпригодности и оптимальной социальной адаптации и интеграции в социум;

- обеспечение профессионального обучения (при необходимости переобучения) инвалидов через систему многоуровневого профессионального образования;

- организация многоуровневого профессионального образования инвалидов, способствующего освоению престижных, востребованных на рынке труда профессий, повышению квалификации, сохранению устойчивой конкурентоспособности в течение всей профессиональной жизни;

- обеспечение формирования и (или) восстановления профпригодности инвалидов через совершенствование у них профессионально значимых функций и профессионально важных качеств,

навыков профессиональной и социальной компетенции, необходимых для успешного овладения профессией, адаптации в ней и эффективной трудовой деятельности;

- развитие профессиональных интересов и склонностей у детей-инвалидов в соответствии с их возможностями, создание устойчивых социальных и профессиональных установок, мотивации на труд и профессиональное развитие;

- совершенствование и развитие базы для профессионального обучения (переобучения), расширение круга доступных профессий для профессионального обучения;

- качественное научно-обоснованное проведение оценки профпригодности в соответствии с научно обоснованными оценочными критериями, позволяющими определить спектр доступных и желаемых профессий для обучения инвалидов с учетом всего комплекса показателей (состояния здоровья, уровня развития профзначимых функций, психологических особенностей, требований профессии и т. д.);

- предоставление инвалидам всего комплекса профориентационных услуг, оказание качественной, квалифицированной помощи по подбору адекватных возможностям профессий для обучения оптимальных форм, уровней профессионального образования;

- организация реабилитационного сопровождения процесса профессионального обучения, профессиональной адаптации и профессионального становления инвалида;

- создание безбарьерной среды для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры, образовательным учреждениям, объектам культуры;

- обеспечение информационного сопровождения всех аспектов и направлений этапа медико-профессиональной реабилитации.

Обозначенный круг проблем, стоящих перед МПАР, требует своего решения в рамках различных министерств, ведомств и учреждений, которые для достижения значимых результатов должны работать в тесном взаимодействии друг с другом. Исследования В.П. Шестакова показывают [34], что в реализации МПАР принимают участие более двадцати различных специалистов, использующих различные реабилитационные технологии, направленные на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной, профессиональной деятельности, адекватной его реабилитационному потенциалу, с целью восстановления нарушенных связей человека с окружающим миром, в том числе с профессиональной средой.

Профессиональная реабилитация и ее медико-профессиональный аспект могут быть результативными, и задачи, стоящие перед ними, могут быть успешно реализованы при соблюдении ряда принципиальных положений:

принципа комплексности, предполагающего учет и использование всех необходимых мероприятий медицинского, психофизиологического, психологического, педагогического, профориентационного, социального характера для достижения результата;

принципа системности предполагающего рассмотрение МПАР, как составной части общей системы реабилитационных мероприятий в рамках комплексной реабилитации (медицинской, профессиональной, социальной);

принципа индивидуального подхода предполагающего учет индивидуальных особенностей инвалида при проведении экспертизы профпригодности, составлении программы реабилитации при реализации медико-профессионального аспекта реабилитации (МПАР);

принципа непрерывности реабилитационного процесса, включая МПАР, он должен соблюдаться вплоть до достижения всех реабилитационных целей и решения поставленных задач;

принципа преемственности в проведении мероприятий по МПАР между разными направлениями, специалистами как внутри одного учреждения, так и между учреждениями, в том числе разного ведомственного подчинения;

принципа своевременности назначения и проведения мероприятий в реализации разных направлений профессиональной реабилитации;

принципа активности реабилитанта (инвалида) в реабилитационном процессе, а также активной его поддержки со стороны близкого окружения;

принципа систематического контроля за ходом выполнения программы МПАР и ее эффективностью, при необходимости – коррекции программы и ее индивидуализации;

принципа целостности, играющего роль методологической установки, предопределяющего интегративный характер сущности МПАР, объединяющий медицинские, психологические, социальные, экономические и другие меры.

Резюмируя вышеизложенное в контексте рассматриваемой проблемы, можно сделать следующие **выводы**:

1. С позиций принципа целостности, системного подхода профессиональная реабилитация инвалида и ее медико-про-

фессиональный аспект есть система и процесс как комплексного применения всех возможных государственных и общественных мер, так и комплексного воздействия на личность инвалида медицинских, психологических, профориентационных, педагогических, правовых, социальных и ряда других факторов. Это один методологический аспект комплексного подхода к МПР. Другой аспект заключается в том, что в ответ на реабилитационное воздействие происходит активизация, «комплексное» реагирование всех жизнеобеспечивающих систем инвалида, его социальных механизмов компенсации и адаптации.

2. Принципиально важным моментом комплексного подхода к профессиональной реабилитации и МПАР является акцентуация внимания не на дефекте или заболевании, а на сохранных возможностях инвалида.

3. Поскольку МПАР – процесс динамичный, развивающийся во времени, то ее комплексный характер означает доминирование на определенном ее временном этапе тех или иных реабилитационных мероприятий.

4. Многопрофильный и интегративный характер МПАР предполагает объединение усилий специалистов разного профиля, расширение их знаний о способах преодоления инвалидами нарушенных связей с микро- и макросоциальной средой.

5. Комплексность и многопрофильность МПР обуславливает композиционное единство медицинских, психологических, профориентационных, социальных, экономических и других мероприятий.

6. Содержательная часть МПАР очень емкая. Схематично и конспективно она представлена в основных нормативно-распорядительных документах [1, 13, 18, 11, 31], а также в различных методических материалах, раскрывающих спектр медицинских, профессиональных и социальных мер [27, 30–32, 42].

7. Комплексность МПР предопределяет тот факт, что реабилитационное воздействие должно быть направлено не только на инвалида, но и на окружающую его микро- и макросреду.

За рубежом много пишут и говорят о феномене «*готовности общества к социальной интеграции в него инвалида*». Это тем более важно и для нашей республики в контексте основных положений, содержащихся в Конвенции о правах инвалидов, принятой Генеральной Ассамблеей ООН.

2.3. Организационная структура медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации инвалидов

Сама система МПАР включает ряд составных элементов:

- реабилитационные программы и реабилитационные стандарты мероприятий различного уровня и направленности;
- реабилитационные учреждения, различных организационно-правовых форм, типов, видов, реализующих реабилитационные программы;
- органы управления и подведомственные им структуры, занимающиеся МПАР инвалидов.

Различные направления МПАР реализуются на базе учреждений разного ведомственного подчинения (Министерства здравоохранения, Министерства образования, Министерства труда и социальной защиты), различных организационно-правовых форм, типов, видов, оказывающие разные виды реабилитационных услуг. К ним относятся:

- Республиканский научно-практический центр реабилитации инвалидов;
- медико-экспертно-реабилитационные комиссии (МРЭК), городские, областные, специализированные;
- кабинеты медико-профессиональной реабилитации (кабинеты МПР) при МРЭК;
- областные, городские, специализированные центры медико-профессиональной реабилитации инвалидов;
- центры профессиональной реабилитации и социальной адаптации инвалидов;
- центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации;
- специализированные школы (школы-интернаты);
- республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь;
- органы по труду, занятости и социальной защите;
- центры профориентации молодежи;
- учебный Центр РУП БелПОВЦ Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и др.

2.4. Структурные элементы медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации

Система медико-профессиональной реабилитации подразумевает реализацию следующих *мероприятий*:

– проведение *экспертизы профессиональной пригодности в рамках медико-социальной экспертизы* для определения возможности выполнения профессионального труда в прежней профессии, оценки степени утраты трудоспособности, оценки возможности инвалидов к профессиональной подготовке, переподготовке и занятости, подбор доступных видов профессиональной деятельности, оптимальных условий, режима труда и отдыха и т. д. [73];

– проведение *профориентационных мероприятий* с целью определения профессиональных намерений, подбора доступной профессии для обучения и трудоустройства с учетом имеющихся профессиональных навыков, медико-биологического и социального статуса, определения показанных условий труда;

– вынесение *клинико-трудового прогноза, прогнозирование уровня реабилитации, эффективности реабилитации, оценки РП* (в том числе по трудоспособности);

– проведение *комплексной профессиональной диагностики* с оценкой уровня развития профзначимых психофизиологических функций, оценкой состояния дефектной функции (далее – ДФ), психологического статуса (состояния интеллектуально-мнестической сферы, личностных особенностей, эмоционально-волевых характеристик, направленности профессиональных интересов, мотивационных установок);

– исследование *социального статуса* (биологические характеристики, экономический статус, профессиональное образование и т. д.) для обоснованного решения о профпригодности и подбора профессий;

– определение *медицинских показаний и противопоказаний по характеру и условиям труда* (согласно нормативно-распорядительным документам);

– заполнение соответствующего раздела *индивидуальной программы реабилитации* (медико-профессионального аспекта профессионального этапа) с обозначением результатов профдиагностики, оценки профпригодности, подбором рекомендуемых профессий для профобучения (переобучения) и вариантов

трудоустройства, а также перечня мероприятий реабилитационного воздействия: медицинских, психологических, психолого-педагогических, социальных;

- *тренировку* отстающих от должного уровня развития *профессионально значимых функций* с помощью средств физической реабилитации (механотерапия, кинезотерапия, физическая тренировка с помощью специальных тренажеров и т. д.), трудотерапии, тренировки на стендовых моделях, имитирующих трудовые операции в рамках различных профессий, специальных профессионально-прикладных методов;

- *психофизиологическую коррекцию отдельных ПЗФ, психологические тренинги по развитию профессионально важных качеств* (в том числе отдельных психических процессов, навыков коммуникаций и т. д.);

- *психологическая (при необходимости – психотерапевтическая) коррекция личности*, направленная на оптимизацию психологического статуса, адекватного отношения к своему состоянию и положению, на формирование психологической готовности к смене профессии, профессиональной переориентации;

- *выдача рекомендаций по профессиональному обучению (переобучению), трудоустройству с указанием формы, уровня, условий обучения, а также объема, режима и условий труда;*

- *определение рекомендаций и оказание помощи в медико-социальных, психологических, социальных аспектах, связанных с приобщением инвалида к профобучению или труду, создание специально организованных условий, необходимых для учебной или трудовой деятельности и для обеспечения его нормально функционирования при наличии особых потребностей.*

К *специально организованным условиям* относятся [73]:

- *специализированные организации, цеха и производственные участки для использования труда инвалидов с учетом территориальных особенностей;*

- *дополнительные рабочие места (в том числе специализированные), которые создаются на предприятиях общего типа и специально организованных предприятиях;*

- *специально организованное рабочее место на дому инвалида;*

- *специально организованные рабочие места в центрах социальных работ – для адаптации инвалидов к рабочим нагрузкам;*

- *выделение видов работ, доступных инвалидам на предприятиях и в организациях, и предоставление их только инвалидам;*

- *сокращение продолжительности рабочего времени;*

– снижение, отмена норм выработки для сохранения занятости инвалида;

– закрепление за инвалидом состава работ в рамках профессиональных действий с целью снижения тяжести труда и создания безопасных условий труда, исключения воздействия вредных и опасных факторов производственной среды;

– организация специального режима труда введением регламентированных перерывов, сокращение рабочего времени с сокращением срока начала и окончания работ;

– регламентация объема работы, предусмотренного профессией, на период адаптации к рабочим нагрузкам;

– регламентация объема работы, предусмотренного профессией, на период адаптации к техническим приспособлениям специализированного рабочего места;

– приобретение, восстановление и развитие имеющихся у инвалида-реабилитанта способностей и закрепление их в процессе трудовой деятельности, т. е. активное формирование профессионально-трудового стереотипа в специально созданных условиях.

В каждом конкретном случае рекомендации выносятся с учетом индивидуальных особенностей инвалида, имеющегося дефекта или заболевания, профессии, возраста, уровня физического развития, мотивационных установок и т. д.

В зависимости от типа развития инвалидизирующих последствий и особенностей контингентов различаются подходы, цели, виды, место проведения и содержания МПАР.

Основные *контингенты*, подлежащие МПР [42, 57]:

– лица, признанные профпригодными при необходимости уменьшения объема выполняемой работы;

– профпригодные, но нуждающиеся в изменении условий труда;

– лица, признанные профнепригодными в выполнении работы в имеющейся квалификационной профессии и нуждающиеся в профориентации, профподборе, профессиональном обучении (переобучении) в рамках новых профессий вследствие перенесенного (или имеющегося) общего заболевания, анатомического дефекта, травмы, профессионального заболевания, трудового увечья, заболеваний или травм, полученных во время военной службы, в связи с катастрофой на ЧАЭС и др.;

– лица, являющиеся инвалидами детства;

– дети-инвалиды.

2.5. Законодательное регулирование и организация специального образования в Республике Беларусь

В проведении мероприятий МПАР на базе учреждений профессионального образования значительную положительную роль призван сыграть Закон Республики Беларусь от 18 мая 2004 г. № 285-З «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» (далее – *Закон*) [13].

Настоящий Закон определяет правовые, экономические, социальные и организационные основы специального образования и направлен на создание необходимых условий для получения образования лицами с особенностями психофизического развития, социальной адаптации и интеграции в общество. Данный законодательный акт является первым на постсоветском пространстве и определяет возможность предоставления образовательных услуг, в том числе по профессиональному образованию (профессионально-техническому, среднему специальному, высшему, послевузовскому) лицам с психофизическими нарушениями.

В соответствии с Законом учреждения образования общего типа получают право (при создании условий для интегрированного обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития с учетом имеющихся у них нарушений) открывать центры профессиональной и социальной реабилитации в учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического образования. Это является законодательной базой для выстраивания системы *многоуровневого непрерывного образования*, которое открывает доступ лицам с ограниченными возможностями (инвалидам) к получению образования в рамках профессий, ориентированных на передовой спектр рынка труда.

Данный Закон определяет также возможность получения профессионально-технического образования через надомную форму обучения для лиц, которые по медицинским показаниям временно или постоянно не могут посещать учреждения общего среднего и профессионально-технического образования. Решение об обучении на дому на уровне получения профессионально-технического образования принимается медико-реабилитационно-экспертными комиссиями (МРЭК) в рамках выполнения медико-профессионального раздела индивидуальной программы реабилитации (ИПРИ) инвалида.

Кроме создания учреждением условий для получения образования инвалидам (лицам с особенностями психофизического развития) весьма остро стоит вопрос о реабилитационном сопровождении процесса профессионального образования инвалида, которое должно проводиться в соответствии с утвержденными стандартами. Последний вопрос требует научно-методической разработки и практического воплощения, так как центры профессиональной реабилитации инвалидов уже существуют в Республике Беларусь и остро нуждаются в научно-методическом обеспечении и техническом оснащении.

Данное направление в настоящее время разрабатывается в порядке научной инициативы на кафедре реабилитологии ГИУСТ БГУ.

2.6. Приоритетные направления развития и совершенствования медико-профессионального аспекта профессиональной реабилитации инвалидов

Для повышения эффективности и результативности медико-профессионального аспекта реабилитации *необходимо:*

1. Обеспечить *повышение качества проведения процедуры профессиональной экспертизы (экспертизы профпригодности с адекватным возможностям инвалида путем профподбора) в рамках МСЭ* через разработку и утверждение стандартов диагностических процедур и последующих реабилитационных технологий, позволяющих с опорой на сохранные способности инвалида восстановить до возможного уровня его трудоспособность и определить спектр профессий для профобучения и последующего трудоустройства.

2. *Оптимизировать материально-техническую базу учреждений, реализующих разные аспекты МПР:*

– оснащение современными психофизиологическими диагностическими комплексами для объективизированной оценки уровня развития ПЗФ и ПВК инвалида;

– оснащение тренажерами, развивающими и тренирующими ПЗФ и ПВК;

– оснащение компьютерными программами, моделирующими профессиональные действия в рамках профессий, ориентированных на передовой сектор рынка труда;

– оборудование стендовыми моделями трудовых операций;

– с целью адаптации инвалидов к труду и тренировки ПЗФ и ПВК необходимо внедрение в реабилитационные учреждения современных психотерапевтических технологий, методов физической реабилитации, механотерапии, кинезотерапии, трудотерапии с соответствующим современным техническим оснащением.

3. *Повышение объема услуг и качества профориентации инвалидов, детей-инвалидов* (профпросвещения, профинформации, профдиагностики, профподбора и профотбора и т. д.) – важного направления работы в ходе выполнения МПАР.

4. С этой целью необходимо создание технически оснащенного кабинета (лаборатории) профдиагностики и профподбора на базе Центра профессиональной реабилитации инвалидов (или Центра реабилитации и социальной адаптации инвалидов) с привлечением к работе необходимого состава специалистов (психофизиолога, профконсультанта, психолога, социального работника, мастера производственного обучения, при наличии заключения МРЭК).

5. *Разработать стандартную технологию профотбора инвалидов для профобучения, стандарты диагностического обследования* и алгоритма взаимодействия специалистов в выполнении данного раздела МПАР.

6. Создание Центров профессиональной реабилитации инвалидов на базе функционирующих учреждений профобразования разного уровня.

7. *Разработать Положение о Центре профессиональной реабилитации*, его техническом оснащении и порядке функционирования. Разработать организационно-функциональную модель Центра.

8. *Расширить перечень современных и востребованных профессий для профобучения инвалидов, разработать адаптированные программы для профессионального обучения этим профессиям.*

9. *Создание (разработка) технологии реабилитационного сопровождения процесса профессионального обучения инвалидов, включающего медико-оздоровительный модуль, модуль психолого-педагогического сопровождения, профессионально-образовательный, социально-адаптационный.*

ГЛАВА 3. Медико-профессиональный аспект профессиональной реабилитации детей-инвалидов и детей с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья: статистика, основные принципы и важные направления работы

Проблема медико-профессиональной реабилитации (МПР), в настоящее время – это раздел профессиональной реабилитации) подростков-инвалидов и подростков с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья не теряет своей актуальности в настоящее время.

Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите, составляет 27 662 человека, из них с первой степенью утраты здоровья – 2 740 человек, со второй – 11 236 человек, с третьей – 8 146 человек, с четвертой – 5 540 человек¹.

По последним статистическим данным [22] численность детей в возрасте до 18 лет, впервые признанных инвалидами, так же остается высокой. Она составила 2870 человек в 2009 г. (2930 детей – в 2008 г.). Анализ степени тяжести первичной инвалидности (далее – *ПИ*) детского населения показал, что доля детей-инвалидов с 4-й СУЗ составила 14,4 % (15,8 % – в 2008 г.), в том числе среди детей до 15 лет – 15,3 % (16,9 % – в 2008 г.); с 3-й СУЗ – 25,5 % (23,4 % – в 2008 г.). В нозологической структуре детской инвалидности преобладали:

- врожденные аномалии – 4,77 на 10 тыс. населения, или 29,9 %;
- болезни нервной системы – 2,95 на 10 тыс. населения, или 18,5 %;
- болезни эндокринной системы – 1,53 на 10 тыс. населения, или 9,6 %;
- психические расстройства – 1,44 на 10 тыс. населения, или 9,0 %;

¹ Данные о численности инвалидов, состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите, численности лиц, впервые признанных инвалидами, и причинах инвалидности за 2007 год представлены в Бюллетене Министерства статистики и анализа Республики Беларусь.

- новообразования – 1,34 на 10 тыс. населения, или 8,4 %.

В нозологической структуре первичной инвалидности среди подростков (от 15 до 17 лет) на лидирующих местах находились:

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 1,43 на 10 тыс. населения, или 16,9 %;
- новообразования – 1,35 на 10 тыс. населения, или 16,0 %;
- психические расстройства – 1,15 на 10 тыс. населения, или 13,5 %;
- врожденные аномалии – 0,99 на 10 тыс. населения, или 11,7 %;
- болезни эндокринной системы – 0,94 на 10 тыс. населения, или 11,0 %.

В целом по Республике Беларусь в 2009 г. по сравнению с 2008 г. отмечался рост уровня ПИ среди детей: по психическим расстройствам – на 11,3 %, болезням нервной системы – на 7,4 % [22, с. 6–7].

Инвалиды с детства, достигающие 18-летнего возраста и далее, накапливают определенный социальный опыт и учатся использовать свои способности. Однако имеющихся возможностей оказывается недостаточно, чтобы самостоятельно ориентироваться в различных жизненных ситуациях, успешно взаимодействовать с социальными институтами и людьми. Весьма специфичной является ситуация молодых инвалидов, имеющих стойкие психические расстройства или значительные нарушения умственной деятельности.

На фоне сокращения общего количества детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, количество детей с особенностями психофизического развития, нуждающихся в специальном образовании, растет. В республиканском банке данных содержится персонифицированная информация о 125 981 ребенке с нарушениями психофизического развития, нуждающемся в специальном образовании [26]. Наибольшее число заболеваний приходится на интеллектуальную недостаточность – 41,2 %, нарушения опорно-двигательного аппарата – 25,7 %.

Распределение детей-инвалидов по диагнозам заболеваний приведено на рис. 2 [26].

По возрастным группам численность детей-инвалидов распределяется следующим образом (рис. 3).

Анализ итогов учета подростков (15–17 лет) с недостатками умственного и физического развития показал следующее. На конец 90-х годов прошедшего тысячелетия в республике было зарегистрировано 22 000 детей-инвалидов, что составляло 4,9 % от



Рис. 2. Распределение детей-инвалидов по диагнозам заболеваний (всего по республике, чел.)

общей численности детей. В настоящее время количество детей-инвалидов составляет более 28 070 чел., тогда как общее количество детей в возрасте до 18 лет за последние 10 лет – за период с конца 1998 г. до 2009 г. – сократилось [20–22]. Число школьников с недостатками в умственном и физическом развитии, не имеющих инвалидности, однако уже имеющих ограничения жизнедеятельности, достаточно велико и в перспективе без оказания своевременной и полноценной медико-профессиональной и социальной помощи и поддержки они также могут стать инвалидами в будущем.

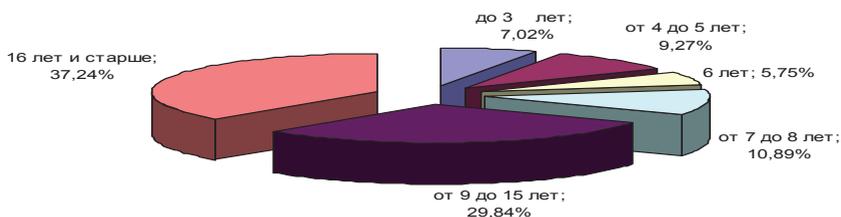


Рис. 3. Распределение численности детей-инвалидов по возрастным группам (по сост. на 15.09.2006 г.)

Следует отметить, что в связи с ростом численности детей-инвалидов с возрастом в государстве реформируется система специального образования. Если до начала 90-х годов приоритетной формой организации обучения детей-инвалидов и детей с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья являлись специальные школы-интернаты, то в последние годы была принята на вооружение концепция интегрированного, то есть совместного обучения детей с ограниченными возможностями и здоровых детей. При этом наряду с обеспечением образовательного уровня в соответствии с требованиями образовательных стандартов детям-инвалидам также предоставляются услуги по формированию общетрудовых умений и навыков, положительной мотивации к трудовой деятельности через организацию профессионально-трудоустройства (в межшкольных учебно-производственных комбинатах трудового обучения и профессиональной ориентации, учебных мастерских и других структурных подразделениях).

Таким образом, можно утверждать, что:

- численность детей-инвалидов несколько уменьшается, что может отражать динамику численности населения, но удельный вес в общей численности детей до 18 лет увеличивается;

- по классам болезней наблюдается рост численности детей-инвалидов вследствие психических расстройств и болезней нервной системы;

- среди детей-инвалидов, нуждающихся в специальном образовании, наибольшее число лиц с интеллектуальной недостаточностью и функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- в связи с этим требуется дальнейшее совершенствование и развитие действующей системы медико-социальной реабилитации инвалидов, основанной на взаимодействии и социальном партнерстве всех участников реабилитационного процесса.

Реабилитационные мероприятия в отношении взрослых инвалидов и детей-инвалидов должны носить комплексный характер. Между тем процесс межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации инвалидов явно недостаточен, необходимо обеспечить этапность и преемственность в работе с инвалидами и их семьями; обеспечить преемственность в деятельности учреждений разной ведомственной принадлежности. Это вызовет необходимость создания единой службы реабилитации, призванной скоординировать действия специалистов различного профиля, обеспечить необходимый уровень диагностического обслу-

живания, комплексный подход к организационному и научно-методическому обеспечению реабилитационных мероприятий. Для дальнейшего развития системы специального образования детей-инвалидов большое значение имеет совершенствование работы по адаптации образовательного процесса к запросам и потребностям таких детей, обеспечению преемственности и внедрения полноценного *психолого-педагогического, профориентационного, социально-психологического реабилитационного сопровождения* процесса обучения (в том числе профессионального) подростков-инвалидов на разных его уровнях, усиление его социальной и профессионально-трудовой направленности.

Увеличение количества детей с психофизическими нарушениями и нарушениями состояния соматического здоровья с возрастом свидетельствует об имеющихся недостатках в системе медико-профессиональной реабилитации, несоблюдении главных ее *принципов* [30]:

- возможность раннего начала реабилитации сразу после своевременного выявления стойкого нарушения, вызванного патологическим процессом или врожденным дефектом;
- своевременного формирования и поэтапной реализации индивидуальной программы реабилитации ребенка (далее – ИПРР);
- принципа комплексности, предполагающего реабилитационное воздействие на весь спектр выявленных нарушений здоровья ребенка, его психофизического развития, психологических отклонений, что возможно при взаимодействии специалистов разного профиля и использовании физических, психологических, психотерапевтических, медикаментозных и других методов;
- непрерывности и поэтапности реабилитационного процесса;
- преемственности в проведении комплексных реабилитационных мероприятий;
- принципа индивидуализации, индивидуального подхода к каждому реабилитанту;
- систематического контроля за выполнением каждого раздела реабилитационной работы.

Результаты комплексного исследования реальных и потенциальных возможностей ребенка с нарушениями здоровья и психофизического развития необходимы для подбора адекватных методов и средств, стимулирующих саногенетические механизмы в процессе его возрастного развития.

Одними из ключевых принципов реабилитации являются обозначенные выше *непрерывность и поэтапность* процесса.

Именно непрерывность реабилитационного процесса, как показывает практика, позволяет уменьшить тяжесть выявленных нарушений, снизить проявления социальной дезадаптированности ребенка.

Соблюдение *принципа преемственности* в проведении реабилитационных мероприятий предполагает передачу полной информации о состоянии ребенка и используемых средствах и методах реабилитации с этапа на этап, а также – об эффективности достигнутых результатов, чтобы избежать взаимоисключающего воздействия на организм разных факторов. Указанные сведения должны фиксироваться в индивидуальной программе реабилитации ребенка, что позволит вносить коррективы в ее содержательную часть.

Следование *принципу индивидуализации* означает учет в процессе реабилитации ребенка статуса его индивидуальных компенсаторных возможностей, формирование психологической готовности каждого к выполнению программы реабилитации. Участие ребенка и членов его семьи в реабилитационном процессе должно быть активным и осознанным. Причем эта активность должна возрастать по мере взросления ребенка, что повысит эффективность конечного профессионального этапа реабилитации – воспитание конкурентоспособного, стремящегося и способного получить доступную специальность и реализовать себя в профессиональной деятельности молодого человека. Вовлечение членов семьи ребенка в реабилитационный процесс предполагает обучение их приемам реабилитации, контроль и помощь при выполнении реабилитационных мероприятий в домашних условиях, поддержку в профессиональном определении и реализации реальных профессиональных намерений на соответствующем этапе.

Систематический контроль за выполнением всех аспектов реабилитационной работы (медицинского, психолого-педагогического, учебно-воспитательного, профориентационного, профессионального) позволит своевременно вносить необходимые изменения в разделы ИПРР, содержащие коррекционно-восстановительные мероприятия. Необходим учет факторов их результативности, эффективности и полноты выполнения, а также – этапности возрастного развития школьника. Главным инструментом и организационной формой комплексной медико-профессиональной реабилитации является ИПРР, содержащая в разделе клинико-экспертной диагностики всю полноту информа-

ции о функциональном, интеллектуальном, психическом, физическом развитии ребенка.

Это необходимо для объективной оценки имеющихся ограничений жизнедеятельности у ребенка, тяжести этих ограничений, составления и реализации комплексных программ коррекции выявленных нарушений с подбором необходимых реабилитационных средств и методов. Это позволит взять под контроль процесс формирования здоровья у данной категории учащихся. Весьма важным является выявление и взятие под контроль уровня развития и совершенствование биологических задатков способностей к труду, формирование профпригодности учащегося (в том числе методами психологической коррекции, профессионально-прикладной и физической подготовки, воспитания навыков социальной компетенции). На определенных этапах возрастного развития проводится оценка профессиональных возможностей подростков-инвалидов с подбором доступных им профессий, рациональных форм и условий для профобучения и трудоустройства. Эта информация должна содержаться в соответствующих разделах ИПР ребенка (потребность в мерах реабилитации; профориентационной части раздела профессиональной реабилитации и в разделе социальной реабилитации) [30].

Приобретение показанной по состоянию здоровья профессии и последующее рациональное трудоустройство указанной категории молодых людей являются социально значимым результатом проводимых реабилитационных мероприятий, эффективной мерой их успешной социальной интеграции.

В этой связи большую значимость при достижении определенного возраста (15–18 лет) приобретает *определение профпригодности у подростков, имеющих психофизические нарушения*. Оно должно осуществляться своевременно по результатам комплексного медико-профессионального обследования с учетом медицинских, психологических, психофизиологических и социально значимых критериев [27–29, 14].

Особую актуальность с учетом изложенных позиций приобретает формирование *служб медико-профессионального консультирования*, которые должны обеспечить принятие научно обоснованных решений по определению на профессиональное обучение данной категории молодежи в сети профессионально-технических учебных заведений, сузов, вузов, на курсах службы занятости, на рабочих местах. Остро стоит вопрос об открытии спецгрупп и расширении круга профессий, доступных для обучения подрост-

ков с психофизическими нарушениями на базе учебных заведений системы профобразования (птузы, ссузы), о научно обоснованной разработке справочно-информационных пособий, содержащих перечни профессий, показанных для освоения подросткам-инвалидам, развитию новых форм обучения, делающих приобретение показанных специальностей доступным.

Весьма перспективным является внедрение в практику образовательных учреждений новых обучающих технологий, элементов дистанционного обучения, основанных на использовании интернет-ресурсов. Особенно эффективной и привлекательной представляется разработка модели непрерывного профессионального обучения лиц с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья «школа – колледж – вуз». В вузах нашей республики, в частности в ГИУСТ БГУ, осуществляется подготовка студентов по специальности «Социальная работа», имеющих нарушения психофизического развития и состояния здоровья.

В настоящее время профподготовка подростков-инвалидов с нарушениями психофизического развития осуществляется в спецгруппах на базе птузов, в ссузах, а также вузах республики, Центрах профобучения и переобучения инвалидов, на курсах службы занятости, УПП БелОИ. Однако эта система профподготовки явно недостаточна и не охватывает всех нуждающихся в получении доступной по состоянию здоровья и востребованной на рынке труда профессии, ограничен также и список профессий для обучения подростков-инвалидов с психофизическими нарушениями через птузы и ссузы.

Таким образом, эффективность профессиональной реабилитации подростков-инвалидов будет высокой только при своевременной комплексной диагностике имеющихся нарушений у ребенка, полноценном выполнении ИПРР на базе ЛПУ, спецшкол, учреждений профессионального образования. Целенаправленное *формирование профпригодности у подростков с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья* мерами комплексного коррекционного воздействия, включая образование, воспитание, приобретение навыков социальной компетентности, заканчивающееся экспертизой профпригодности с адекватным подбором профессий, ориентированных на передовой сектор рынка труда, могут обеспечить полноценную интеграцию данной категории подростков в социальную среду.

ГЛАВА 4. Эффективная технология медико-профессиональной реабилитации детей-инвалидов как мера их социальной защиты в современных условиях

Неблагоприятная экологическая и достаточно сложная экономическая ситуация в нашей республике находят свое отражение в ухудшении демографических показателей, росте хронических заболеваний у населения (в том числе у детей), растущей численности детей-инвалидов. Так, по данным статистики, в 1994 г. число детей-инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты, составляло 18 971 человек, в 1999 г. их было 26 448, в 2004 г. было зарегистрировано 29 282 ребенка-инвалида, на 1 января 2009 г. общее количество детей-инвалидов – 26 632 [20, 22].

Среди причин, вызывающих инвалидизацию детей, выделяются врожденные аномалии развития, болезни нервной и эндокринной системы, новообразования, психические расстройства, заболевания костно-мышечной системы, врожденные болезни глаза и придаточного аппарата, нарушения слуха. С возрастом наблюдается увеличение патологической пораженности детей. Так, если детская инвалидность в возрасте от 0 до 4 лет представлена 0,42 случаями на 10 тыс. населения соответствующего возраста, то к 15–17 годам их становится 3,12 на 10 тыс. [22]. Кроме функциональных нарушений вследствие основного заболевания у значительного числа детей-инвалидов наблюдается сопутствующая соматическая патология.

4.1. Разработка и апробация технологии комплексной МПР детей-инвалидов

Успешность реабилитационных мероприятий, способствующих полноценной социальной интеграции ребенка с ограничениями жизнедеятельности, определяется комплексностью воздействия на организм в целом. Поэтому в данном случае рассматривались все параметры здоровья ребенка. В частности, *оценивалось состояние соматического здоровья, общее развитие и функциональное состояние органов и систем.* Проведенные в рамках Государственной научно-технической программы «Реабилитация» исследования состояния соматического здоровья у подростков-инвалидов 14–18 лет (233 человека) с неврологической, офталь-

мологической, ортопедо-травматологической патологией показали следующее [23, с. 86–87; 25, с. 75–76; 30, с. 46]. У 56,1 % обследованных имелась *сопутствующая соматическая патология* (болезни органов кардио-респираторной системы, пищеварительной, эндокринной и т. д.). У трети обследованных детей-инвалидов наблюдалось *снижение резервных возможностей сердечно-сосудистой системы*. Выявленные функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы отмечались в рамках следующих нозологий: нейроциркуляторная дистония, миокардиодистрофия, пограничная артериальная гипертензия и т. д.

При оценке показателей, характеризующих *физическое развитие* обследованных, было установлено, что значительное число детей-инвалидов с неврологическими заболеваниями (50,4 %), офтальмологической патологией (38,0%), сколиотической болезнью (60 %) имели дисгармоничное физическое развитие.

Указанные *сопутствующие нарушения здоровья усугубляли ограничения жизнедеятельности, имеющиеся у данной категории лиц*.

Уточненные данные показали легкую степень выраженности (ФК 1) сопутствующих соматических нарушений и нарушений резервных возможностей организма у 89,5 % детей, умеренную (ФК 2) – у 10,5 % школьников. Выраженных нарушений соматического здоровья у обследуемого контингента не наблюдалось.

Методами реабилитации данного возрастного контингента в рамках *сопутствующих соматических и общефункциональных нарушений* были: *медикаментозное лечение*, направленное на симптоматическое, профилактическое, противорецидивное, общеукрепляющее воздействие; *физическая реабилитация* специфического и общего характера (комбинированные упражнения для коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата, повышения функциональных резервных возможностей организма и толерантности к физическим нагрузкам). Осуществлялись эти меры врачами поликлиники (педиатром, физиотерапевтом, врачами и инструкторами ЛФК), преподавателем физического воспитания школы.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что наиболее *слабо разработанным звеном в реабилитационном процессе в учреждениях здравоохранения, образования, социальной защиты является медико-профессиональная реабилитация* как важный раздел профессиональной реабилитации и *ее основные функциональные компоненты: профессиональная ориентация, профессиональная информация, профессиональная диагностика, профес-*

сиональное консультирование и профподбор. Тогда как именно этот аспект во многом определяет эффективный и значимый результат реабилитационной работы в целом.

Своевременная медико-профессиональная (в том числе психофизиологическая) диагностика биологических задатков способностей к труду у младших школьников, включающая изучение состояния профессионально значимых функций (ПЗФ) и профессионально важных качеств, грамотная их коррекция наряду с мерами медицинского и психолого-педагогического воздействия, позволяют *целенаправленно формировать профпригодность.*

Успешность освоения профессиональных навыков и теоретических знаний во многих профессиях в значительной степени зависит от функционального состояния ЦНС (далее – *ФС ЦНС*), индивидуально-типологических особенностей ВНД, сенсомоторной координации, уровня развития профзначимых высших психических функций (далее – *ВПФ*), профессионально значимых силовых и аналитических функций двигательной системы, состояния тактильной чувствительности, точности линейного глазомера и других анализаторных функций.

Инструментальное физиологическое и психофизиологическое исследование [30, 36, 51, 63–65] исходного состояния указанных профессионально значимых функций с последующей оценкой профпригодности и вынесением профрекомендаций у 150 подростков-инвалидов неврологического (44 человека), ортопедотравматологического (53 человека), офтальмологического (53 человека) профилей показало следующее. У значительного числа школьников с неврологической (78 %), офтальмологической (65 %), ортопедотравматологической (61 %) патологией наблюдалось умеренно выраженное, до 2-й степени патологического сдвига, снижение критериальных параметров функционального состояния центральной нервной системы, определяющих регуляторные, адаптационные и гомеостатические возможности ЦНС.

У большинства обследованных учащихся наблюдалась высокая подвижность возбудительного нервного процесса и низкая подвижность тормозного нервного процесса. Баланс нервных процессов был сдвинут в сторону преобладания тормозных реакций у подавляющего большинства учащихся (96,8 %). Достоверно ниже, чем у здоровых сверстников, у данной категории детей был уровень лабильности нервных процессов. При осуществлении простой условно-рефлекторной деятельности не выявлялось выраженного активирования подкорковых структур головного моз-

га, что свидетельствовало о сниженной адаптированности данной категории учащихся к меняющимся условиям среды (в том числе учебным, профессиональным).

У большого числа детей-инвалидов (45 % учащихся с ортопедо-травматологической, 71 % с офтальмологической, 86 % лиц с неврологической патологией) были снижены параметры профессионально значимых высших психических функций (внимание, памяти, оперативного и логического мышления). Отставали в развитии от возрастной нормы показатели ряда двигательных качеств (силы и выносливости мышц кисти, координации и точности движений, дифференцирования мышечных усилий) и другие профессионально значимые функции [24, с. 231–232].

Психологическое диагностическое тестирование интеллектуально-мнестической сферы, эмоционально-волевых качеств, личностных особенностей, сформированности и направленности мотивационных установок, профессиональных притязаний, интересов, склонностей у указанных групп школьников выявило много проблем психологического характера.

Так, у 67 % школьников не были сформированы адекватные возможностям профнамерения. Более чем у половины обследованных наблюдались нарушения эмоционально-волевой сферы, снижение показателей когнитивных функций. Отмечалось отставание в развитии такого познавательного процесса, как внимание, что является отражением общей истощаемости психических процессов в результате имеющегося заболевания. Более выраженный характер это имело у неврологических больных (86,3 % случаев) и слабовидящих школьников (71,2 %), в меньшей степени у учащихся со сколиотической болезнью (44,1 %). Отмечено также снижение параметров абстрактного мышления, памяти (у 48 % детей-инвалидов с неврологической патологией, 20 % – ортопедотравматологического профиля). В эмоционально-волевой и личностной сферах у большинства обследованных выявлялись повышенная тревожность, эмоциональная напряженность, общая апатичность, неуверенность в своих силах, неадекватная самооценка [24, с. 233].

Минимизация проявлений всего спектра выявленных нарушений у вышеуказанной категории детей-инвалидов требовали системного подхода и целенаправленного комплексного воздействия. С учетом этих требований при активном участии авторов данной монографии была разработана *технология комплексной медико-профессиональной реабилитации* (далее – МПР) детей-инвалидов. Данная технология была апробирована в стационарных условиях

(ГУ НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации), на базе детских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и спецшкол для детей с двигательными нарушениями, офтальмологической патологией и сколиотической болезнью [25, 30, 31, 32].

Технология комплексной медико-профессиональной реабилитации состоит из следующих блоков:

1) *медицинского*, включающего:

- а) медикаментозную терапию, направленную на снижение проявлений основного заболевания;
- б) физическую реабилитацию, нацеленную на снижение выраженности основного дефекта (у больных с неврологической и ортопедической патологией);
- в) психотерапию для коррекции личностных особенностей, нарушений психического статуса;
- г) эрготерапию, ориентированную на увеличение объема самостоятельности в быту;
- д) логопедические занятия с целью стимуляции и развития артикулярной моторики, расширения словарного запаса и т. д.;
- е) тренировку когнитивных функций;

2) *психологического*, включающего:

- а) психологическую диагностику с целью выявления нарушений в психологическом статусе;
- б) психологическую коррекцию нарушений и отклонений интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой и личностной сферы;
- в) формирование мотивационных установок на обучение и труд;
- г) формирование профессиональных намерений, интересов в сфере профессий, доступных по состоянию здоровья;
- д) развитие профзначимых качеств и навыков (коммуникации, социальной компетенции и т. д.);

3) *профориентационного*, включающего:

- а) психофизиологическую диагностику уровня развития профессионально значимых функций организма (ПЗФ);
- б) коррекцию отстающих в развитии ПЗФ;
- в) определение профпригодности в соответствии с разработанными медико-социальными оценочными критериями;
- г) подбор доступных профессий, показанных по состоянию здоровья, с учетом психологических и психофизиологических возможностей подростков;

- д) профессиографический анализ выбранных профессий, учитывающий требования профессии к человеку;
 - е) вынесение рекомендаций по профобучению, уровням и условиям обучения и последующего рационального трудоустройства;
- 4) *социального, ориентированного:*
- а) на обеспечение техническими средствами реабилитации, в том числе для обучения и труда;
 - б) оказание консультативно-информационной, правовой помощи;
 - в) на работу с родителями и ближайшим окружением реабилитантов для усиления эффективности результатов реабилитации («школа для родителей», обучение навыкам коррекционной работы в домашних условиях и т. д.).

Основным инструментом реализации данной технологии являлась *индивидуальная программа реабилитации ребенка*, которая составлялась каждому учащемуся и включала указанные выше разделы.

При работе с детьми младшего школьного возраста делался акцент:

– на дифференцированную клинико-психофизиологическую диагностику уровня развития ребенка для определения его актуальных и потенциальных возможностей (с оценкой реабилитационного потенциала) и взятие этого процесса под медико-социально-педагогический контроль;

– выбор направлений и средств комплексной реабилитации для обеспечения снижения степени утраты здоровья и проявления ограничений жизнедеятельности ребенка;

– разработку индивидуальной программы абилитации (реабилитации) ребенка для реализации ее разделов в ЛПУ и спецшколах (отрывные талоны из ИПРР) и проведением оценки ее эффективности.

Реализация комплексной программы медико-профессиональной реабилитации, наряду с коррекцией основного дефекта и сопутствующих нарушений, должна обеспечить *мотивационную, психологическую и психофизиологическую готовность ребенка к обучению*, а также *планомерное развитие биологических задатков способностей к труду*, что является предпосылкой для овладения ими профессиональными навыками в среднем школьном возрасте.

Программа МПР подростков-инвалидов *среднего школьного возраста* предусматривает: реализацию мероприятий ме-

дицинского блока; усиление роли психолого-педагогического; профессионально-прикладного; профориентационного аспектов реабилитации; первичное медико-профессиональное консультирование.

На этом этапе проводилось *первичное медико-профессиональное консультирование* учащихся-инвалидов с целью диагностики и коррекции уровня развития *профессионально значимых функций организма*, имеющих *профнамерений, интересов, склонностей*, формирования *адекватных возможностям установок на профессиональное обучение и труд*. В этой комплексной работе необходимо тесное взаимодействие учреждений Министерства здравоохранения (детские ЛПУ), Министерства образования (общеобразовательные школы, спецшколы), Министерства труда и социальной защиты (школы-интернаты, центры профориентации молодежи).

В старшем школьном возрасте важным компонентом МПР подростков-инвалидов являлось повторное *медико-профессиональное консультирование* с научно обоснованным подбором конкретных профессий, видов труда, выбор в соответствии с критериями профотбора оптимальных форм профобучения, вынесение заключений-профрекоммендаций. На этом этапе усиливалась коррекционная роль и удельный вес методов профессионально-прикладной и физической подготовки, психологических консультаций и тренингов. Реабилитационная работа с подростками включала также и все указанные выше разделы.

Для доказательства *эффективности* технологии МПР в минимизации имеющихся отклонений у детей-инвалидов и подростков-инвалидов, оценки достигнутых результатов в формировании их профпригодности проводился контроль результативности проведенных реабилитационных мероприятий (прил. 3).

4.2. Оценка эффективности технологии комплексной МПР детей-инвалидов

В ходе *апробации* разработанной технологии на стационарном и амбулаторном этапах на базе спецшкол для детей с двигательными, зрительными нарушениями, со сколиотической патологией проводилась *комплексная оценка эффективности* проведенных мероприятий и оценка успешности выполнения отдельных разделов реабилитационной технологии. Критерии количественной и качественной оценки эффективности проведенных абилитационно-реабилитационных мероприятий приведены в прил. 3.

Результативность реабилитационных мероприятий оценивалась по величине коэффициента эффективности ($K_{эф.}$), определяемого как частное от деления показателей функций (в баллах) до реабилитации на таковые после реабилитации. «Значительному улучшению» соответствовал $K_{эф.} = 2$, «улучшению» – $K_{эф.} = 1,2-1,99$; «незначительному улучшению» – $1,06-1,19$; «без перемен» – $0,95-1,05$; «ухудшению» – $< 0,95$ [30, с. 76].

Результативность проведенных мероприятий в большей степени зависела от тяжести имеющихся нарушений. Так, наименьшего результата удалось достичь по коррекции первично нарушенных функций (на 5–10 %), что объясняется относительно небольшим сроком реабилитации, тяжестью и сформированностью дефекта.

Положительная динамика отмечалась в состоянии *соматического здоровья детей-инвалидов*. После проведения курса обозначенных выше мер степень выраженности соматических заболеваний снизилась умеренно – у 11 % детей, значительно – у 5,5 %, у 33 % – наметилась тенденция к улучшению. *Положительная динамика отмечена и в развитии резервных возможностей и функционального состояния сердечно-сосудистой и кардиореспираторной систем* (у 28 % школьников). Также отмечена положительная роль вспомогательных методов реабилитации (ЛФК, физическая терапия), проводимых на базе поликлиник, школ. В частности, у 50 % детей в результате систематических занятий ЛФК на уроках и дома удалось достичь улучшений осанки, у 10% это улучшение рассматривалось как «значительное» и у 10 % – как тенденция к улучшению.

Оценка эффективности комплексных реабилитационных мероприятий по оптимизации *функционального состояния ЦНС* показала «улучшение» и «значительное улучшение» критериальных показателей ФС ЦНС у 25 % подростков со зрительной и 25 % учащихся с ортопедической патологией, а также – у 15 % неврологических больных. *Показатели скорости и продуктивности операций логического и оперативного мышления улучшились* у 24 % подростков с нарушениями зрения и у 16,7 % неврологических больных. Исследование показало, что у 25 % слабовидящих детей и 17,7 % неврологических больных *улучшились показатели мышечной кистевой силы*; у 10,7 % детей с нарушениями зрения и 17,7 % лиц с неврологической патологией *повысилась статическая выносливость, улучшилась координация движений рук*; у 11,8 % неврологических больных и 31 % офтальмологических больных *повысились параметры мышечно-суставной чувствительности*.

Таким образом, достаточно хороших и устойчивых результатов удалось достичь в состоянии соматического здоровья и по улучшению показателей профессионально значимых функций двигательной системы и высших психических функций, которые во многом определяют успешность овладения профессиональными навыками. Значительно улучшился психологический статус учащихся.

Следует отметить, что важным звеном в рамках комплексного реабилитационного воздействия была работа по психологической коррекции эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей, коммуникативных навыков детей, обеспечивающая успешность их социальной адаптации и интеграции. Основная часть этой работы реализовывалась силами специалистов (медицинский психолог, психотерапевт), которые проводили занятия по психологической коррекции на базе участковых поликлиник для учащихся с ограниченными возможностями, обучающихся в общеобразовательных школах. Проведение индивидуальных и групповых занятий в процессе обучения вменялось в обязанности школьного психолога.

Первичная оценка функционального состояния психологического статуса выявила общие закономерности для всех учащихся: низкий уровень развития всех свойств внимания (продуктивность, устойчивость, распределение, переключение, объем), снижение уровня развития речи (связность, логичность, последовательность, умение дать определение понятию, пассивный и активный словарный запас). Среди психологических особенностей учащихся были выделены два основных симптомокомплекса (по карте Стотта): тревога по отношению к взрослым и враждебность по отношению к взрослым. Почти для всей группы учащихся была характерна низкая самооценка, низкий уровень притязаний и волевых качеств личности. Лишь у 36,1 % обследованных отмечено нормальное состояние эмоциональной сферы.

Основными методами работы по снижению проявлений выявленных нарушений были групповые и индивидуальные занятия по коррекции эмоционально-волевой сферы, формированию коммуникативных навыков и индивидуальные занятия по развитию когнитивных функций как на базе детских поликлиник (медицинский психолог, психотерапевт), так и в школах (силами школьного психолога). Проведенные мероприятия позволили улучшить показатели психологического статуса у 50 % под-ростков.

Всем учащимся подросткового возраста в ходе медико-профессионального консультирования были подобраны специальности для дальнейшего профессионального обучения, обозначены уровни и условия обучения, а также показанные факторы производственной среды и трудового процесса.

В дальнейшем по результатам обратной связи путем запросов в школы анкетирования, интервьюирования учащихся, получивших профрекомендации, было установлено, что значительная часть подростков с неврологическими (70,7 %), офтальмологическими (83,7%) заболеваниями, сколиотической болезнью (68,3 %) продолжили свое профессиональное обучение в ПТУ, ссузах, вузах республики, на курсах службы занятости, были трудоустроены в обычных и спецусловиях (на предприятиях БелГИЗ) в соответствии с выданными заключениями-профрекомендациями. Часть подростков продолжили обучение в средней школе (для получения общего среднего образования).

Представленные результаты свидетельствуют о большой нуждаемости детей-инвалидов в реабилитационных услугах медицинского, психологического, психолого-педагогического, профориентационного и социального характера. Указанный спектр реабилитационных мероприятий только в комплексе может обеспечить повышение уровня функциональных возможностей детей-инвалидов, снизить у них проявления ограничений жизнедеятельности и социальной дезадаптации, способствовать формированию профпригодности в рамках доступных профессий и полноценной интеграции в общество и профессиональную среду.

ГЛАВА 5. Профориентационное направление в профессиональной реабилитации подростков-инвалидов

Важной составляющей социальной интеграции человека в общество является его реализация в профессиональной деятельности. Данный вектор социального функционирования является одним из определяющих на протяжении практически всей жизни человека. Весьма серьезно проблема профессионального самоопределения стоит на этапе выбора профессии в момент окончания школы, на этапе вхождения в профессию и адаптации к ней, и в дальнейшем на протяжении всей профессиональной жизни человеку необходимо доказывать свое соответствие меняющимся требованиям профессии и рынка труда.

Особенно сложно решаются указанные вопросы людьми, имеющими нарушения психофизического развития и состояния здоровья. Для них, как в прочем и для их здоровых сверстников, весьма важно стать конкурентноспособными на современном рынке труда, занять на нем свое достойное место, соответствующее их возможностям и устремлениям. Обеспечить конкурентоспособность подростков с ограниченными возможностями *возможно путем сочетания трудового и профессионального обучения с поэтапным формированием у них профессиональной пригодности, навыков социального функционирования, соответствующей мотивационной направленности*, что потребует объединения усилий, медицинских работников, педагогов, психологов, профконсультантов, специалистов по социальной работе.

Большую помощь подросткам-инвалидам в решении вопроса выбора профессии для профессионального обучения может оказать своевременно, поэтапно и грамотно проведенная *профориентационная работа*, сочетающая разнообразные формы, методы и базирующаяся на научно-обоснованных подходах.

Итак, в системе реабилитационных мероприятий для подростков-инвалидов одним из основных социально значимых, как указывалось выше, является *профориентационный аспект*.

Научно обоснованный выбор профессий и видов труда для подростков с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья *должен базироваться на учете* следующих принципиальных позиций: состоянии здоровья, психофизиологических возможностях, психологических особенностях, образовательном

уровне, потребностях в специально созданных условиях для профессионального обучения и труда и группе социально значимых факторов [43–46]. В этом ряду критериальных показателей весьма важным является своевременное определение и целенаправленное формирование у подростков-инвалидов профессионально ориентированных мотивов, интересов и склонностей, соответствующих их возможностям, адекватной профессиональной направленности.

Как указывалось выше, данный профориентационный аспект реабилитационных мероприятий в отношении инвалидов в новой редакции Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» помещен в раздел профессиональной реабилитации [1].

Для этой категории лиц определение доступных для профессионального обучения и последующего трудоустройства профессий и видов труда представляет значительные трудности.

Как показывают наши исследования и данные других авторов [44, 46–50], у подростков-инвалидов значительно медленнее формируются социально значимые личностные качества и навыки, профессиональная направленность, поэтому им намного сложнее сделать правильный профессиональный выбор, чем их здоровым сверстникам.

Вопросами оценки профпригодности подростков-инвалидов и определения круга доступных для их обучения профессий занимаются *медико-экспертно-реабилитационные комиссии (МРЭК)* и организованные при них *кабинеты медико-профессиональной реабилитации (кабинеты МПР)*, согласно постановлению Совета Министров Республики Беларусь от 16 октября 2007 г. № 1341 «Об утверждении Положения о медико-реабилитационно-экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства республики Беларусь и их отдельных положений» [14]. Вместе с тем в настоящее время отсутствует четко и отлаженно действующая система оказания различных видов профориентационных услуг для подростков с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья, в том числе на базе реабилитационных учреждений разного ведомственного подчинения, включающая следующие функциональные компоненты: *профинформацию и профпропаганду, профпросвещение, профдиагностику, профподбор, профконсультирование*. Однако, как показано выше, потребность такого рода реабилитационных мероприятий у данной категории молодежи велика.

Этим обусловлена необходимость организации эффективной профориентационной работы с подростками-инвалидами по разным направлениям для оказания им помощи в осознанном выборе профессии, соответствующей не только их притязаниям, но и возможностям, в учреждениях, оказывающих различные виды реабилитационных услуг.

Одним из важных и ответственных направлений профориентационной работы с подростками-инвалидами является *профессиональная психофизиологическая и психологическая диагностика*, которая предоставляет объективную информацию об особенностях и возможностях подростка, его профессионально ориентированных интересах и склонностях.

Психологическое профессиональное диагностическое обследование позволяет оценить соответствие профессионального выбора подростка его реальным психическим возможностям и выявить специфику психологических детерминант этого выбора.

Специальная профессиональная психодиагностика, направленная на определение склонностей подростка к различным типам профессиональной деятельности в зависимости от предмета труда, а также его желаний и интересов, обуславливающих ту или иную профессиональную ориентацию личности, позволяет выявить предпочитаемые профессии, исходя из обобщения их существенных характеристик (тяжесть труда, уровень нервно-психического напряжения, система подчинения, мера ответственности и т. д.). Кроме того, профдиагностика позволит оценить уровень осведомленности о различных профессиях, степень соответствия предпочитаемого типа деятельности профессиональным интересам, характерологическим особенностям, психофизиологическим возможностям.

5.1. Медико-профессиональное консультирование школьников с нарушениями здоровья на этапе выбора профессии

Получение профессии, соответствующей индивидуальным возможностям, интересам и склонностям для лиц с ограничениями жизнедеятельности открывает им путь в общество и профессиональную среду. *Первая ступень* на пути – это получение *общего базового или общего среднего образования, допрофессионально-трудова подготовка в школе.*

Вместе с тем наличие образовательной или специализированной подготовки в профильных классах общеобразовательных

школ, лицеев, гимназий не является гарантией последующего обоснованного выбора специальности для профессионального обучения и успешной трудовой деятельности в будущем, полноценной интеграции в социум.

Для того чтобы процесс профессионального обучения и профессиональной адаптации были эффективными, необходимо своевременно и правильно определить у учащихся *потенциальные способности к труду*. Особенно ответственным является данный этап для школьников с ограниченными возможностями. Весьма важным моментом в этом процессе являются вовремя выявленные и сформированные в нужном направлении *профессиональные интересы и склонности* у данной категории учащихся. Определение потенциальных возможностей подростков-инвалидов, подбор доступных для обучения профессий – процесс сложный, многоступенчатый, он должен проходить в несколько этапов, захватывая не только период окончания школы, но и более ранние периоды.

Так, *подготовку* подростка-инвалида к обоснованному выбору наиболее целесообразных и соответствующих индивидуальным возможностям профилей обучения в спецклассах общеобразовательных школ, в специализированных школах, лицеях, гимназиях нужно начинать *за 1–2 года* до момента определения.

Этот процесс должен осуществляться при активном участии самого учащегося, его родителей и находиться под контролем соответствующих специалистов медицинского профиля, психофизиологов, психологов, профконсультантов, педагогов. Именно квалифицированные специалисты в ходе медико-профессионального консультирования на основании результатов комплексного медико-психофизиологического обследования особенностей подростка, с учетом уровня развития способностей, профессиональных склонностей, данных профессиографического анализа профессий и потребностей рынка труда, могут помочь учащемуся сориентироваться в выборе оптимальных для него профессий для последующего обучения. Кроме того, помогут в соответствии с этим определить, какой профильный класс или спецшколу ему следует выбрать, чтобы начать подготовку к освоению будущей специальности. Это позволит обеспечить *преemptивность процесса подготовки к обучению показанной по состоянию здоровья специальности*.

Для подростков-инвалидов выбор направлений профессионального обучения, наиболее соответствующих их возможностям и склонностям, на уровне *общего среднего образования* в школе, спецшколе, лицее, гимназии, очень важен, так как позволит им

продолжить обучение по данному профилю в *колледже, техникуме, вузе. Преимущество в обучении обеспечит максимальную эффективность* освоения учебной программы, *удовлетворительную адаптацию* в процессе профессионального обучения, последовательное углубленное изучение дисциплин (специальности) в условиях перехода с одного уровня подготовки на другой (*школа – ПТУ – ссуз – вуз*). Это позволит молодому человеку с нарушениями психофизического развития и состояния здоровья вырасти в конкурентоспособного специалиста, ориентированного на передовой сектор рынка труда.

Для подростков-инвалидов и больных, которые в силу ряда обстоятельств собираются, получив *общее базовое образование*, продолжить обучение на базе *профтехучилищ, колледжей*, также необходимо *первичную медико-профессиональную диагностику и профконсультацию проводить за 1–2 года до окончания базовой школы*.

Таким образом, к моменту окончания школы подросток сможет целенаправленно, осознано, с достаточным уровнем мотивационной сформированности продолжить свое обучение в системе профессионального образования разного уровня.

Итак, *для успешной и эффективной последующей профессиональной подготовки детей-инвалидов и детей, имеющих нарушения психофизического развития и состояния здоровья, необходимо следующее:*

1. Своевременное, за 1–2 года до окончания базовой школы, проведение *первичного профконсультирования*, включающего:

- комплексное *медицинское обследование*;
- *психофизиологическую диагностику* уровня развития тех физиологических функций и психологических качеств, которые являются профессионально значимыми при освоении многих профессий и определяют успешность профессиональной деятельности (прил. 1);

- развернутую *психологическую диагностику*, изучение личностных особенностей, направленности, глубины и сформированности профнамерений, интересов, склонностей, ценностных ориентаций, профессиональных притязаний, уровень мотивационной готовности к обучению;

- психолого-педагогическую оценку успешности освоения учебных предметов.

2. Вынесение обоснованного *первичного профзаключения* о профессиональной пригодности подростка с подбором примерно-

го перечня доступных, показанных для профобучения профессий и склонностей, лежащих в сфере его интересов.

3. Составление *программы медико-профессиональной реабилитации*, коррекции выявленных отклонений в развитии профзначимых психофизиологических функций, нарушений психологического статуса (например, коррекция высших психических функций, минимизация координаторных нарушений, коррекция профнамерений в рамках доступных профессий, нарушений эмоционально-волевой сферы и т. д.).

4. Занесение результатов комплексного медико-профессионального обследования в *индивидуальную программу реабилитации* ребенка, в том числе в профориентационный и профдиагностический разделы (прил. 4).

В медучреждения по месту жительства, в учреждения образования (общеобразовательные школы, спецшколы) должны отсылаться сведения (может быть, отрывные талоны) из ИПРР о результатах медико-профессиональной диагностики с профконсультативным заключением, с расписанием мероприятий по медицинской реабилитации, указанием на необходимость коррекции отстающих в развитии профзначимых высших психических функций и функций двигательной системы с использованием методов психолого-педагогической коррекции, физической культуры, ЛФК, средств профессионально-прикладной физической подготовки, методов внеклассной и кружковой работы.

Например, при освоении профессии *оператор ЭВМ* в число *профессионально значимых функций двигательной системы* входят: мышечная кистевая сила, выносливость к статическому усилию, координация движений рук, функциональная подвижность двигательного аппарата (прил. 1). В случае отставания в развитии указанных функций у учащегося, который желает обучаться впоследствии данной профессии, можно развивать эти функции в рамках разработанной коррекционной программы с применением методов физической культуры (ЛФК), специальных тренировок, приемов профессионально-прикладной физической подготовки, занятий на тренажерах и т. д.

5. Проведение *повторного медико-профессионального консультирования* для определения профпригодности и уточнения круга доступных для профобучения профессий (специальностей) с учетом изменений состояния здоровья, психофизиологических возможностей, профессиональных планов подростков выпускных классов (15–18 лет).

Так же, как и при первичном профконсультировании, подросток проходит углубленное медицинское, клинико-функциональное, психофизиологическое, социально-психологическое диагностическое обследование. Проводится анализ педагогически значимых показателей успеваемости и психолого-педагогической характеристики, выданной школой, изучается комплекс социальных факторов. При определении группы профессий (специальностей) для обучения проводится профессиографический анализ каждой профессии, изучаются требования профессии к организму и психофизиологическим особенностям человека, санитарно-гигиенические условия труда в рекомендуемых профессиях.

По итогам проведенного обследования с участием бригады специалистов (терапевта или педиатра, психоневролога или психиатра, профильного специалиста-невропатолога, отоларинголога и т. д., психолога, профконсультанта-психофизиолога или физиолога труда, социального работника) выносится заключение-профрекомендация. Профзаключение содержит перечень доступных профессий для обучения, наиболее приемлемых форм, уровней, условий (на общих основаниях или в спецгруппах) профессионального обучения, тип учебного учреждения, нуждаемость в технических средствах реабилитации, при необходимости – в индивидуальном подходе при сдаче экзаменов и профессиональном обучении. В заключении-профрекомендации должен содержаться перечень противопоказанных факторов производственной среды и трудового процесса, который нацелит обследуемого после окончания обучения по избранной специальности на поиск рабочего места, соответствующего по условиям труда состоянию его здоровья, психофизическим возможностям и психологическим особенностям.

5.2. Критерии оценки профпригодности и подбора профессии для профессионального обучения подростков-инвалидов

Определение профпригодности подростков-инвалидов и молодых инвалидов и профподбор должны базироваться на комплексной оценке состояния их здоровья, психофизиологических особенностей и ряда других позиций, учитывать сохранные возможности инвалида. Процедуры комплексной профессиональной диагностики входят составными частями в общую систему медико-профессионального консультирования и основываются на *медицинских, психологических, психофизиологических, психолого-*

педагогических, профессиональных, социально значимых оценочных критериях.

1. *Медицинские, клинико-функциональные критерии* оценки профпригодности, профотбора и профподбора включают следующие позиции:

- оценку основного инвалидизирующего заболевания, тяжесть и характер его течения, степень выраженности функциональных нарушений, клинико-трудовой прогноз относительно основного заболевания;
- оценку сопутствующих нарушений органов и систем;
- оценку ограничений жизнедеятельности, значимых при определении профпригодности;
- группу противопоказанных факторов производственной среды и трудового процесса с учетом имеющихся нарушений вследствие основного инвалидизирующего заболевания.

Четкая формулировка заключения врачом-экспертом, включающая описание всех указанных вопросов, необходима для правильной оценки имеющихся ограничений способностей к профобучению и труду и определения возможностей участия дефектной функции инвалида в процессе профессионального обучения и трудовой деятельности, подбора профессий по медицинским показаниям.

2. *Психологические критерии* оценки профессионально значимых свойств и качеств.

- состояние интеллектуально-мнестической функции;
- состояние эмоционально-волевой сферы, наличие невротоподобных нарушений;
- психологические особенности личности, наличие психопатоподобных нарушений на уровне личности;
- направленность и сформированность профессиональных интересов, склонностей, намерений;
- оценка степени сформированности профессионально значимых психологических качеств (для данной профессии или группы профессий).

3. *Психофизиологические критерии* оценки профессионально значимых функций организма (для каждой профессии существует свой набор ПЗФ и их ранговое распределение) :

- функциональное состояние ЦНС;
- индивидуально-типологические свойства ВНД (сила, подвижность, уравновешенность основных нервных процессов);
- выраженность корковых-подкорковых взаимоотношений;

- лабильность нервных процессов в зрительном анализаторе.
- уровень развития профессионально значимых высших психических функций (ВПФ);
- состояние профессионально значимых функций двигательной системы;
- состояние профессионально значимых анализаторных функций (точность линейного глазомера, мышечно-суставная, тактильная чувствительность и др., в зависимости от требования профессии к организму работающего).

4. Психолого-педагогические критерии:

- уровень образования (базовое, общее среднее, цензовое образование, нецензовое образование, при наличии – профессионально-техническое, среднее специальное);
- качество усвоенных знаний (средний балл, баллы по профильным дисциплинам);
- психолого-педагогическая характеристика инвалида из учебного учреждения;
- мотивационные установки для получения профессионального образования.

5. Социально значимые критерии:

- социальный статус;
- экономическое положение семьи;
- семейно-средовое окружение;
- социальное окружение;
- уровень социальной компетентности и адаптации;
- нуждаемость в специальных технических средствах или спецусловиях для профобучения или спецусловиях.

6. Профессиографические критерии:

- анализ видов деятельности, входящих в состав профессии (специальности);
- требования профессии к состоянию здоровья (имеющиеся противопоказания) и психофизиологическим возможностям реабилитанта;
- соответствие условий производственной среды и трудового процесса, в которых реализуются профессиональные действия, состоянию здоровья и психофизиологическим возможностям реабилитанта;
- соответствие ПЗФ организма и психологических особенностей реабилитанта требованиям профессии (специальности);
- степень участия и возможность участия дефектной функции в труде;

– результаты проведения профессиональных проб, профессионального тестирования (уровень освоенности реабилитантами общеобразовательных предметов, уровень успешности, качество выполнения специальных заданий-тестов с целью выявления имеющихся навыков, склонностей к определенным видам профессиональной деятельности).

Следует помнить, что все указанные *критериальные показатели* входят в единый комплекс медико-социальных критериев и должны рассматриваться и анализироваться во взаимосвязи друг с другом. Это позволит сделать обоснованный вывод об *абсолютной, относительной профпригодности или профнепригодности* реабилитанта к определенной профессии (специальности). В случае *профнепригодности* инвалида к данной профессии проведенный комплексный анализ критериальных показателей даст возможность осуществить подбор ряда других профессий (специальностей), наиболее адекватных его состоянию здоровья и психофизиологическим возможностям.

5.3. Рекомендации по методике профессионального отбора инвалидов на профессиональное обучение

Как указывалось выше, профессиональная пригодность человека определяется степенью соответствия его профессиональных возможностей требованиям профессии. Это соответствие определяется, в том числе, по наличию и должному уровню развития профессионально значимых функций и профессионально важных качеств претендента на обучение той или иной профессии, которые выделяют из объективных характеристик профессиональной деятельности [44, 52]. Выделенным структурным компонентам и общим типовым элементам в составе каждой профессии соответствуют конкретные требования к физиологическим, психофизиологическим функциям и психологическим качествам работника. Причем важен не только полный набор определенных для каждого вида профессиональной деятельности ПЗФ и ПВК, но и те ранговые места (по степени их значимости для трудовой деятельности), которые они занимают в *психограмме* как части *профессиограммы*, и *психофизиологическом портрете* профессии.

Психограмма представляет собой ту часть *профессиограммы* (документа, описывающего профессию, ее содержание, техническое обеспечение, режим и условия труда, медицинские противопо-

показания и т. д.), в которой отражены профессионально обусловленные требования к определенным психологическим характеристикам и свойствам личности работающего человека [44].

Психофизиологический портрет профессии представляет собой научно обоснованный перечень профессионально значимых физиологических и психофизиологических функций, должный уровень развития которых лимитирует успешность профессионального обучения и во многом определяет эффективность трудовой деятельности в рамках определенной профессии.

В этой связи при определении пригодности человека к той или иной профессии производится диагностика (профессиональная диагностика) наличествующего состава и уровня развития ПЗФ и ПВК претендента. Следует не забывать о том, каждой профессии соответствует свой набор ПЗФ и ПВК, располагающихся по определенным ранговым местам.

Определение профессиональной пригодности человека должно базироваться на медико-социальных оценочных критериях (см. п. 5.2 настоящего издания), которые позволяют предельно объективизировать данную процедуру и значительно уменьшить число ошибок при ее проведении.

Профессионально пригодным считается человек, который может в обозначенный программой обучения срок освоить профессию, хорошо адаптироваться на рабочем месте, выполнять работу на должном уровне эффективности, иметь возможность профессионального, квалификационного роста.

Относительно пригодным признается человек, который в состоянии в целом освоить программу обучения профессии (возможно с удлинением сроков обучения, использованием индивидуального подхода в процессе обучения), удовлетворительно адаптироваться на рабочем месте (возможно при создании специальных условий). Может выполнять работу в составе профессии не в полном объеме, имеет ограничения по состоянию здоровья, по уровню рабочих нагрузок, режиму и условиям труда.

Профнепригодным считается человек, который не в состоянии освоить профессию в реальные сроки, имеющий противопоказания (абсолютные) по состоянию здоровья, либо по условиям труда к занятию данной профессиональной деятельностью.

Профессиональный отбор представляет собой комплекс специализированных процедур изучения и оценки профессиональной пригодности человека к овладению определенной профессией или группой профессий, достижению в них требуемого уровня мастер-

ства и успешного выполнения обязанностей в типовых и нестандартных производственных ситуациях [61].

Принципиальное различие профотбора и профподбора состоит в том, что при профотборе устанавливается соответствие профессиональных возможностей человека требованиям профессии, при профподборе происходит подбор профессий, соответствующих возможностям и способностям человека.

При проведении профессионального отбора лиц с ограниченными возможностями на профессиональное обучение следует помнить следующее:

- при установлении непригодности инвалида к обучению данной профессии, на основании проведенного обследования ему необходимо дать рекомендации по овладению другими доступными профессиями, показать их привлекательность;

- следует учитывать возможность развития, компенсации, частичного (полного) восстановления отстающих в развитии или нарушенных функций, а также ПЗФ и ПВК в процессе профессионального обучения и труда;

- при отсутствии прямых (абсолютных) противопоказаний к освоению профессии необходимо учитывать высокий уровень мотивационных установок, устойчивые и хорошо сформированные профессиональные интересы, склонности к избираемой профессии;

- следует учитывать возможность компенсации отсутствующих или имеющих недостаточный уровень развития ПЗФ и ПВК за счет формирования индивидуального стиля деятельности в процессе обучения и труда [62].

Мероприятия по профессиональному отбору инвалидов на профессиональное обучение носят комплексный, разноплановый характер и включают следующие этапы:

Первый этап. Анализ сопроводительных документов реабилитанта и выкопировка данных из них:

- изучение в медицинских документах всего круга вопросов, обозначенных в медицинской группе критериев (см. первую группу критериев в п. 5.2 настоящего издания);

- изучение документов об образовании (цензовое образование – базовое, общее среднее; базовое или среднее специальное образование, нецензовое образование, внешкольная подготовка, курсовая подготовка, участие в олимпиадах, конкурсах и т. д.), психолого-педагогическая характеристика, выданная школой (см. четвертую группу критериев в п. 5.2 настоящего издания);

- изучение группы социально значимых факторов (см. пятую группу критериев в п. 5.2 настоящего издания);
- заполнение соответствующих разделов в карте профориентационного обследования (прил. 2).

Второй этап. Первичное профориентационное собеседование проводится с целью:

- выяснения профессиональных интересов, намерений, притязаний оптанта (реабилитанта);
- уточнение собственных профессиональных планов оптанта (реабилитанта) и степени их адекватности, экономических возможностей и участия семьи в реализации этих планов;
- информирования о возможностях профессионального обучения и трудоустройства в регионе проживания; о современных тенденциях на рынке труда;
- информирования о подходах к выбору профессии, требованиях профессии к организму и психофизиологическим возможностям человека; о классификации профессий по типам и классам;
- в случае необходимости коррекции профессиональных планов, не соответствующих возможностям реабилитанта;
- сбор социально значимой информации (уровень социально-психологической адаптации, мотивационные установки реабилитанта на профессиональное обучение и труд);
- составление плана обследования (профессиональной диагностики);
- оформление протокола обследования по результатам первичного профориентационного собеседования.

5.4. Профессиональная диагностика на этапе профотбора

Профессиональное диагностическое обследование оптанта (реабилитанта) состоит из следующих этапов:

1. Психологическое тестирование

Проводится в соответствии с психологической группой критериев (см. п. 5.2 настоящего издания, вторая группа критериев) и имеет целью определить степень психологической готовности претендента к обучению избираемой профессии. Для профессионального психологического тестирования используются стандартные методы исследования, содержащиеся в ряде практикумов и руководств по психологической диагностике [61, 63, 64, 65].

В начале психологического обследования определяется *направленность и степень сформированности профессионально ориентированных интересов и склонностей* реабилитанта к определенным типам профессий. В случае выявления несоответствия профессиональных интересов и склонностей реабилитанта его возможностям, что встречается довольно часто, следует переориентировать молодого человека на выбор тех профессий, которые ему доступны и вместе с тем находятся в сфере интересующих его видов деятельности. В том случае, когда профессиональные интересы оптанта не сформированы и носят расплывчатый характер, необходимо раскрыть перед ним привлекательные стороны тех профессий, которые находятся в соответствии с его возможностями.

Далее изучается состояние *интеллектуально-мнестической сферы*, своеобразие протекания психических процессов, степень их устойчивости, истощаемости и т. д.

Изучение состояния и особенностей *эмоционально-волевой сферы* дают профконсультанту возможность оценить не только пригодность реабилитанта к профессии, но позволят дать рекомендации по режиму и характеру работы в рамках профессии, а также прогнозировать проявления дезадаптации в процессе обучения и труда. Полученная в ходе диагностики информация позволит наметить программу психологического реабилитационного сопровождения процесса обучения. Особенно важным в этом ключе является своевременное выявление и коррекция *неврозоподобных нарушений*, которые в значительной степени могут отражаться на профессиональных возможностях реабилитанта, особенностях его адаптации к режиму обучения, учебным нагрузкам.

Следующим этапом психологического тестирования является изучение *психологических особенностей личности*, а также наличие *психопатоподобных нарушений* на уровне личности. Своеобразие личности реабилитанта находит свое отражение в спектре профессионально важных качеств и профессиональных возможностей, а также сказывается на формировании характера его взаимоотношений с окружением, уровне его социальной адаптации и отношении к процессу обучения, будущей профессиональной деятельности, на структуре ценностных ориентаций, – в целом на формировании его профессиональной и социальной компетентности.

Оценка степени сформированности неспецифических и специфических *профессионально важных психологических качеств* (для данной профессии или группы профессий). Не следует забы-

вать, что практически для всех профессии существует набор *неспецифических ПВК* (например, аккуратность, дисциплинированность, ответственность и т. д.), которые отражают как качество работы, так и уровень профессиональных качеств самого специалиста. Но вместе с тем для каждой профессии имеется также свой набор *специфических* (характерных именно для этой профессии) *профессионально важных качеств* (прил. 1), наличие которых обуславливает *пригодность* человека для данной профессии, обеспечивает требуемый уровень эффективности труда, возможность успешно справляться с функциональными и должностными обязанностями. Данное замечание касается также *профессионально значимых физиологических и психофизиологических функций*.

II. Физиологическая и психофизиологическая диагностика профессионально значимых функций

Данный блок диагностики предполагает инструментальное исследование физиологических и психофизиологических ПЗФ человека (см. п. 5.2 настоящего издания, третья группа критериев), которое проводится с помощью физиологических и психофизиологических комплексов приборов, отдельных диагностических установок и инструментария (хронорефлексометры, динамометры, тренометры, приборы для исследования реакции на движущийся объект – РДО, прибор для оценки лабильности нервных процессов – «Светотест» и т. д.). Инструментальное диагностическое исследование позволяет регистрировать объективные профессионально значимые характеристики функционального состояния ЦНС; индивидуально-типологических свойств ВВД; уровня развития высших психических функций; состояния профессионально значимых функций двигательной системы, что особенно важно для отбора на профессии, связанные с большой долей ручного труда, работой с инструментами и на различном техническом оборудовании; состояние профессионально значимых аналитических функций. Результаты физиологической и психофизиологической диагностики являются объективной доказательной базой для профотбора и профподбора, позволяют определить не только соответствие ПЗФ претендента требованиям профессии, но и уровень работоспособности, устойчивость к физическим и умственным нагрузкам, особенности формирования рабочего динамического стереотипа (РДС). Полученные данные позволяют дать объективные рекомендации не только по профпригодности реабилитанта к тем или иным профессиям, но и по характеру и режиму профессионального обучения и труда, объемам учебных и трудовых нагруз-

зок, прогнозировать возможности физиологической и психофизиологической адаптации к ним.

III. Диагностика профессиональных умений, навыков (профессиональные пробы)

Диагностика профессионально важных умений, навыков при проведении профотбора представляет собой моделирование отдельных операций и выполнение реабилитантом контрольных заданий в рамках будущей профессиональной деятельности (профессиональные пробы), позволяющих определить их уровень и составить (дополнить) представление об имеющихся у него ПВК.

Профессиональные пробы представляют собой отдельные базовые операции, навыки и умения конкретной профессиональной деятельности, с которыми учащийся будет достаточно часто встречаться в процессе обучения и труда.

Для каждой профессии разрабатывается свой комплект трудовых испытаний. В качестве таких испытаний могут выступать, например, определение уровня владения компьютером, математическими навыками счетных операций, логические задачи, ролевые игры, разыгрывание деловых, рабочих, производственных ситуаций (деловые игры) и т. д. При отборе на каждую профессию имеется свой набор профессиональных проб и заданий.

В ходе профессиональных проб, которые проводят мастера производственного обучения, преподаватели специальных дисциплин, определяются не только ПВК, специальные умения и способности, техническая умелость, но и физическая и умственная работоспособность и выносливость, утомляемость, стрессовая и монотонноустойчивость, сосредоточенность, умение концентрироваться и достигать результата в отведенное время, самостоятельность и темп работы, способность быстро переключаться на другой вид деятельности и т. д. [36].

При проведении профессиональных проб проверяются также знания по профилирующим для данной специальности предметам: физике, математике, биологии, национальному и иностранным языкам, уровень грамотности и т. д.

Результаты проведенных исследований подвергаются количественному и качественному анализу специалистами, по каждому разделу оформляется заключение. Основные результаты по всем диагностическим блокам заносятся в общую Карту – протокол профориентационного диагностического обследования (см. прил. 2).

5.5. Анализ результатов профориентационных исследований

По результатам профориентационных исследований проводится комплексный анализ данных медицинского, профдиагностического психологического, психофизиологического исследования, профессиональных проб, психолого-педагогического, социального и профессиографического (в случае профподбора и профотбора) блоков показателей. На основании анализа всего комплекса данных, включая профессиографический анализ, выносится заключение о профессиональной пригодности с рекомендациями на профобучение профессии, прогнозом успешности обучения и реабилитационному сопровождению процесса профессионального обучения.

В том случае если претендент на обучение признан профессионально непригодным для данной профессии, на основании результатов проведенных исследований проводится подбор профессий, адекватных его возможностям и способностям. Оформляется профконсультативное заключение с выдачей рекомендаций по профессиональному обучению, оптимальным формам и уровням профессиональной подготовки, а также перечнем показанных условий профессионального обучения и труда.

Как показывают результаты исследований и опыт практической работы в области профессиональной реабилитации [24, 25, 17, 36, 50, 57], молодые инвалиды, прошедшие комплексное профориентационное обследование и получившие объективные профзаключения-рекомендации по профессиональному обучению, гораздо успешнее осваивают профессию, легче адаптируются к процессу обучения и вырастают в квалифицированных специалистов, способных конкурировать на современном рынке труда.

ГЛАВА 6. Социально значимые критерии и технологический инструментарий, используемые при оценке ограничений жизнедеятельности, профотборе и подборе профессий для профессионального обучения инвалидов

В настоящее время в оценке ограничений жизнедеятельности инвалида, в том числе и по способности к профессиональному обучению и труду, четко обозначилась актуальность переноса акцентов с оценки чисто функциональных на социально-психологические, социально-экономические, социально-бытовые и социально-средовые показатели. То есть возникла необходимость проводить не только «тончайшую» оценку функциональных нарушений человека, но и оценку его возможностей осуществлять привычное функционирование в прежних профессиональных и социальных кругах. Кроме того, параллельно должна проводиться оценка степени адаптации социально-средовых условий к возможностям человека.

Следует отметить, что данное обстоятельство обозначено в Конвенции о правах инвалидов, принятой ООН в 2007 году.

В этой связи важным при проведении оценки профпригодности и профотборе является изучение и учет особенностей социального статуса человека, имеющего ограничения жизнедеятельности, с использованием всего спектра критериальных социально значимых показателей.

На основании результатов исследования социального статуса выносится заключение – *социальный диагноз* – в котором должен быть всесторонне охарактеризован уровень жизнедеятельности человека и его ограничения, а также социально-бытовые, социально-средовые, социально-экономические условия его жизни.

Социальный диагноз должен учитываться при определении реабилитационной технологии, нацеленной на возможно полную социальную реабилитацию человека как личности через включение его резервных возможностей и сохранных способностей, а также адаптации в соответствии с ними социально-средовых условий.

Исследование *социального статуса* клиента может проводиться специалистами по социальной работе, социальными педагогами, специалистами в области медико-социальной, профессиональной реабилитации и другими специалистами, плани-

рующими, организующими и непосредственно реализующими технологии социальной защиты, в том числе реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности.

Работа специалиста по социальной работе должна включать задачи по изучению проблем разных контингентов нуждающихся в целом (макроуровень), так и изучение вопросов социального исследования и оказания адресной помощи конкретному клиенту (пациенту). Последнее предполагает наличие у социального работника знаний конкретных методов выявления (диагностики), анализа и коррекции имеющихся нарушений, приводящих к социальной недостаточности клиента.

Исследование *социального статуса* клиента должно включать разностороннюю характеристику медико-социальных, социально-психологических, социально-бытовых, социально-средовых, социально-экономических, социально-юридических проблем клиента, что в результате позволит предоставить ему адресные, адекватные меры социальной защиты.

Предлагаемая нами *технология исследования социального статуса* сформирована на основании многолетнего опыта работы с различными категориями инвалидов [55, 70, 71]. В зависимости от категории, к которой относится конкретный клиент, данная технология определения социального статуса может видоизменяться, дополняться и т. д.

С целью социальной диагностики применяются различные *методы* [54]:

- изучения документации;
- беседы;
- опроса клиента (пациента, реабилитанта);
- опроса свидетелей и других лиц;
- наблюдения;
- психологического тестирования;
- объективной инструментальной оценки возможностей человека (физиологические, психофизиологические и т. д.).

Исследование социального статуса клиента в нашей практике складывается из восьми звеньев технологической цепочки [83].

Первое звено – исследования *социального статуса* клиента, направлено на выяснение целей обращения клиента или его представителей (в случае если сам человек имеет резкие ограничения жизнедеятельности). С этой целью специалист по социальной работе должен внимательно выслушать клиента, направлять вопросами к правильной формулировке основных жалоб, вызывающих

(по мнению клиента) у него ограничения жизнедеятельности, приводящие в последующем к социальной недостаточности. Во время встречи необходимо выяснить, что именно привело к изменению привычного уклада жизни, вызвало невозможность либо ограничение объема выполнения привычных жизненных ролей клиента (результат болезни, травмы, другая причина).

Второе звено – выяснение истории возникновения проблем, которые привели к настоящей дезадаптивной ситуации, то есть сбор *социального анамнеза*. С этой целью необходимо провести опрос клиента либо его представителей в нескольких основных направлениях. В процессе беседы выясняются причины, способствовавшие развитию социальной недостаточности клиента. Здесь следует обратить внимание на следующее:

- выявление причин, непосредственно (по мнению клиента) повлекших за собой затруднительную жизненную ситуацию (заболевание, психотравмы, смерть члена семьи, развод, осуждение, служба в вооруженных силах и т. д.);

- выявление предпосылок, позволивших имевшим место причинам вызвать затруднительную жизненную ситуацию (определенная социальная среда, образ жизни, воспитание и т. д.);

- выявление аналогичных случаев или подобных затруднительных жизненных ситуаций на предыдущих жизненных этапах.

При выяснении *социального анамнеза* необходимо уточнить следующее:

- профессиональный маршрут клиента (работает по специальности или нет, как часто меняет работу);

- образовательный ценз клиента (не имеет образования, а если имеет, то какое);

- семейный статус клиента (состоит в браке, сколько раз состоял в браке, причины разводов, наличие детей и их судьба, отношения между членами семьи);

- материальный статус клиента (доходы его лично и семьи в целом, а также изменение в материальном статусе после попадания в затруднительную жизненную ситуацию).

Третьим звеном является проведение комплекса исследований, направленных на определение степени влияния отдельных нарушений жизнедеятельности на интегральный уровень социальной недостаточности.

При проведении диагностики ограничений жизнедеятельности и степени влияния их на формирование социальной недостаточности клиента, наряду с изучением его функционального

статуса (для специалистов по социальной работе – на основании сопроводительной медицинской документации), проводится выяснение и исследование следующих вопросов: изучение характера взаимоотношений в семье клиента, состав семьи, характер отношений членов семьи и близких родственников между собой и непосредственно с клиентом, характер жизненных ролей, выполняемых клиентом до попадания в затруднительную жизненную ситуацию.

Ответы на данные вопросы нельзя получить только посредством общения с обратившимся лицом, так как информация может быть представлена с точки зрения данного конкретного человека и с позиции предыдущего жизненного опыта. Обычно на такие вопросы отвечают – «нормально». Однако необходимо выявить не только характер взаимоотношений, но и установить их изменения в связи с проблемами, возникшими у одного из членов семьи. Кроме того, необходимо выявить членов семьи, которые неформально могут стать членами реабилитационной команды и принять непосредственное участие в реализации реабилитационных мероприятий.

С целью решения всех поставленных выше вопросов специалисту по социальной работе необходимо посетить семью клиента и на месте провести исследование (при необходимости, психологическое тестирование). Кроме того, оценить жилищно-бытовые условия, в которых проживает клиент. Также необходимо выяснить место проживания клиента (город, городской поселок, деревня); имеет ли отдельную квартиру или отдельный дом (есть ли приусадебный участок, домашнее хозяйство); есть ли отдельная комната; наличие санузла; в случае проживания клиента в многоэтажном доме определить, имеется ли лифт, выяснить этаж проживания, есть ли специальные приспособления, расширяющие рамки физической независимости (поручни, пандусы и т. д.). Немаловажное значение имеет количество совместно проживающих родственников.

Важным для решения вопросов *профподбора и профотбора* является определение *социально значимых критериальных показателей*, таких как:

- образовательный ценз клиента (наличие среднего, среднего специального, незаконченного высшего, высшего или нескольких высших образований, обязательно на основании представленных документов), а также уровня образования его ближайшего социального окружения (членов семьи);

- стаж работы по специальности (если она имеется);

- профессиональный маршрут (если он есть);
- условия и характер труда;
- экономический, материальный статус клиента;
- жизненные цели, планы, установки;
- уровень и характер жизненных потребностей, а также их значимость как для клиента, так и для членов его семьи;
- выяснение жизненных приоритетов клиента;
- взаимоотношения в учебно-профессиональном или профессиональном окружении клиента, с однокурсниками, сослуживцами и администрацией (в случае необходимости).

Выяснение специалистом по социальной работе данных вопросов должно проводиться на основании документов, подтверждающих получение клиентом образования, а также анализа работы по специальности (копии дипломов, трудовой книжки, характеристик и т. д.).

Данное исследование строится на изучении запрошенных характеристик с рабочего места, выписок из трудовой книжки. При необходимости специалист по социальной работе может выходить на предприятие, где работает или работал клиент (если он уже работает), для непосредственного проведения исследования (возможно совместно с профконсультантами, физиологами труда, врачами-гигиенистами и другими специалистами).

С целью выяснения экономического, материального статуса клиента необходимо составить цельную картину материального благополучия семьи клиента, финансовые взаимоотношения между членами семьи, удельный вес доходов клиента в семейном бюджете, изменение материального статуса клиента и его семьи в связи с возникшей затруднительной жизненной ситуацией. Выяснение данных вопросов проводится на основании справок из бухгалтерий по месту работы клиента и активных членов семьи.

Изучение жизненных целей, планов, устремлений клиента должно включать как долгосрочные, так и ближайшие его планы.

Результатом исследования является диагноз. В медицине он называется *клинико-функциональным*, а в социальной работе его правомочно называть *социальным*.

Любой диагноз строится на основании общепринятых классификаций, емко и точно характеризующих выявленные нарушения. Так, в медицине используется Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

В своей практике для постановки *социального диагноза* социальный работник наряду с другими документами должен ис-

пользовать «Международную классификацию нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» (МКН) или «Международную номенклатуру нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», а также «Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ).

Четвертым звеном технологии исследования социального статуса является постановка социального диагноза.

Социальный диагноз – это всесторонняя характеристика выявленных нарушений жизнедеятельности человека и их причин, которые определили социальную недостаточность клиента. На основании социального диагноза планируются мероприятия по выходу клиента из данной ситуации.

Пятое звено технологии – выработка рекомендаций по выходу клиента из создавшейся затруднительной ситуации, восстановлению нормального социального, профессионального, экономического статуса или составление индивидуальной программы реабилитации с выделением этапов и четкой постановкой ближайших и отсроченных задач.

Шестое звено – организация помощи в реализации программы по выходу из затруднительной жизненной ситуации.

Седьмое звено – оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий, на основании, в первую очередь, изменений степени ограничения критериев жизнедеятельности и уровня социальной недостаточности клиента. Кроме того, можно использовать различные шкалы или методики, отвечающие требованиям задач проведенной реабилитации или социальной помощи (например, методика оценки качества жизни, шкала ADL и т. д.).

Безусловно, необходимо отслеживать и отдаленные результаты проведенной реабилитации или другой помощи, т. к. основная задача – «вернуть» в общество полноценного гражданина. Другими словами, необходимо организовать контроль над изменениями в судьбе клиента.

Восьмое звено – оказание вспомогательной адресной помощи по мере возможности и необходимости, а также разработка и реализация мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов ситуаций, вызвавших у клиента ограничения жизнедеятельности.

Таким образом, исследование *социального статуса* клиента должно стать обязательным при реализации различных техноло-

гий социальной защиты, в том числе профессиональной и социальной реабилитации. Постановка *социального диагноза* позволит четко выстроить стратегию и тактику необходимой помощи в решении вопросов профессиональной интеграции, а также проследить изменения в профессиональной судьбе клиента после реализации реабилитационных программ [55, 59, 61, 83].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важнейшим направлением социальной политики государства является забота о здоровье, благополучии и благосостоянии его граждан и, естественно, о молодом поколении – будущем нации. Успешное включение молодого человека с нарушениями здоровья в полноценную, активную жизнь, профессиональную и социальную среду во многом зависит от возможностей его профессионально-трудовой интеграции. Реабилитация инвалидов является одной из стратегий, обеспечивающих общественное здоровье [82].

Этим определяется актуальность и значимая роль *профессиональной ориентации* и ее важных *функциональных компонентов: профинформации, профконсультирования, профессиональной диагностики, профессионального подбора* современных и востребованных профессий, соответствующих профессиональным интересам, возможностям и способностям молодых инвалидов. Реализация данных направлений реабилитационной работы является эффективной мерой социальной защиты молодежи. Для молодых людей, имеющих нарушения здоровья, ограничивающие их профессиональные возможности, указанные мероприятия, законодательно и организационно обозначены системой, программами и технологиями профессиональной реабилитации [1, 5, 9, 12, 13, 15, 16, 27, 29, 38, 71, 74–81].

Сложность и неоднозначность социально-экономических, политических, социокультурных процессов, происходящих в обществе, подводят человека к необходимости принятия современных вызовов, к необходимости постоянной адаптации и реадaptации к меняющимся условиям социальной, профессиональной среды.

В этой связи изучение и разработка теоретического базиса, механизмов и технологий оказания разных видов реабилитационной помощи социально незащищенным гражданам, в разряд которых входит молодежь с нарушениями здоровья, делает изучаемую проблему профессиональной реабилитации и ее значимых аспектов весьма своевременной и актуальной.

Наше исследование в рамках проблемы профессиональной реабилитации и ее главных направлений профориентации, профподбора и профотбора на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями позволяет сделать следующие выводы.

1. Профессиональное обучение инвалидов, как составная часть профессиональной реабилитации, является в тоже время неотъемлемой частью общей системы образования республики. Оно основывается на признании *принципа равных возможностей* в области

начального, среднего и высшего образования для детей-инвалидов, молодежи и взрослых лиц с ограничениями здоровья в интегрированных структурах.

2. Внедрение *принципа интегрированного обучения* инвалидов в среду здоровых сверстников должно содействовать *демистификации инвалидов* в глазах остального населения и способствовать приобретению инвалидами навыков *профессиональной и социальной компетенции*, наиболее полному внедрению данной категории лиц в полноценную жизнь.

3. Для детей-инвалидов, молодежи с выраженными ограничениями, которые не могут быть интегрированы в обычные учреждения образования, целесообразным является *организация обучения* (в том числе и профессионального) *в специальных учебных заведениях*. Ими могут быть *центры профессионального обучения (профессиональной реабилитации)* с предоставлением дополнительных образовательных и реабилитационных услуг (открытое обучение, экстернат, дистанционное обучение, надомное и курсовое обучение, реабилитационно-профориентационное сопровождение учебного процесса).

4. Подбор наиболее подходящих профессий и оптимальных форм обучения, *реабилитационное сопровождение* учебного процесса, *внедрение новых образовательных технологий* и их элементов в образовательный процесс делают образование молодежи с ограниченными возможностями более доступным, позволяют повысить качество знаний за счет предоставления новых современных видов реабилитационных и образовательных услуг.

5. Обоснованное определение инвалидов и лиц с психофизическими ограничениями на профессиональное обучение доступной и желаемой профессии возможно *при сочетании* основных видов *профориентационной помощи: профессиональной информации, профессиональной диагностики, профессионального консультирования, профотбора и профподбора*.

6. Компетентная, грамотная работа в данной области должна базироваться на знании основных принципов организации комплексной реабилитационной помощи, формирования и реализации программ по профессиональной реабилитации.

7. *Мероприятия по профессиональной реабилитации* должны быть направлены в том числе:

на коррекцию, развитие и/или компенсацию выявленных нарушений профессионально значимых функций;

формирование профессионально важных качеств;

профессиональной направленности;
профессионального самоопределения;
профессионального становления личности;
формирование профпригодности, развитие умения планировать и строить профессиональную карьеру.

8. При проведении мероприятий профориентации, профэкспертизе, профподбору и профотбору необходимо использовать *медико-социальные критерии оценки профессиональной пригодности* подростков и лиц молодого возраста с ограничениями здоровья, включающие медицинский, физиологический, психологический, профессиографический и социальный блоки.

9. Оптимальным условием для профессионального становления детей-инвалидов является развитие *системы непрерывного профессионального образования: школа – колледж – вуз – послеузовская подготовка и переподготовка*.

10. Весьма важным условием является сформированность у специалистов данного направления представлений о современных подходах, критериях и методах оценки профпригодности к обучению и труду указанной категории граждан. Это позволит повысить качество и объективность профконсультирования, экспертизы профпригодности инвалидов и больных, профподбора и профотбора, эффективность профессиональной реабилитации.

В монографии обосновывается необходимость комплексного подхода к формированию технологии медико-социальной реабилитации подростков-инвалидов вследствие различных заболеваний, обязательность использования объективных медико-социальных критериев оценки профпригодности и полноценной методики проведения профподбора для молодежи с ограничениями здоровья.

Представленные результаты исследования могут найти практическое применение в работе социальных служб, территориальных центров социального обслуживания населения (ТЦСОН), спецшкол, центров реабилитации детей-инвалидов, центров профессиональной реабилитации и центров профориентации, в учреждениях, осуществляющих профконсультирование, профессиональную экспертизу и реабилитацию инвалидов.

Основные научные результаты, содержащиеся в монографии, могут быть использованы специалистами разного профиля, работающими с подростками-инвалидами, молодыми инвалидами и лицами разного возраста, имеющими ограничения жизнедеятельности.

Изложенные аспекты профессиональной реабилитации инвалидов, нуждающихся в профориентационных мерах помощи, реа-

лизованы в учебных планах подготовки специалистов по социальной работе, которые обучаются на кафедре реабилитологии Государственного института управления и социальных технологий БГУ сначала в специализации – Социальная реабилитация личности. С 2008 года навыки и умения по реабилитационной деятельности преподаются в соответствии с образовательным стандартом второго поколения в рамках направления социальной работы – социо-медико-психологическая деятельность. С 2011 года введено направление *социально-реабилитационная деятельность*, квалификация – Специалист по социальной работе – реабилитолог.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативные правовые акты

1. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов : Закон Республики Беларусь от 23 июля 2008 г., № 422 -З : с изм. и доп. по состоянию на 17 июля 2009 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2008. – № 184. – 2/1519 ; 2009. – № 173. – 2/1600.
2. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов : Закон Республики Беларусь от 17 октября 1994 г., № 3317-ХІІ // Ведамасці Вярхоўнага Савета Респ. Беларусь. – 1994. – № 34. – 2/448.
3. Об утверждении порядка организации обучения на дому и в условиях организаций здравоохранения лиц с особенностями психофизического развития : постановление Министерства образования Республики Беларусь от 23 апреля 2007 г., № 29 : с изм. и доп. по состоянию на 12 июля 2010 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2007. – № 12. – 8/16445 ; 2010. – № 77. – 8/22965.
4. Об утверждении положения о порядке организации образовательного процесса для больных детей, детей-инвалидов и детей с особенностями психофизического развития на дому, в условиях стационарного лечебного учреждения : постановление Министерства образования Республики Беларусь от 10 марта 2003 г., № 17 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2003. – № 37. – 8/9282.
5. Об утверждении Положения о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации : приказ Министерства образования Республики Беларусь от 31 августа 1999 г., № 559 : с изм. и доп. по состоянию на 12 января 2010 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 1999. – № 71. – 8/840 ; 2010. – № 4. – 8/21990.
6. О профессионально-техническом образовании : Закон Республики Беларусь от 29 июня 2003 г. № 216-З : с изм. и доп. по состоянию на 9 ноября 2009 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2003. – № 76. – 2/965 ; 2009. – № 276. – 2/1603.
7. Об утверждении Государственной программы развития профессионально-технического образования на 2006–2010 годы : постановление Совета Министров Республики Беларусь от 29 марта 2006 г., № 422 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2006. – № 55. – 5/22107.

8. О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан : Закон Республики Беларусь от 14 июня 2007 г., № 239-З : с изм. и доп. по состоянию на 27 декабря 2010 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2007. – № 147. – 2/1336 ; 2011. – № 4. – 2/1776.
9. Об утверждении порядка организации обучения на дому и в условиях организаций здравоохранения лиц с особенностями психофизического развития : постановление Совета Министров Республики Беларусь от 23 апреля 2007 г., № 29 : с изм. и доп. по состоянию на 12 июля 2010 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2007. – № 122. – 8/16445 ; 2010. – № 77. – 8/22965.
10. Об утверждении Инструкции о порядке назначения и выплаты стипендий учащимся учреждений, обеспечивающих получение профессионально-технического образования : постановление Министерства образования Республики Беларусь от 23 марта 2001 г., № 20 : с изм. и доп. по состоянию на 25 мая 2009 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2001. – № 37. – 8/5490 ; 2009. – № 30. – 8/21055.
11. Об утверждении Инструкции о порядке назначения и выплаты стипендий студентам высших учебных заведений : постановление Министерства финансов Республики Беларусь, Министерства труда Республики Беларусь и Министерства образования Республики Беларусь от 23 марта 2001 г., № 33/27/18 : с изм. и доп. по состоянию на 12 марта 2010 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2001. – № 37 ; 2010. – № 25/40/34. – 8/22649.
12. О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь : Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1991 г., № 1224-X11 : с изм. и доп. по состоянию на 17 июля 2009 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2000. – № 69. – 2/193; 2009. – № 173. – 2/1600 ; Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэсп. Беларусь. – 1991. № 34 (611). – 2/304.
13. Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании) : Закон Республики Беларусь от 18 мая 2004 г., № 285-З : с изм. и доп. по состоянию на 9 ноября 2009 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2004. – № 87. – 2/1034 ; 2009. – № 276. – 2/1603.
14. Об утверждении Положения о медико-реабилитационно-экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства республики Беларусь и их отдельных положений: постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 16 октября 2007 г. № 1341 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2007. – № 251. – 5/25973.

15. Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 февраля 2009 г., № 10 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2009. – № 42. – 8/20476.
16. О правах инвалидов : Конвенция, принятая Резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. [Электронный ресурс] / Организация Объединенных Наций. – Минск, 2011. – Режим доступа : <http://www.un.org/ru/>. – Дата доступа : 20.06.2011.

Основные источники

17. *Пузин, С. Н.* Основы медико-социальной реабилитации инвалидов / С. Н. Пузин [и др.]. – М., 2003.
18. Международные стандарты обеспечения профессиональной подготовки инвалидов : нормативно-правовой обзор. Реабилитация и занятость инвалидов. – М., 1998.
19. *Зборовский, Э. И.* История и методические принципы формирования законодательной и нормативной базы по социальной защите инвалидов в Республике Беларусь / Э. И. Зборовский // Инвалиды и общество : материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 20-летию ОО «БелОИ», Минск, 4 июля 2008 г. ; редкол. : Э. И. Зборовский [и др.]. – Минск: БелОИ и др., 2009. – С. 48–66.
20. Социальные и медицинские проблемы профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов. – Минск. – С. 246 – 259.
21. Положение детей в Республике Беларусь в 2008 году (главы из национального доклада) // Сацыяльна-педагагічная работа. – 2010. – № 3. – С. 3–12.
22. Показатели инвалидности в Республике Беларусь, 2009 : информ.-стат. сб. / НИИ МЭиР ; сост. В. Б. Смычек, А. В. Копыток, Т. С. Голубева. – Минск : НИИ МСЭиР, 2010.
23. *Зборовский, К. Э.* Влияние сопутствующей соматической патологии на ограничение жизнедеятельности детей-инвалидов / К. Э. Зборовский [и др.] // Достижения медицинской науки Беларуси. – Минск, 2001. – Вып. 5.
24. *Васильева, Л. П.* Эффективная медико-профессиональная реабилитация детей-инвалидов как вектор их социальной защиты в современных условиях / Л. П. Васильева, К. Э. Зборовский // Экологическая антропология. – Минск, 2006.
25. *Васильева, Л. П.* Основные подходы к разработке технологии медико-профессиональной реабилитации подростков с неврологической патологией / Л. П. Васильева, Т. Н. Бузенкова // Достижения медицинской науки Беларуси. – Минск, 2001. – Вып. 6.

26. Основные показатели развития специального образования в Республике Беларусь : информ. бюл. (1995–2006). – Минск : Министерство образования Респ. Беларусь, 2007.
27. *Шуплецова, Т. С.* Формирование профессиональной пригодности и критерии выбора профессии учащихся спецшкол с дефектами физического развития : метод. пособие / Т. С. Шуплецова [и др.]. – Минск, 1993.
28. Перечень профессий, условий труда и форм трудоустройства, показанных выпускникам спецшкол с дефектами физического развития и инвалидам с детства : утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 29 декабря 1993 г. – Минск, 1993.
29. *Шуплецова, Т. С.* Оценка профпригодности учащихся вспомогательных школ : метод. рекомендации / Т. С. Шуплецова [и др.]. – Минск, 1997.
30. *Шуплецова, Т. С.* Комплексная реабилитация детей-инвалидов в условиях детской поликлиники : метод. рекомендации / Т. С. Шуплецова [и др.]. – Минск, 2000.
31. *Пустовойтенко, В. Т.* Медико-профессиональная реабилитация школьников больных сколиозом : инструкция по применению / В. Т. Пустовойтенко, Ю. Н. Молотков, Л. П. Васильева. – Минск, 2003.
32. *Бузенкова, Т. Н.* Алгоритм взаимодействия учреждений разной ведомственной принадлежности в процессе комплексной реабилитации детей с ограничениями жизнедеятельности: инструкция по применению / Т. Н. Бузенкова [и др.]. – Минск, 2003.
33. *Волков, Б. С.* Основы профессиональной ориентации : учеб. пособие для вузов / Б. С. Волков. – М. : Академический проект, 2007.
34. *Шестаков, В. П.* К вопросу методологии комплексного подхода к реабилитации инвалидов / В. П. Шестаков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. – Минск, 2000. – Вып. 2.
35. *Леонтьев, А. Н.* Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – 2-е изд. – М., 1977.
36. *Старобина, Е. М.* Организация и методика проведения профессионального отбора инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов : метод. пособие / Е. М. Старобина [и др.]. – М., 2000.
37. *Исмагилова, Ф. С.* Основы профессионального консультирования : учеб. пособие / Ф. С. Исмагилова. – М. : Моск. психолого-социальный ин-т, 2003.
38. *Зборовский, Э. И.* Этапы государственной службы реабилитации больных и инвалидов в Республике Беларусь, проблемы и труд-

- ности реализации / Э. И. Зборовский // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 29–31 окт. 1998 г. / под ред. Э. И. Зборовского. – Минск, 1998.
39. *Васильева, Л. П.* О новых подходах к выбору профессий для учащихся с дефектами умственного развития / Л. П. Васильева // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 29–31 окт. 1998 г. – Минск, 1998.
 40. *Васильева, Л. П.* Оценка профпригодности – важное звено медико-профессиональной реабилитации школьников с нарушением слуха / Л. П. Васильева // Социальная адаптация и профессиональное образование лиц с нарушением слуха : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 2003 г. – Минск, 2003.
 41. *Васильева, Л. П.* Медико-психофизиологические аспекты адаптации подростков с последствиями неврологических заболеваний к профессиональному обучению / Л. П. Васильева // Педагогические и медико-психологические аспекты оздоровления детей : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Гомель, 7 дек. 2004 г. – Гомель, 2004.
 42. *Смычек, В. Б.* Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск : Юнипак, 2005.
 43. *Зеер, Э. Ф.* Психология профессий / Э. Ф. Зеер. – М. : Академический проект ; Фонд «Мир», 2006.
 44. *Бодров, В. А.* Психология профессиональной пригодности / В. А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2006.
 45. *Мучински, П.* Психология, профессия, карьера / П. Мучински. – СПб. : Питер, 2004.
 46. *Гуревич, К. М.* Профессиональная пригодность и основные свойства нервной системы / К. М. Гуревич. – М. : Наука, 1970.
 47. *Шадриков, В. Д.* Деятельность и способности / В. Д. Шадриков. – М. : Логос, 1995.
 48. *Васильева, Л. П.* Профориентационное направление в социальной реабилитации подростков-инвалидов / Л. П. Васильева, В. В. Ковальчук // Социальная работа. – 2010. – № 6.
 49. *Васильева, Л. П.* Психофизиологический аспект экспертизы профессиональной пригодности у подростков с неврологической патологией / Л. П. Васильева // Сигнальные механизмы регуляции физиологических функций : материалы Междунар. науч. конф., Минск, 2007 г. – Минск : РИВШ, 2007.
 50. *Сухарева, Л. М.* Профессиональная ориентация молодежи: медицинский и психологический аспекты / Л. М. Сухарева // Гигиена и санитария. – 2000. – № 1.

51. *Васильева, Л. П.* Профессиональное консультирование подростков с нарушениями психофизического развития на этапе выбора профессии / Л. П. Васильева // Специальная адукацыя. – 2010. – № 3.
52. *Климов, Е. А.* Психология профессионального самоопределения / Е. А. Климов. – М. : Академия, 2010.
53. *Зеер, Э. Ф.* Психология профессионального образования / Э. Ф. Зеер. – М., 2009.
54. *Зборовский, К. Э.* Методы исследования в социальной работе : учеб.-метод. пособие / К. Э. Зборовский. – Минск : ФУСТ БГУ, 2002.
55. *Зборовский, К. Э.* Технология исследования социального статуса человека с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья и социальный диагноз / К. Э. Зборовский // Социальная работа. – 2008. – № 4.
56. *Подгруша, В. В.* Особенности регулирования труда инвалидов / В. В. Подгруша // Отдел кадров. – № 4. – 2009.
57. *Смычек, В. Б.* Реабилитация больных и инвалидов / В. Б. Смычек. – М. : Мед. лит-ра, 2009.
58. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации болезней и причин инвалидности. – М. : НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН, 1994.
59. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева : ВОЗ, 2001.
60. *Ломов, Б. Ф.* Психическая регуляция деятельности: избранные труды / Б. Ф. Ломов. – М. : Ин-т психологии РАН, 2006.
61. *Зеер, Э. Ф.* Основы профориентологии / Э. Ф. Зеер. – М. : Высш. шк., 2005.
62. *Климов, Е. А.* Психология профессионального самоопределения / Е. А. Климов. – М. : Академия, 2010.
63. Практикум по дифференциальной психодиагностике профессиональной пригодности : учеб. пособие / под общ. ред. В. А. Бодрова. – М. : ПЕР СЭ, 2003.
64. *Столяренко, Л. Д.* Основы психологии : практикум / Л. Д. Столяренко. – 8-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2006.
65. *Кухарчук, М. А.* Человек и его профессия : учеб. пособие / А. М. Кухарчук, В. В. Лях, А. Б. Широкова. – Минск : Современ. слово, 2006.
66. *Свинцов, А. А.* Трудоустройство инвалидов в современной России / А. А. Свинцов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. статей. – Минск, 2010. – Вып. 12.

67. *Старобина, Е. М.* Алгоритм диагностики трудового потенциала инвалида / Е. М. Старобина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. – Минск, 2010. – Вып. 12.
68. *Рахубо, Т. В.* Труд инвалидов: особенности регулирования / Т. В. Рахубо // Охрана труда и социальная защита. – 2011. – № 2.
69. *Медведев, А. С.* Медицинская реабилитология / А. С. Медведев. – Минск : Беларус. навука, 2010.
70. *Зборовский, К. Э.* Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации инвалидов / К. Э. Зборовский // Социальная работа. – 2008. – № 5.
71. *Зборовский, К. Э.* Реабилитация детей-инвалидов в Республике Беларусь в контексте реализации конвенции ООН о правах инвалидов / К. Э. Зборовский // Спецьяльная адукацыя. – 2010. – № 3.
72. *Старобина, Е. М.* Теоретические основания развития системы непрерывного профессионального образования инвалидов / Е. М. Старобина // Профессиональное образование инвалидов : материалы науч.-практ. семинара. – СПб., 2005.
73. *Горустович, Л. Н.* Профессиональное консультирование лиц с ограниченными возможностями в кабинетах медико-профессиональной реабилитации медикореабилитационных экспертных комиссий / Л. Н. Горустович [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. – Минск, 2010. – Вып. 12.
74. *Зборовский, К. Э.* Социальная реабилитация личности – главная цель комплексной реабилитации инвалида / К. Э. Зборовский // Инвалиды и общество : материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвященной 20-летию ОО «БелОИ» [и др.]. – Минск : БелОИ, 2009. – Ст. 110–126.
75. *Зайферт, И.* Конвенция ООН о правах инвалидов – большой шанс и вызов для всех / И. Зайферт // Инвалиды и общество : материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвященной 20-летию ОО «БелОИ» [и др.]. – Минск : БелОИ, 2009. – Ст. 77–86.
76. *Зборовский, Э. И.* Этика здоровья: ценности социальной работы : учеб. пособие / Э. И. Зборовский. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2011.
77. *Шух, В. А.* Состояние и перспективы обучения, трудоустройства детей с особенностями психофизического развития и детей-инвалидов / В. А. Шух // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов : материалы Междунар. науч.-практ. конф., 29–31 окт. 1996 г./ науч. ред. Э. И. Зборовский – Минск : Хата, 1998. – С. 51–57.
78. *Мертен, А.* Профессиональная реабилитация инвалидов в Германии и первые результаты сотрудничества между БНИИЭТИН

- в Минске и Дортмундским центром профессионального переобучения инвалидов / А. Мертен // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов : материалы Междунар. науч.-практ. конф., 29–31 окт. 1996 г. / науч. ред. Э. И. Зборовский – Минск : Хата, 1998. – С. 85–94.
79. *Ранфт, К.* Медико-профессиональная реабилитация в Федеративной Республике Германии / К. Ранфт // Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов : материалы Междунар. науч.-практ. конф., 29–31 окт. 1996 г. / науч. ред. Э. И. Зборовский – Минск : Хата, 1998. – С. 97–109.
80. *Енсен, Т.* Реабилитация, базирующаяся на непосредственном окружении (РБНО) – альтернативный подход/ Т. Енсен// Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов : материалы Междунар. науч.-практ. конф., 29–31 окт. 1996 г. / науч. ред. Э. И. Зборовский – Минск : Хата, 1998. – С. 110–117.
81. *Зборовский, К. Э.* Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации инвалидов : учеб.-метод. пособие / К. Э. Зборовский. – Минск : Белорусская ассоциация социальных работников, 2008. – 156 с.
82. *Щепин, О. П.* Общественное здоровье и здравоохранение / О. П. Щепин, В. А. Медик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
83. Социальные и медицинские проблемы профилактики инвалидности и сохранения трудовых ресурсов : сб. тез. докл. Респ. науч.-практ. конф., Минск, 13–15 окт. 1988 г. / под ред. Э. И. Зборовского. – Минск, 1998.
84. *Zbarouski, K.* Icts in education for people with disabilities: Review of innovative practice / K. Zbarouski, S. Sivets. – European Agency for Development in Special Needs Education, UNESCO, 2011.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Требования профессии к психофизиологическим функциям и психологическим качествам личности реабилитанта ОПЕРАТОР ЭВМ (человек – знаковая система)

№ п\п	ПЗФ и К	Значимость в данной профессии	Примечания
Профзначимые функции двигательной системы			
1	Тремор (отсутствие)	Допускается мелкий	
2	Скорость двигательных реакций	++	
3	Точность движений	++	
4	Сенсомоторная координация	++	
5	Координация движений рук	+++	
6	Быстрота движений рук	++	Тепинг-тест
7	Мышечная кистевая сила	++	Динамометрия
8	Выносливость к статическому усилию	++	Динамометрия
Профзначимые высшие психические и некоторые анализаторные функции			
1	Точность глазомера	++	
2	Внимание (объем)	+++	
	Внимание (концентрация)	+++	
	Внимание (распределение и переключаемость)	+++	
3	Память (объем) оперативная (невербальная, зрительная, образная)	+++	
4	Память долговременная (объем)	+++	

№ п\п	ПЗФ и К	Значимость в данной профессии	Примечания
5	Лабильность нервных процессов в зрительном анализаторе	++	КЧСМ
6	Чувство времени	+	
7	Монотоностойчивость	+++	Психологические тесты
8	Эмоциональная устойчивость	++	
9	Цветовосприятие	++	
Профессионально важные личностные качества			
1	Внимательность		
2	Сосредоточенность		
3	Собранность		
4	Быстрота реакций		
Противопоказания регламентируются:			
1	Постановлением МЗ РБ № 33 от 08.08.2000 г. Приложение 1 к Порядку проведения обязательных медицинских осмотров работников «Перечень вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов». Факторы трудового процесса п. 5, пр. 5.1, 5.2, 5.7		
2	Перечнями медицинских противопоказаний для проф-обучения		

БУХГАЛТЕР-ЭКОНОМИСТ (человек – знаковая система)

№ п\п	ПЗФ и К	Значимость в данной профессии	Типовые элементы деятельности
Профзначимые психофизиологические функции организма			
1	Внимание (концентрация, объем, выносливость)	++++	Обработка информации
2	Память: оперативная долговременная	+++ ++++	Математические вычисления, расчеты

№ п\п	ПЗФ и К	Значимость в данной профессии	Типовые элементы деятельности
3	Логическое мышление	+++	
4	Оперативное мышление	++++	
5	Монотоноустойчивость	++++	
6	Сенсомоторная координация	++	
7	Быстрота и точность движения пальцев (тонкая моторика)	++	
8	Мышечная кистевая сила	++	
9	Выносливость рук к статическому усилию	++	
10	Дифференциальная чувствительность зрительного и слухового анализаторов	++ ++	
11	Эмоциональная устойчивость	+++	
Профессионально важные психологические личностные качества			
1	Быстрота и точность восприятия		
2	Аккуратность		
3	Усидчивость		
4	Сосредоточенность		
5	Объективность		
6	Честность		
7	Оперативность		
Противопоказания регламентируются:			
1	Постановлением МЗ РБ № 33 от 08.08.2000 г. Приложение 1 к Порядку проведения обязательных медицинских осмотров работников «Перечень вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов». Факторы трудового процесса п. 5, пр. 5.1, 5.2, 5.7		
2	Перечнями медицинских противопоказаний для профобучения		

МЕНЕДЖЕР-ЭКОНОМИСТ
(человек – человек, человек – знаковая система)

№ п\п	ПЗФ и К	Значимость в данной профессии	Типовые элементы деятельности
Профзначимые функции ЦНС, высшие психические функции, ПЗФ двигательной системы			
1	Сила нервных процессов	+++	
2	Подвижность основных нервных процессов	++++	
3	Уравновешенность процессов возбуждения и торможения	++++	
4	Умственная работоспособность	++++	
5	Физическая работоспособность	++++	
6	Логическое мышление	++++	Планирование
7	Оперативное мышление	++++	Обработка информации
8	Память: оперативная кратковременная долговременная зрительная слуховая	++++ +++ +++ +++	Анализ результатов деятельности
9	Внимание: объем распределение переключение концентрация	+++ +++ +++ +++	
10	Эмоциональная устойчивость	+++	
Профессионально важные психологические личностные качества			
1	Высокая и быстрая обучаемость		
2	Коммуникабельность		
3	Готовность к сотрудничеству		
4	Организаторские способности		
5	Чувство ответственности		
6	Творческое воображение		

№ п\п	ПЗФ и К	Значимость в данной профессии	Типовые элементы деятельности
7	Качества лидера		
8	Умение принимать решения		
9	Компетентность		
10	Внятная речь		
11	Умение принимать нестандартные решение, умение работать в команде		
Противопоказания регламентируются:			
1	Постановлением МЗ РБ № 33 от 08.08.2000 г. Приложение 1 к Порядку проведения обязательных медицинских осмотров работников «Перечень вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов». Факторы трудового процесса п.5, пр. 5.1, 5.2, 5.7		
2	Перечнями медицинских противопоказаний для проф-обучения		

Смежные профессии: маркетинг, коммерческая деятельность.

Приложение 2

КАРТА	
профориентационного обследования	
Ф.И.О.	
Дата рождения	
Состав семьи (полная, неполная, сирота, социальный сирота)	
Какое учебное заведение окончил	
Назначение инвалидности (суз)	
Кем направлен	
Основной диагноз:	
Сопутствующий диагноз:	
Зрение	

Речь	
Потребность в спецусловиях для обучения	
Потребность в технических средствах реабилитации	
Профдиагностика	
<i>Психолого-педагогическая</i>	
Средний балл аттестата	
Оценки по профильным предметам:	
физика	
математика	
информатика	
русский/белорусский язык	
Умения, навыки:	
счетные операции	
логические математические задачи	
владение компьютером	
уроки труда, уровень развития трудовых навыков	
ПЗФ	
Внимание (объем, концентрация, переключаемость)	
Память (краткосрочная, невербальная)	
Логическое мышление	
Двигательные навыки (сила, выносливость, координация)	
ПВК	
Речь	
Структура интеллекта	
<i>Психологические особенности</i>	
Эмоционально-волевая сфера	
Личностные особенности	
Профессиональная направленность интересов, склонностей (тип)	
Профессиональные намерения (где хочет учиться, работать)	

ПРОФЗАКЛЮЧЕНИЕ	
Противопоказанные факторы: (физические, химические, организационные, режим профессионального обучения)	
Рекомендации по реабилитационному сопровождению процесса обучения: Потребность в мерах реабилитации	
1.	Медицинское наблюдение (по показаниям)
2.	Потребность в мерах физической реабилитации для формирования (развития) ПЗФ двигательной системы, повышения уровня физической работоспособности
3.	Коррекция и развитие высших психических функций
4.	Психологическая коррекция <ul style="list-style-type: none"> – эмоционально-волевой; – личностной сферы; – проявлений психофизиологической, социально-психологической дезадаптации; – уровня самооценки
5.	Коррекция и формирование профессиональных интересов, склонностей, адекватных мотивационных установок
6.	Формирование навыков социальной компетенции: <ul style="list-style-type: none"> – отношение к учебному процессу; – отношение к профессии, профессиональному труду; – взаимодействие в коллективе, умение работать в команде; – развитие навыков коммуникации
7.	Формирование навыков профессиональной компетенции

КРИТЕРИИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Абилитационных (реабилитационных) мероприятий у детей-инвалидов

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей, балл				
	1	2	3	4	5
а) неврологического профиля					
1. Состояние рефлекторной сферы	Соответствует возрастной норме	Отдельные патологические установки легко преодолимы	С трудом преодолеваются отдельные патологические установки	Тонические рефлексы, формирующие патологические установки, выражены преимущественно в нижних конечностях	Выражены все тонические рефлексы, формирующие патологические установки преимущественно в нижних конечностях
2. Тонус мышц	Не изменен	Повышен в покое, легко преодолевается при движениях	Повышенный в отдельных группах мышц, при движениях преодолевается с трудом	Нарушения тонуса (тичность, ригидность, дистония, гипотония) выражены во всех мышцах	Тяжелые нарушения тонуса во всех мышцах

3. Произвольное движение рук	В полном объеме в соответствии с возрастом	Произвольные движения незначительно ограничены	Движения ограничены из-за пронационной установки предплечий и кистей. Движения рук неправильные вследствие патологической активности пронаторов и сгибателей кисти и предплечья	Предметы руками самостоятельно не берет или берет с патологической установкой кистей, но не удерживает	Произвольные движения отсутствуют или резко ограничены, отсутствуют хватательная реакция и реакция опоры
4. Судорожный синдром	Отсутствует	Припадки эпилептические	Припадки с частотой 1–3 раза в месяц	Припадки 4 и более раз в месяц, без изменения личности.	Полиморфные припадки чаще 4–5 раз в месяц с изменениями личности по эпилептическому типу

		Оценка показателей, балл				
Наиболее значимые показатели		1	2	3	4	5
5. Способность самостоятельного передвижения	Практически возможны все движения, ходит сам	Ходьба и стояние с опорой. Походка не-правильная, но доступно преодоление большого расстояния	Доступно стояние у опоры, ходьба с поддержкой. Походка деформирована. Выражен эквиноварус или эквиновальгус	Может сидеть, стоит с поддержкой в неправильной позе: ноги выпрямлены во всех суставах, опора на носки или ноги согнуты во всех суставах, эквиноварус или эквиновальгус. Шаг не сформирован	Ребенок ли-шен воз-можности самостоятель-но передви-гаться, сидеть, ходить.	
6. Гипер-кинезы	Отсутствуют	Практически отсутствуют	Выражены не-значительно и могут произволь-но подавляться	Выражены уме-ренно, плохо под-даются произ-вольному пода-влению	Выражены	
7. Способность к самообслу-живанию	Самообслу-живание (оде-вание, обува-ние, умыва-ние, прием пищи) полное	Не доступ-ны отдельные сложные дви-жения в про-цессе самооб-служивания	Обслуживает себя частично (не застегивает пуго-вицы, не шнуру-ет обуви)	Самообслуживание частично ограни-чено (держит лож-ку, может надеть лишь некоторые предметы одежды)	Себя не обслу-живает	

7. Способность к самообслуживанию	Самообслуживание (одевание, обувание, умывание, прием пищи) полное	Не доступны отдельные сложные движения в процессе самообслуживания	Обслуживает себя частично (не застегивает пуговицы, не шнурует обувь)	Самообслуживание частично ограничено (держит ложку, мюжет надеть лишь некоторые предметы одежды)	Себя не обслуживает
8. Контрактуры	Возможны остаточные легкие деформации в отделах, преимущественно мелких суставах пальцев рук, стоп	Имеются контрактуры в отдельных суставах, но они не препятствуют передвижению	Тугоподвижность в крупных суставах (функциональные контрактуры)	Органические контрактуры суставов нижних конечностей	Множественные стойкие контрактуры в суставах верхних и нижних конечностей.
9. Нарушения поведения и эмоционально-волевой сферы	Отсутствуют	Нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения обусловлены ситуацией и легко корректируются	Эмоционально-волевые нарушения выражены умеренно, отдельные конфликтные ситуации хорошо регистрируются	Выраженные эмоционально-волевые нарушения в виде расторможённости, страхов или сниженного настроения. Частые конфликтные ситуации с трудом регистрируются	Психопатолобное поведение, постоянные конфликтные ситуации, не поддающиеся коррекции.

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей, балл				
	1	2	3	4	5
10. Зрительно-пространственное восприятие	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения зрительно-пространственного восприятия, коррегируемые при специальной тренировке	Локальный дефект зрительно-пространственного восприятия, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
11. Дифференцирование мышечных усилий	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения в дифференциации мышечных усилий, коррегируемые при специальной тренировке	Локальный дефект дифференцирования мышечных усилий, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
12. Координация движений рук	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	Нарушения в координации движений, коррегируемые при специальной тренировке	Локальный дефект координации движений, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции

13. Точность движений	Соответствует норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специального тестирования	до 25	Нарушения в точности движений, корригируемые при специальной тренировке	26–50	Локальный эффект точности движений, с трудом поддающийся коррекции	Грубые нарушения, не поддающиеся коррекции
14. Кистевая мышечная сила (снижение в % от возрастных величин)	Соответствует возрастной величине		до 25		26–50	51–75	более 75
15. Статическая выносливость мышц рук (снижение в % от возрастных величин)	Соответствует возрастной величине		до 25		26–50	51–75	более 75
16. Речь	Соответствует норме	Нарушения речи не заметны для окружающих, но выявляются при специальном обследовании		Речевые нарушения заметны окружающим, но речь понятна, речевое общение активное		Речь понятна только близким большого ребенка	Речь непонятна окружающим

Наиболее значимые показатели	Оценка показателей, балл				
	1	2	3	4	5
17. Психическое развитие	Соответствует норме	Легкая задержка психического развития	Задержка психического развития с одним или несколькими нарушениями корковых функций	Выраженная задержка психического развития с пространственными нарушениями	Грубая задержка психического развития
18. Мышление (логическое мышление)	Соответствует норме	Испытывает трудности при освоении отдельных логических операций	Уровень развития абстрактного мышления отстает от возраста	Абстрактное мышление не развито. Логическое мышление имеет конкретный характер	Доступны только простейшие обобщения
19. Внимание	Соответствует возрастной норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специальной тренировки	Нарушения стойкости функций, коррективные при специальной тренировке	Нарушения функций, с трудом поддающиеся коррекции	Не понимает инструкции

20. Память	Соответствует возрастной норме	Легкие нарушения, выявляемые в процессе специальной тренировки	Нарушения состояний, коррелируемые при специальной тренировке	Нарушения функции, с трудом поддающиеся коррекции	Не понимает инструкции
21. Функциональное состояние ЦНС	Соответствует норме	Легкое снижение	Умеренное снижение	Выраженное снижение	Грубое нарушение

Порядок расчета коэффициента эффективности ($K_{эф}$):

$$K_{эф} = \frac{\text{Сумма баллов по всем показателям этапа до лечения}}{\text{Сумма баллов по всем показателям этапа после лечения}}$$

$K_{эф}$, 2,0 и более – «значительное улучшение»;
 1,2–1,99 – «улучшение»;
 1,06–1,19 – «незначительное улучшение»;
 0,95–1,05 – «без перемен»;
 меньше 0,95 – «ухудшение».

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

2 февраля 2009 г. № 10

Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида

На основании статьи 23 Закона Республики Беларусь от 23 июля 2008 года «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

Утвердить форму индивидуальной программы реабилитации инвалида согласно приложению.

Министр

В. И. Жарко

СОГЛАСОВАНО

СОГЛАСОВАНО

Министр труда
и социальной защиты
Республики Беларусь

Министр образования
Республики Беларусь
А. М. Радьков

В. Н. Потупчик 02.02.2009

02.02.2009

Приложение
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.02.2009 № 10

Форма

Штамп медико-реабилитационной
экспертной комиссии

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА**

к акту освидетельствования медико-реабилитационной экспертной комиссии (далее – МРЭК)

от _____ № _____

1. Фамилия, собственное имя, отчество _____

2. Дата рождения _____
3. Фамилия, собственное имя, отчество законного представителя инвалида (заполняется при наличии законного представителя) _____

4. Место жительства (место пребывания) _____

- телефоны _____
5. Место работы (службы, учебы), адрес _____

6. Должность _____
7. Имеющаяся специальность (профессия) _____
8. Специальность (профессия), по которой обучается инвалид _____

9. Группа инвалидности _____ причина инвалидности _____

10. Срок действия заключения МРЭК с _____ по _____

№ п/п	Разделы индивидуальной программы реабилитации	Реабилитационные мероприятия по разделам индивидуальной программы реабилитации	Срок проведения	Исполнитель*
1	2	3	4	5
1	Медицинская реабилитация	<p>(вносится запись о нуждаемости (отсутствии нуждаемости) инвалида в медицинской реабилитации)</p>		
2	Профессиональная и трудовая реабилитация	<p>2.1. нуждаемость в трудоустройстве по трудовым рекомендациям МРЭК в профессии</p> <p>(вносится запись о нуждаемости инвалида в трудоустройстве в профессии в соответствии с трудовыми рекомендациями МРЭК)</p> <p>2.2. нуждаемость в профессиональном обучении, переобучении и (или) переподготовке, в том числе по направлению органов по труду, занятости и социальной защите (в учебном заведении, по месту работы)</p> <p>(вносится запись в случае, если инвалид нуждается в обучении, переобучении и (или) переподготовке)</p>		

1	2	3	4	5
		<p>2.3. нуждаемость в организации режима работы</p> <hr/> <p>(вносится запись об условиях трудоустройства: полный рабочий день, неполный рабочий день, сокращенный рабочий день, сокращенная неделя,</p> <hr/> <p>дополнительный выходной день, фиксированные смены</p> <hr/> <p>(исключение ночных смен, работа только в первую смену и прочее)</p> <hr/> <p>2.4. нуждаемость в адаптации к трудовой деятельности</p> <hr/> <p>(вносится запись о нуждаемости в адаптации к трудовой деятельности)</p> <hr/> <p>после вынужденного длительного перерыва в трудовой деятельности)</p> <hr/> <p>2.5. нуждаемость в исключении вредных воздействий неблагоприятных производственных факторов</p> <hr/> <p>(вносится запись об исключении неблагоприятных производственных факторов, противопоказанных инвалиду по состоянию здоровья)</p> <hr/>		

1	2	3	4	5
		<p>2.6. нуждаемость инвалида в оснащении рабочего места специальными приспособлениями для осуществления работы по трудовым рекомендациям МРЭК</p> <p>_____</p> <p>(вносится запись об оснащении рабочего места инвалида специальными приспособлениями, _____</p> <p>_____ без которых невозможна организация его трудовой деятельности)</p>		
3	Социальная реабилитация	<p>3.1. нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе</p> <p>_____</p> <p>(вносится запись о нуждаемости инвалида в постоянной посторонней помощи и уходе)</p> <p>3.2. нуждаемость в социальном обслуживании</p> <p>_____</p> <p>(вносится запись о нуждаемости инвалида в социальном обслуживании)</p> <p>3.3. нуждаемость в обеспечении техническими средствами социальной реабилитации</p> <p>_____</p> <p>(вносится запись о нуждаемости инвалида в технических средствах _____</p> <p>_____ социальной реабилитации в соответствии с Государственным реестром _____</p> <p>_____ (перечнем) технических средств социальной реабилитации)</p> <p>3.3.1. обеспечение техническими средствами социальной реабилитации для передвижения</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

1	2	3	4	5
		<p>3.3.2. обеспечение техническими средствами социальной реабилитации, используемыми в качестве реабилитационных приспособлений</p> <hr/> <hr/> <p>3.3.3. обеспечение протезно-ортопедическими изделиями</p> <hr/> <hr/> <p>3.3.4. обеспечение техническими средствами социальной реабилитации для граждан с нарушением органов зрения и (или) слуха</p> <hr/> <hr/> <p>3.3.5. обеспечение другими техническими средствами социальной реабилитации</p> <hr/> <hr/>		

* В графе 5 настоящей индивидуальной программы реабилитации инвалида исполнителя по разделам индивидуальной программы реабилитации инвалида указывает МРЭК.

С содержанием настоящей индивидуальной программы реабилитации инвалида ознакомлен.

_____ (собственное имя, отчество, фамилия инвалида или его законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (дата)

Председатель МРЭК

_____ (фамилия, инициалы)

_____ (подпись)

_____ (дата)

Место для печати

Научное издание

Васильева Людмила Петровна
Зборовский Константин Эдуардович

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:
ПРОФОРИЕНТАЦИЯ И ОТБОР
НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ
ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

Редактор *В. С. Повколас*
Компьютерная верстка *Е. А. Михальчук*
Корректор *Т. С. Шевчик*

Подписано в печать 15.12.2011. Формат 60×84/16. Бумага офсетная.
Ризография. Усл. печ. л. 7,21. Тираж 100 экз. Заказ 33.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Государственный институт управления и социальных технологий БГУ»
ЛИ № 02330/0494050 от 03.02.2009.
Ул. Обойная, 7, 220004, Минск, Республика Беларусь